



GRUPO AESOR TÉCNICO AIEPI (GATA)

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

Informe de la Sexta Reunión

Texas Children's Hospital, Houston, Texas, EE.UU
28 y 29 de octubre de 2008



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Texas Children's Hospital®

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)
Área de Salud de la Familia y la Comunidad (FCH)
Proyecto de Curso de Vida Saludable (HL)

GRUPO AESOR TÉCNICO AIEPI (GATA)

Atención Integrada en el Contexto del Continuo
Materno-Recién Nacido-Salud Infantil
Informe de la Sexta Reunión

Texas Children's Hospital, Houston, Texas, U.S.A.
28 y 29 de Octubre de 2008



Texas Children's Hospital[®]



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
"Grupo Asesor Técnico AIEPI (GATA): Informe de la 6ª Reunión
Washington, D.C.: © 2009

ISBN: 978-92-75-33068-5

I. Título

1. BIENESTAR DEL NIÑO
2. ATENSIÓN INTEGRAL DE SALUD
3. SERVICIOS DE SALUD DEL NIÑO
4. CUIDADO DEL NIÑO
5. MORTALIDAD INFANTIL - tendencias

NLM WA 320

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, integralmente o en parte, esta publicación. Las solicitudes deberán dirigirse al Área de Salud Familiar y Comunitaria, Proyecto de la Salud del Recién Nacido, Niño y Joven.

Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, NW
Washington, DC, 20037 EEUU

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

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

Este documento contiene un resumen de la sexta reunión del Grupo Asesor Técnico sobre AIEPI (GATA), así como las conclusiones y recomendaciones elaboradas por el grupo a la luz de la situación actual de los problemas objeto de la estrategia AIEPI y los avances realizados en su aplicación en la Región de las Américas.

La sexta reunión del GATA se realizó en el Texas Children's Hospital, Houston, Texas, Estados Unidos de América, los días 28 y 29 de octubre de 2008, y la coordinación de dicha reunión estuvo a cargo del Dr. Javier Torres-Goitia, quien es uno de los integrantes del GATA.



Tabla de Contenidos

1. Introducción	
Prólogo: Dra Mirte Roses Periago, Directora, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).....	v
Palabras de bienvenida: Ann Stern, vicepresidenta ejecutiva, Texas Children's Hospital	vii
Introducción: Dra. Gina Tambini, Gerente, Salud Familiar y Comunitaria, OPS/OMS.....	x
2. Objetivos de la reunión	xii
3. Avances en relación a las recomendaciones propuestas por el Grupo Asesor Técnico AIEPI (GATA) del 2001 al 2006	
Dr. Yehuda Benguigui, Salud del Recién Nacido, Niño y Joven/Salud Familiar y Comunitaria, OPS/OMS.....	1
4. Salud neonatal en el Marco del Continuo de la Atención Materna, Recién Nacido y Niñez: Estrategia y plan de acción regional	
Dr. Rolando Cerezo, INCAP/OPS.....	11
5. Las experiencias con el huracán Katrina y las acciones del TCH durante la emergencia del huracán Ike	
Dra. Joan Shook, Chief Safety Officer and Co-Physician in Chief, Texas Children's Hospital	17
6. Importancia del proceso político para la adaptación de la estrategia AIEPI en las políticas nacionales: el ejemplo de Argentina	
Dr. Juan Carlos Bossio, consultor, Salud del Recién Nacido, Niño y Joven/Salud Familiar y Comunitaria, OPS/OMS	29
7. El rol de la pediatría social en la atención de la salud en la niñez	
Dr. Manuel Katz, Universidad Ben Gurion, Beer Sheva, Israel, Universidad Maimónides, Buenos Aires, Argentina	37
8. ¿Por qué ha disminuido la mortalidad en los intensivos de pediatría?	
Dr. Fernando Stein, profesor asociado de pediatría, Baylor College of Medicine y Director Médico, Texas Children's International	43
9. La importancia de incorporar intervenciones basadas en evidencia dentro de los contenidos de AIEPI	
Dr. Francisco Martínez, Consultor Regional de Aiepi Neonatal, OPS/OMS	51
10. La integración de las escuelas de enfermería de América Latina y el Caribe en el proceso de AIEPI: Una nueva perspectiva	
Dr. Rolando Cerezo, INCAP/OPS	59
11. Conclusiones y recomendaciones	63
12. Anexos	
Anexo I: Objetivos de la reunión y agenda	67
Anexo II: Participantes	
1. Miembros del Gata	70
2. Consultores, OPS/OMS	70
3. Miembros del Texas Children's Hospital.....	71



© Michael Bisceglie para Save the Children

La salud de los niños y niñas del mundo constituye una prioridad para los gobiernos; y es un imperativo ético para la comunidad internacional lograr que se alcancen las condiciones óptimas de crecimiento y desarrollo.

1

INTRODUCCIÓN

PRÓLOGO

Dra. Mirta Roses Periago*Directora*

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

La salud de los niños y niñas del mundo constituye una prioridad para los gobiernos; y es un imperativo ético para la comunidad internacional lograr que se alcancen las condiciones óptimas de crecimiento y desarrollo.

Cada vez advertimos con más claridad la particular vulnerabilidad de la niñez a las condiciones sociales, económicas y ambientales del mundo que los rodea; y cómo estas ocasionan efectos sobre su salud que pueden perdurar, e incluso agravarse, en el transcurso de la vida. Estas condiciones, constituidas en el conjunto de determinantes clave de la salud de la niñez, están modelando actualmente el futuro de nuestras poblaciones y mientras a algunos les brindan la posibilidad de un pleno desarrollo de su potencial en la vida, condenan a otros a no poder alcanzarlo.

Esta situación de inequidad no es admisible, y subyace en el compromiso adoptado por los países y la comunidad internacional en los Objetivos de Desarrollo del Milenio que deben ser alcanzados para el 2015.

A mitad de camino para el logro de estos Objetivos resulta esencial reforzar los esfuerzos para proteger la salud de la niñez, y para garantizar que todos y cada uno de los niños y niñas de nuestros países gocen de los beneficios de los conocimientos y herramientas disponibles para la prevención y el tratamiento de enfermedades, y para la promoción de su salud y desarrollo.

La búsqueda de mejores perspectivas para la salud y el desarrollo propuestas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio ha reforzado la visión de la salud en el contexto de sus determinantes, planteando no solamente metas dirigidas a la reducción de la morbilidad y la mortalidad sino al mejoramiento de las condiciones sociales, culturales y ambientales. También ha contribuido a fortalecer la visión de la salud y su cuidado en el marco del continuo del proceso de la vida, y de la atención de la salud, en cuanto a los niveles y tipos de intervención.

Cada vez es más evidente la necesidad de garantizar un nacimiento y un período neonatal sanos para lograr un crecimiento y desarrollo saludables durante la infancia. Pero esto no puede darse sin garantizar una buena salud de la mujer en general, su derecho a planificar sus embarazos y el deber de todos de garantizarle el mejor cuidado durante la gestación, el parto, el posparto, y su vida futura.

**Dra. Mirta Roses Periago**

Más recientemente hemos incorporado también la concientización del papel que el hombre tiene para apoyar a la mujer durante la gestación, el parto y después del nacimiento. En síntesis, hemos adquirido conciencia de la trascendencia que todo el núcleo familiar tiene en el mejoramiento de la salud y el desarrollo infantil.

En esta compleja interrelación entre los distintos componentes de la familia en el seno de las comunidades, el enfoque de la salud no puede circunscribirse más a la detección y tratamiento de un problema específico, a riesgo de resultar ineficiente en términos del logro del bienestar de la familia y la comunidad.

La integración de las intervenciones, que ha dado lugar a una marcada reducción de las oportunidades perdidas para mejorar la salud, ha sido y es cada vez más fundamental. Integración que no se refiere solamente al abordaje de múltiples y posibles problemas de salud o enfermedades, sino que alienta al trabajo de equipo hacia el interior de los servicios de salud y hacia el exterior junto a la comunidad, a la interdisciplinariedad y a la coordinación entre los distintos sectores que participan del cuidado y la atención de la salud infantil.

La Organización Panamericana de la Salud, en conjunto con todos los Estados Miembros, ha venido trabajando activamente para fortalecer esta integración de los esfuerzos por el mejoramiento de la salud en general y de la infancia en particular.

Una coordinación y participación cada vez más activa de los países ha dado lugar a un fructífero intercambio de experiencias, y a la adaptación de las mismas a las múltiples realidades de los países y sus áreas.

La revisión y actualización continua de las estrategias técnicas basadas en la última evidencia científica disponible, y en la consideración de las mismas dentro del contexto de los determinantes del ambiente social, económico, cultural y sanitario, también ha permitido brindar respuestas más adecuadas a las diferentes realidades del continente.

El énfasis dado al fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud ha permitido llegar cada vez más cerca de los grupos más vulnerables brindándoles el acceso a las estrategias integradas, adaptándolas a sus condiciones culturales mejorando la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo infantil. Ha contribuido también a apoyar a los equipos de salud locales en conjunto con las comunidades para la adaptación de la información, conocimientos y prácticas claves para mejorar la salud infantil.

Lograr que todo este proceso se profundice y extienda a todos los rincones del continente, permitirá mejorar el acceso de las poblaciones a las estrategias que pueden beneficiar la salud de la niñez y la familia y garantizará que, en los años restantes, todo el continente incluyendo todos los países y sus habitantes alcancen los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Dra. Mirta Roses Periago

Directora

Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la

Organización Mundial de la Salud

PALABRAS DE BIENVENIDA

Ann Stern

Vicepresidenta ejecutiva
Texas Children's Hospital

En nombre del Texas Children's Hospital, les doy la bienvenida a Houston. Quiero agradecerles su liderazgo y participación en esta reunión. Esta es una gran ocasión para reunirnos.

Nos hemos reunido aquí esta mañana para, una vez más, adoptar medidas relacionadas con un compromiso de larga data de la Organización Panamericana de la Salud y del Texas Children's Hospital; me refiero a nuestro compromiso con la salud maternoinfantil en toda América y, en realidad, en todo el mundo.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, establecidos en septiembre de 2000, definen un camino claro para avanzar en cuestiones de pobreza, educación y ambiente. En particular, tres de los ocho objetivos se centran específicamente en la salud y el estado de salud, a saber: combatir la infección por el VIH/sida y la malaria; reducir la mortalidad de los niños, concretamente, dos terceras partes entre los niños menores de 5 años; y mejorar la salud materna, esto es, reducir tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna.

El Texas Children's Hospital tiene el compromiso de crear una comunidad mundial de niños sanos y ha centrado firmemente sus esfuerzos en resolver estos problemas.

Nuestro compromiso con el primero de los objetivos está presente en la iniciativa *Baylor International Pediatric AIDS*, emprendida en el Texas Children's Hospital y a la que nos referimos como BIPAI, por sus siglas en inglés. La iniciativa BIPAI se estableció en 1996 y es el mayor programa de tratamiento mundial dedicado a mejorar la salud y las vidas de los niños afectados por la infección por el VIH o el sida. La misión de la iniciativa tiene tres aspectos: llevar a cabo un programa de atención y tratamiento de la infección por el VIH/sida dirigido a los niños y las familias que sea de gran calidad, tenga repercusiones importantes y sea sumamente ético; influir en la capacitación de los profesionales de la salud y aumentarla; y realizar investigación clínica.

El progreso y la ampliación de la atención y el tratamiento de los niños afectados por la infección por el VIH o el sida es posible mediante establecimiento de un modelo de atención clínica ejemplar, llamado centro clínico infantil de excelencia, así como de una red que vincule los centros para que intercambien capacitación, conocimiento y mejores prácticas. Los centros están concebidos para activar los



Ann Stern

servicios pediátricos de atención y tratamiento relacionados con la infección por el VIH/sida en los niveles regional y mundial.

Actualmente, la iniciativa BIPAI se ha establecido en Rumania, Botswana, Lesotho, Swazilandia, Malawi, Uganda, Burkina Faso y Tanzania. Para abordar la escasez de profesionales de la salud capacitados, tan acuciante en estos países, en junio del 2005 también se estableció el programa *Pediatric AIDS Core*, en el marco de la iniciativa BIPAI, con el objetivo de aumentar de inmediato los servicios de tratamiento y atención dirigidos a los niños seropositivos del África subsahariana y complementar la capacidad de los profesionales de la salud locales, que es tan necesaria. La misión de este programa abarca dos aspectos; por un lado, prestar servicios pediátricos de atención primaria y tratamiento para la infección por el VIH/sida; y por el otro, capacitar a los profesionales de la salud africanos para que puedan ampliar el tratamiento de los niños infectados por el VIH en el África subsahariana.

Los esfuerzos del Texas Children's Hospital para cumplir los objetivos de reducir la mortalidad de los niños y mejorar la salud materna tienen sus raíces no solo en nuestro compromiso con la excelencia en materia de atención a los pacientes, educación e investigación, sino también en las estrechas asociaciones que ha establecido con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los antecedentes de nuestra colaboración están bien fundados y continuamente nos sentimos agradecidos por el apoyo que la OPS nos ofrece cada año para celebrar el Coloquio Internacional del Texas Children's Hospital, una reunión muy importante para la discusión y colaboración en cuestiones fundamentales en el campo de la salud infantil.

El Texas Children's Hospital también tiene el honor de organizar por cuarta vez la reunión anual del Grupo Asesor Técnico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Hace poco, el Hospital también recibió el honor de ser designado por la Organización Mundial de la Salud como Centro Colaborador para la Salud Perinatal y Neonatal. Esta designación nos inspira un verdadero sentimiento de humildad y sentimos una enorme y clara responsabilidad de obtener resultados en todas las esferas que podamos, así como la oportunidad para colaborar a nivel internacional.

A nuestro parecer, esta oportunidad de colaboración —única y extraordinaria— se presenta en un momento propicio de la trayectoria de nuestra institución. Como parte de la iniciativa que hemos llamado Visión 2010, el Texas Children's Hospital está preparado para lanzarse a las fronteras de la medicina pediátrica, afianzando su compromiso con la investigación, en particular, con la investigación neurológica, creando el Instituto de Investigación Neurológica, y ampliando los servicios de atención obstétrica de alto riesgo. Este es un mundo nuevo para nosotros, pero se vincula de manera fundamental con lo que ya hacemos. Debido al aumento de los nacimientos de alto riesgo en las escalas regional, nacional e internacional, el Hospital determinó que era necesario ampliar sus servicios para abarcar la atención de embarazos de alto riesgo. Una parte fundamental de esta lógica es la capacidad para tratar a los niños desde antes de la concepción hasta después del parto. La apertura del centro de maternidad del hospital está prevista para el 2011; este centro se vinculará de manera natural con los servicios de atención que ya se prestan en las tres unidades de cuidados intensivos neonatales de segundo y tercer nivel. La capacidad de establecer un proceso continuo de

atención entre la madre y el niño mejorará enormemente la calidad de atención que proporcionamos a las familias a lo largo de las primeras etapas de la vida de sus hijos.

La creación del centro de maternidad de servicio completo permitirá prestar una atención conveniente e integral a las madres y sus bebés en un solo establecimiento, de modo que ya no tendrán que ir y venir de un establecimiento a otro. Entre las áreas de especialización estará la endocrinología reproductiva, la infertilidad, las operaciones quirúrgicas fetales, la cardiología fetal y la neonatología.

Una vez que el centro esté plenamente funcional, se prevé que se atenderán 5.000 nacimientos al año, sobre todo partos de alto riesgo. El centro nuevo estará comunicado con el hospital principal y el campus universitario; tendrá 15 pisos, 720 miles de pies cuadrados y 102 camas para los pacientes. Su arquitectura será armónica, pero algo más importante aún es que sus programas se traducirán en un cambio para las familias, las madres y sus bebés.

El Texas Children's Hospital opera actualmente la mayor unidad neonatal de tercer nivel en el mundo, de manera que la adición de este programa de obstetricia de alto riesgo permitirá que el programa para recién nacidos del hospital siga prosperando y atendiendo a la comunidad. El centro de maternidad del Hospital prestará una atención pediátrica sin igual a los nonatos y recién nacidos con necesidades de atención avanzada; y, repito, complementará los servicios ya existentes de cardiología, cirugía y genética fetales, así como los servicios que se prestan en el centro para recién nacidos.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) se concibió en gran medida con la finalidad de abordar la considerable mortalidad que se presenta entre los niños durante sus primeros 90 días de vida. El Texas Children's Hospital tiene el compromiso de continuar su estrecha asociación con AIEPI y de fomentar la causa de la educación y la investigación relacionadas con la atención de los pacientes mediante el intercambio de enseñanzas nuevas, en particular en el campo de la salud maternoinfantil.

La colaboración continua entre la OPS y el Texas Children's Hospital no solo es bienvenida, es indispensable. El esfuerzo colectivo que realizamos es de gran repercusión y sostenible, ambos indicadores de una excelente labor.

Gracias por hacer posible esta asociación y gracias por haber venido a Houston. Lo que nos reúne aquí es importante; en realidad, se trata de una conversación crucial.

Esperamos que la reunión de los próximos dos días sea productiva y que nuestra colaboración sea continua y dinámica.

Muchas gracias.

Ann Stern

Vicepresidenta ejecutiva
Texas Children's Hospital
Houston, TX, EUA

INTRODUCCIÓN

Dra. Gina Tambini

Gerente, Salud Familiar y Comunitaria

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud



Dra. Gina Tambini

Las condiciones sociales y económicas han sido ampliamente reconocidas como determinantes fundamentales de la salud y el bienestar de las poblaciones y, más recientemente, se han integrado al conjunto de factores demográficos y sanitarios como parte del conjunto de determinantes clave de la situación de salud. Esta visión ha contribuido a expandir nuestra percepción de las enfermedades y problemas de salud, ubicándolas como el resultado de una compleja interacción de factores, y no solamente como el producto del equilibrio entre la condición biológica del individuo y de un agente particular.

Aunque el conocimiento sobre los factores que afectan la salud y la determinan ha experimentado un notable y permanente avance, mucho más recientemente se ha concluido que la percepción de que los niños y las niñas podían ser considerados como adultos pequeños no reflejaba la magnitud del daño actual y potencial que los factores del ambiente podían ocasionarles. De esta manera, la consideración de los múltiples factores que determinan la salud es aún más importante al momento de considerar la situación de la salud y el desarrollo en la niñez.

En este contexto, el abordaje integrado de la atención infantil resulta esencial ya que constituye la única manera de garantizar una mirada más amplia que cambie el enfoque hacia un problema o situación particular para extender la mirada a la consideración de los niños y las niñas en el ambiente en que viven y crecen.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI, fue concebida con la finalidad de brindar un abordaje que combinara diferentes intervenciones preventivas, curativas y de promoción de la salud; y contemplo su adaptación a las distintas situaciones epidemiológicas y sanitarias de las áreas en que se propusiera su aplicación. Adicionalmente, la estrategia fue concebida con tres componentes de implementación dirigidos al personal de salud, a la organización de los servicios de salud y a la comunidad.

Por estas características, el proceso de implementación de la AIEPI dio lugar a una coordinación continua hacia el interior del sector salud con el fin de identificar, por un lado, las diferentes enfermedades y problemas a abordar y, por otro lado, las intervenciones disponibles para su prevención y control. Pero esta coordinación también excedió al sector salud incorporando las áreas de desarrollo social, educación e infraestructura, entre otros, para armonizar los planes que dieran respuesta a los problemas que la aplicación de la estrategia contribuía a detectar.

Contar actualmente con una estrategia que contempla no solamente numerosos componentes referidos a las distintas enfermedades y problemas que afectan la salud infantil, sino también enfoques y herramientas para el trabajo de los equipos interdisciplinarios de salud y para el trabajo comunitario, es el resultado de un amplio proceso de evolución de la AIEPI. Esta evolución hace que la AIEPI hoy brinde una respuesta apropiada a las necesidades de los países a través de intervenciones específicas basadas en la evidencia científica, integradas en un único abordaje que contempla el continuo del curso de la vida, de los distintos niveles de atención de la salud, y de los diferentes tipos de intervención en salud.

La AIEPI ha integrado componentes complementarios que la hacen parte del proceso continuo de la atención de la salud de la mujer, de la salud materna y de la salud perinatal, reforzando de este modo una visión centrada en el ambiente familiar del niño para tener en cuenta no solo su salud sino también la de la madre y la del resto de los integrantes de la familia.

Los instrumentos para la aplicación de la AIEPI también integran los procesos de mejoramiento de los conocimientos y prácticas de la familia y la comunidad con relación al cuidado y atención infantil, con la atención que se brinda por parte del personal de salud comunitario y en los servicios del primer nivel de atención. La estrategia contempla, además, los procesos de atención en los hospitales de referencia primaria, de manera de también contribuir a un continuo de la atención integrada en la familia, en la comunidad, en el servicio del primer nivel y en los hospitales.

Finalmente, la AIEPI ha integrado intervenciones destinadas al diagnóstico y tratamiento precoz que pueden ser aplicadas como parte de la atención primaria de la salud, pero también ha incluido acciones de prevención y promoción de la salud que contribuyen a mejorar el crecimiento y el desarrollo durante la niñez.

Este crecimiento que ha tenido la estrategia AIEPI desde su lanzamiento a mediados de los años noventa refuerza la importancia que su implementación tiene para dar respuesta a los nuevos escenarios tanto epidemiológicos como económicos y sociales a los que se enfrentan los países de la Región de las Américas. Ya habiendo avanzado la mitad del tiempo que media entre el lanzamiento de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio en 2000 y la meta a cumplir para 2015, la AIEPI debe ser considerada como una de las estrategias clave cuyo fortalecimiento permitirá acelerar su cumplimiento.

La estrategia y plan regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño, recientemente aprobado por los países en el Consejo Directivo de la OPS, respalda el papel clave que la AIEPI puede tener en los próximos años, de cara al logro de los ODM. A través de la más amplia coordinación intersectorial, promoviendo la activa participación de la comunidad, y reforzando la necesidad de mirar la salud infantil en el contexto de los múltiples factores que la determinan los países tienen la oportunidad de avanzar hacia el logro de una situación de salud infantil mejor y más equitativa para toda la población del continente.

Dra. Gina Tambini

Gerente

Área de Salud Familiar y Comunitaria

OPS/OMS

2 **Objetivos de la Reunión**

1

Analizar los nuevos escenarios políticos y epidemiológicos que afectan la salud de las niñas y niños de la Región de las Américas a lo largo del ciclo de vida midiendo las determinantes en salud y el papel de la estrategia AIEPI en este proceso.

2

Identificar los aspectos clave que podrían contribuir a acelerar el desarrollo de planes nacionales a favor de la salud peri-neonatal y la promoción del acceso universal equitativo a la atención de la salud materna, neonatal e infantil en el contexto del continuo de la atención y privilegiando a grupos vulnerables.

3

Proponer líneas de acción, actividades y planes para el fortalecimiento de los sistemas de información en salud y los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación.

4

Analizar las intervenciones comunitarias y proponer acciones para la movilización comunitaria y estrategias de comunicación que promuevan los comportamientos saludables dentro de la atención primaria de salud en el contexto del continuo de la atención.

5

Identificar actividades clave a nivel regional y de los países para crear y fortalecer alianzas y asociaciones y la movilización de recursos que apoyen la sustentabilidad de la implementación de la estrategia AIEPI a nivel de los servicios, la comunidad y la familia.

3

Avances en relación a las recomendaciones propuestas por el Grupo Asesor Técnico AIEPI (GATA) del 2001 al 2006



Dr. Yehuda Benguigui

Coordinador del Proyecto

Salud del Recién Nacido, Niño y Joven

Salud Familia y Comunitaria (FCH)

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Oficina Regional de la

Organización Mundial de la Salud

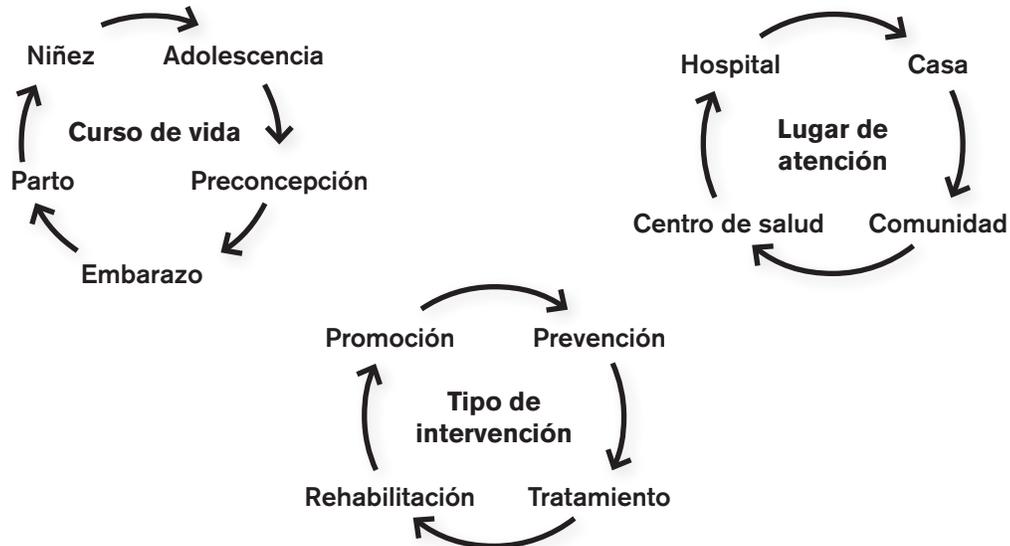
Durante el período 2001-2006 el Grupo Asesor Técnico AIEPI realizó una importante tarea de revisión de los avances en el desarrollo e implementación de la estrategia, y de identificación continua de nuevos horizontes para potenciar el beneficio que la AIEPI puede producir en términos del mejoramiento de la salud de la infancia. Revisando y sistematizando las recomendaciones propuestas por el GATA entre 2001 y 2006, estas pueden agruparse en 10 temas principales:

- > AIEPI y el continuo de la atención,
- > Los nuevos componentes de la atención,
- > AIEPI en las facultades de medicina y escuelas de enfermería,
- > AIEPI en la capacitación del personal de salud,
- > AIEPI en la familia y la comunidad,
- > AIEPI en la comunicación social,
- > AIEPI y los sistemas de información, monitoreo y evaluación,
- > Los resultados relacionados con la aplicación del AIEPI, reflejados en las investigaciones operativas y en las publicaciones científicas sobre el tema,
- > AIEPI y las alianzas y asociaciones con múltiples actores involucrados en su aplicación, así como la movilización de recursos a favor de su expansión y
- > Las perspectivas futuras internacionales de la AIEPI.

Estas líneas de acción o temas principales fueron tratadas durante las reuniones del GATA y, ya sea en forma de recomendaciones o de conclusiones, fueron incorporadas dentro de los contenidos de los informes de las cinco reuniones realizadas con anterioridad a la presente.

En la última de las reuniones, se puso especial énfasis en la necesidad de que la AIEPI fortaleciera su rol enmarcada, como estrategia, en tres grandes escenarios referidos al continuo del cuidado de la mujer, la madre, el recién nacido y el niño. Estos tres escenarios del continuo de atención tienen que ver con un nivel relacionado con el Curso de Vida, con el Lugar de Atención y con el Tipo de Intervención (Figura 1).

Figura 1. AIEPI y el continuo de la atención
El Continuo de Cuidad Madre, Recién Nacido y Niñez

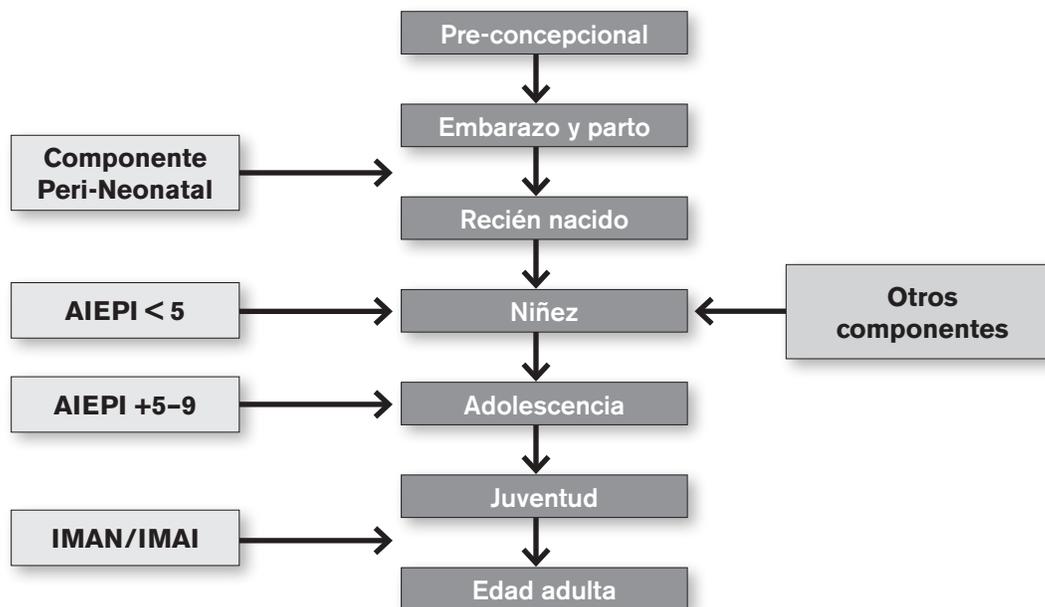


El escenario referido al *Curso de Vida* incluye una secuencia que va desde la preconcepción, el embarazo y el parto, a la niñez y la adolescencia, momento a partir del cual se recomienza. Además, hay también un continuo en relación con el *Lugar de Atención* que debe ser considerado desde el punto de vista de los diferentes proveedores que brindan atención a la salud, enfocado desde el lugar donde se brinda la atención, y que comprende toda una secuencia que existe en la práctica y que es lo que el concepto del continuo intenta destacar: la casa es el primer lugar natural de atención de la salud y donde se ponen en práctica los primeros cuidados y se define la necesidad o no de buscar atención fuera del hogar. Esta atención es complementada en segundo lugar por la comunidad y sus redes de apoyo social y son luego seguidas en una secuencia por el Centro de Salud y el Hospital, sitios a donde la comunidad acude en busca de ayuda toda vez que considera necesario contar con apoyo externo para la resolución de un problema de salud. Finalmente, también es fundamental tener en cuenta un nivel de continuo de la atención asociado al *Tipo de Intervenciones*, incluyendo aquellas destinadas a la promoción de la salud, a la prevención de enfermedades, al diagnóstico y tratamiento y a la rehabilitación.

Los avances realizados en el desarrollo de instrumentos e intervenciones que reforzaran la AIEPI dentro del continuo de la atención representado por el *Curso de Vida* fueron reforzados con la aprobación de la *Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño* (Documento CD 48/7) por parte del Consejo Directivo de la OPS en 2008.

En la actualidad, se están desarrollando estrategias integradas de atención a lo largo del curso de vida (Figura 2) que, acompañando el mismo ciclo, se entrelazan unas con otras vinculadas con la estrategia AIEPI original.

Figura 2. Desarrollo de estrategias integradas de atención a lo largo del curso de vida



Estos componentes desarrollados en el marco de la AIEPI se incluyen como parte de la atención general, y cubren las necesidades del continuo de la atención a nivel del *Curso de Vida* desde la niñez, pasando por la adolescencia, el embarazo y el recién nacido. El desarrollo de estrategias integradas de atención a lo largo del *Curso de Vida*, muestra un enfoque de atención integrada a través de los diferentes momentos de la misma, incluyendo lo preconcepcional, la atención del embarazo y el parto, y los cuidados y atención del recién nacido, tal como se incorporaron con el componente peri-neonatal y de cuidado del recién nacido. Estas estrategias se vinculan con las intervenciones ya contempladas dentro de la AIEPI, destinadas al cuidado y atención adecuados del niño, y se vinculan posteriormente con el componente del menor de 10 años, que es otro ejemplo de otro componente asociado a la estrategia AIEPI, en el marco del continuo de la atención representado por el *Curso de Vida*.

La expansión de la estrategia para abordar la atención, de los niños de 5 a 9 años y su vinculación con las estrategias destinadas al adolescente, brindan una oportunidad para dar respuestas más integradoras a través de la Atención Primaria de la Salud. Con esta necesidad de continuar fortaleciendo el enfoque integrador, los pasos se orientaron hacia el logro de un abordaje basado en el ciclo de vida, que vincule las diferentes intervenciones y estrategias entre sí y brinde respuestas continuas a las necesidades de cada grupo, en un marco general integrador brindado por la estrategia AIEPI.

Entre los nuevos componentes del AIEPI se destaca: la publicación del *Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil en el Contexto del AIEPI*; el Curso Complementario para HIV/AIDS y su adaptación para América Latina y el Caribe; *Una Visión Intercultural para los Pueblos Indígenas de las Américas*, que necesitó

de una adaptación y desarrollarlo con una metodología propia de abordaje; el Curso de Atención y rescate Pediátrico en Situaciones de Desastre o Emergencia; el *Manual Clínico de AIEPI Neonatal* y el *Manual AIEPI para Estudiantes*; sin dejar de destacar aquellos temas ya consensuados y elaborados por expertos en diferentes momentos del proceso de elaboración, como los referidos a Epilepsia Infantil, Diabetes, Maltrato Infantil y Abuso Sexual en la Niñez, Asma y Enfermedad Bronco Obstructiva, Salud Oral, Rubéola Congénita, Dengue, Chagas y los Atlas Dermatológicos y Oftalmológicos. Todos estos componentes contribuyen a brindar una amplia cobertura para el cuidado y la atención en la niñez a través de la AIEPI.

Figura 3. Los nuevos componentes de AIEPI



Incluido dentro de los nuevos componentes, se desarrolló un módulo para el nivel hospitalario, como un nuevo componente del AIEPI para el Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Graves de la Infancia. Este módulo fue adaptado a las características particulares de los países, existiendo en este momento versiones impresas en Guatemala, República Dominicana, Nicaragua, Paraguay, Brasil y Ecuador.

En seguimiento a las recomendaciones del GATA también se continuó trabajando con las Facultades y Escuelas de Medicina y en los últimos años, se realizaron adaptaciones curriculares en las Facultades de Medicina a partir de la encuesta realizada en las escuelas médicas en conjunto con la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE) (Figura 4).

Figura 4. AIEPI en las facultades de medicina y escuelas de enfermería



Adaptaciones curriculares

Medicina: Perú, Argentina, República Dominicana, Ecuador y Paraguay

Enfermería: Guatemala, Nicaragua, Paraguay, Ecuador y Perú

Se elaboró un módulo adaptado para utilizar en las cátedras de pediatría, que está disponible a través del Programa Ampliado de Libros de Texto de OPS, PALTEX, estando disponibles en todas las Facultades y Escuelas de Medicina para fácil acceso de los estudiantes de Perú, Argentina, Ecuador, Paraguay y en las Escuelas de Enfermería de Guatemala, Nicaragua, Paraguay, Ecuador y Perú.

En diferentes países de las Américas, como Brasil, Perú, Bolivia, Ecuador, Colombia, Guatemala, Honduras, Nicaragua, El Salvador, y Paraguay, se trabajó el componente de la Familia y la Comunidad (Figura 5).

El AIEPI en la comunidad, también ha sido una recomendación del GATA en todas las reuniones, y el desarrollo de estos materiales ha incluido guías para facilitadores, coordinadores, dirigentes comunitarios, voluntarios, maestros y profesionales de los servicios de salud. Los materiales fueron desarrollados y adaptados por los países, y ya se cuenta con experiencias exitosas en Perú, Colombia, Ecuador y Bolivia.

Figura 5. AIEPI en la familia y la comunidad

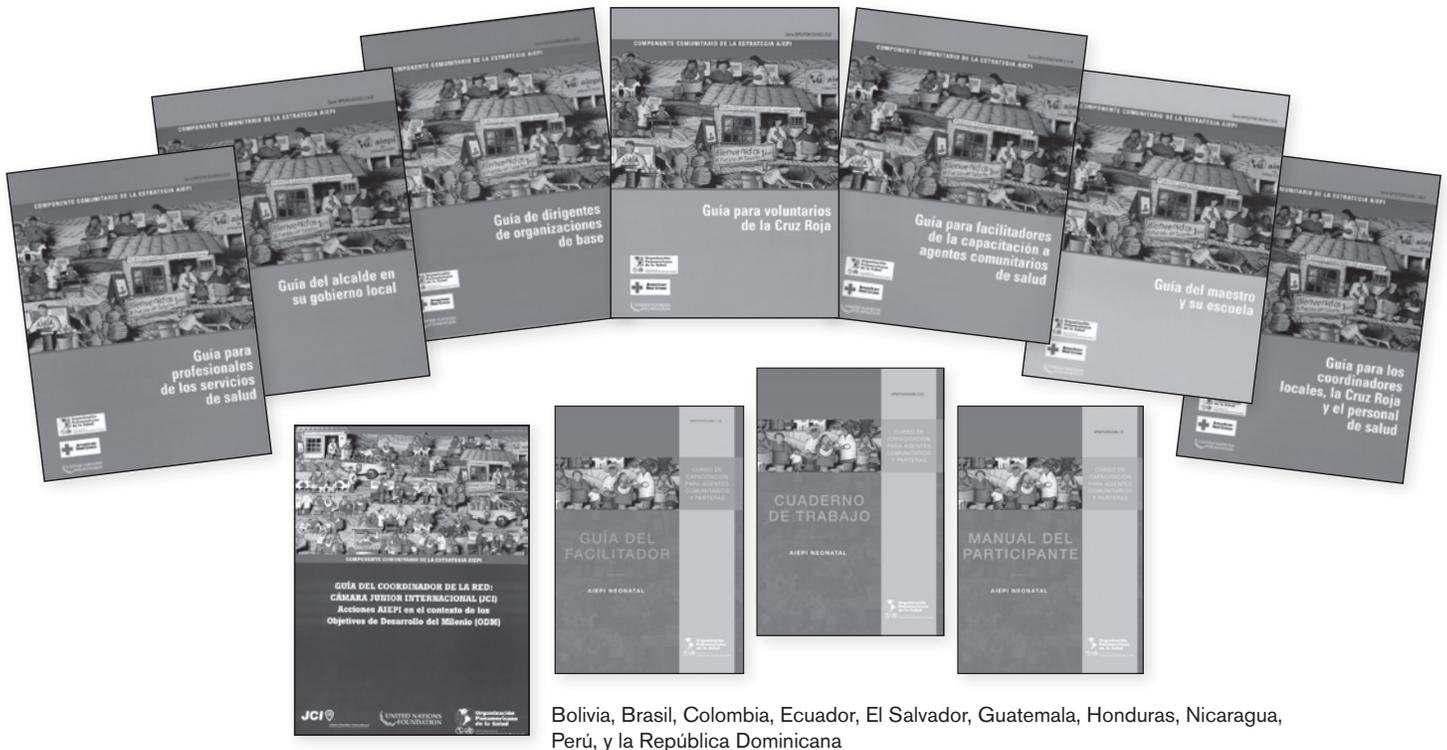


Figura 6. AIEPI y la comunidad social



Experiencia exitosas en Perú, Colombia, Ecuador, Bolivia

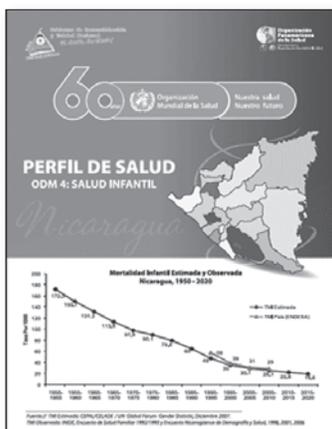
También en seguimiento a las recomendaciones del GATA se elaboraron materiales destinados a fortalecer el componente de comunicación social de la AIEPI, basado en las prácticas familiares clave (Figura 6).

El desarrollo de materiales en AIEPI para la comunicación social incluyó tanto el enfoque de la comunicación masiva como interpersonal, basándose en los contenidos clave para promover las intervenciones para mejorar la salud y el desarrollo de los niños, así como el AIEPI Neonatal Comunitario, como una guía para el diagnóstico comunitario de la situación epidemiológica social, para la identificación de los factores de riesgo existentes en la familia y la comunidad, y para determinar los aspectos y recomendaciones específicas que más se aplican en estas comunidades.

Una preocupación que acompañó al grupo GATA en las últimas tres reuniones, con gran énfasis en la última, fue la necesidad de disponer de líneas basales confiables para que se pueda identificar la situación actual y, posteriormente, determinar los avances que se realizan a partir de la implementación de la estrategia. Solamente a partir de este procedimiento se podrá ver si las intervenciones están acertadas, establecer las áreas en las cuales no se observan cambios y determinar la necesidad de adaptaciones que contribuyan a lograr un mayor impacto en los resultados de la estrategia, contribuyendo a la reducción de brechas entre las áreas y grupos de población más vulnerables.

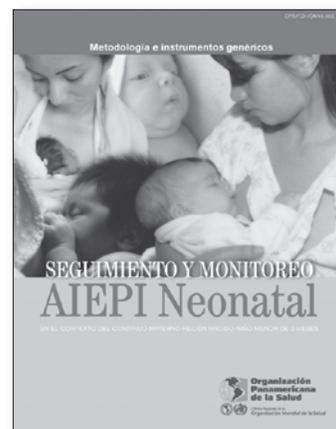
Se ha trabajado con base en una metodología destinada a la confección de un perfil de los países relacionados con la salud infantil (Figura 7). A partir de dos talleres en Bolivia y Nicaragua, se cuenta con ejemplos de lo que se puede hacer con los indicadores propuestos y del seguimiento posterior que puede llevarse a cabo con información nacional por áreas geográficas, contando de este modo con un documento técnico, epidemiológico y político.

Figura 7. AIEPI en el sistema de información, monitoreo y evaluación



Perfil de países, salud infantil
 Nivel nacional: 20 países
 Nicaragua: publicado
 Expansión: Honduras y Guatemala

Regional y adaptación a países:
 Bolivia y Nicaragua
 Expansión: Honduras,
 República Dominicana y Ecuador

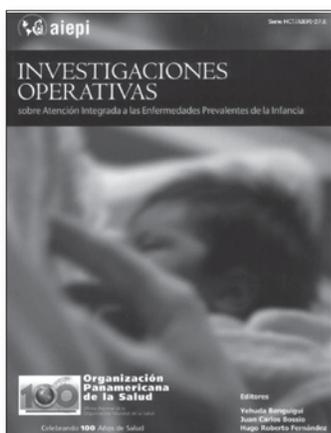


Estos documentos han sido utilizados por los países como una plataforma de seguimiento para las intervenciones, en el marco de las metas que se han establecido para la medición del logro de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio (ODM). En la actualidad están siendo complementados por instrumentos que tiendan a fortalecer la supervisión, el monitoreo y la evaluación; y que puedan ser adaptados para su aplicación en los servicios de salud y la comunidad, para constituirse en herramientas prácticas para el nivel local. En este sentido, se están desarrollando protocolos en el marco del continuo de la atención en los establecimientos de salud, incluyendo el nivel local y comunitario, los centros de atención ambulatoria y los hospitales. Estos protocolos incluyen instrumentos y metodologías que se encuentran actualmente en proceso de diseño y prueba de campo.

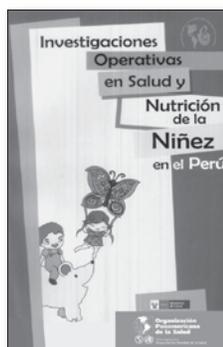
Algunos avances en el sistema de información para el Seguimiento y Monitoreo de la Aplicación del AIEPI con el Continuo Materno, Recién Nacido, Menor de 2 meses, fueron ya realizados por algunos países (Honduras, Guatemala), con publicaciones que incluyen la metodología e instrumentos genéricos, así como el perfil de la situación de salud.

Otra de las recomendaciones que el GATA ha formulado desde la primera reunión fue referida a la necesidad de acompañar el proceso de implementación de la AIEPI con Investigaciones Operativas y publicaciones de los resultados de las experiencias nacionales. En consonancia con esta recomendación, se elaboró un conjunto básico de protocolos genéricos que fue difundido a todos los países y fue utilizado en los cursos de pre y postgrado de las Facultades de Medicina y Escuelas de Enfermería.

Figura 8. AIEPI en el sistema de información, monitoreo y evaluación



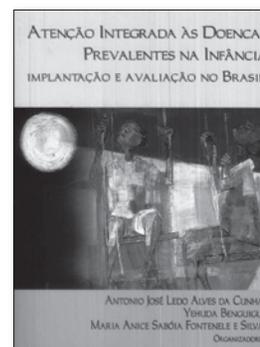
Material genérico



Utilizado en los países de América Latina y el Caribe en pre- y posgrado en facultades de medicina y en escuelas de enfermería.

Publicado en: Brasil, Perú y Uruguay

Borrador: Colombia, Nicaragua y la República Dominicana

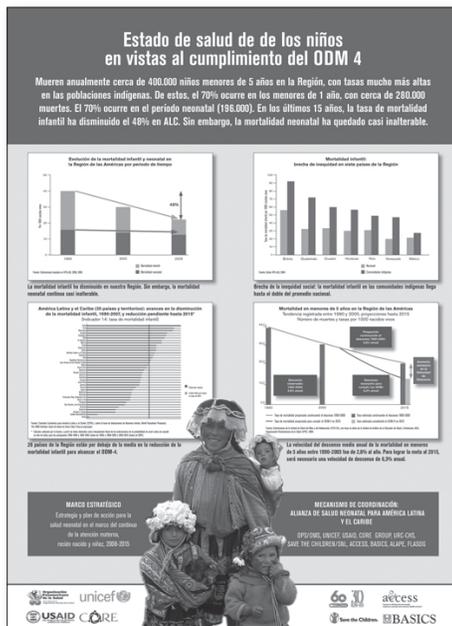


Tres países han consolidado experiencias nacionales en la adaptación y aplicación de los protocolos de investigación y ya cuentan con publicaciones nacionales que resumen los resultados obtenidos. Estas publicaciones se han constituido no solamente en una referencia nacional para cada uno de los países sino que también contribuyen a enriquecer las referencias bibliográficas existentes sobre el impacto y los resultados de la aplicación de la AIEPI en la atención de la salud infantil.

Uno de los temas que también es motivo de gran preocupación es el sostenimiento y la búsqueda de mecanismos de movilización de recursos que permitan no solamente sostener los avances realizados sino ampliarlos para extender la cobertura de aplicación de la AIEPI. Esta movilización de recursos requiere una continua abogacía sobre los beneficios de la estrategia y la construcción de alianzas y asociaciones para la movilización de recursos, un trabajo articulado con las diferentes agencias de cooperación internacional, con los Bancos (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo), con las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), con las sociedades científicas, con las empresas y el sector privado, y con las organizaciones religiosas, entre otras.

Se está trabajando en cuatro grandes alianzas (Figura 9): la Alianza Regional Neonatal, la alianza regional partnership, la iniciativa regional *Actuemos por las Mujeres y los Niños* y la Alianza Regional de Nutrición, Salud y Desarrollo, que es una alianza de las agencias de la Organización de las Naciones Unidas.

Figura 9. AIEPI con las alianzas, asociaciones y movilización de recursos



- Alianza Regional Neonatal
- Global Partnership
- Iniciativa Regional "Actuemos ya por las Mujeres y los Niños"
- Alianza Regional de Nutrición

Trabajo articulado con agencias bilaterales, bancos, ong's, sociedades científicas, iniciativas privadas, organizaciones religiosas y centros colaboradores de la OPS.

Estas alianzas proponen una actuación conjunta que intenta potenciar las intervenciones para trabajar en los ocho *Objetivos para el Desarrollo del Milenio*, y, particularmente, el ODM 4 referido a la reducción de la mortalidad en la niñez.

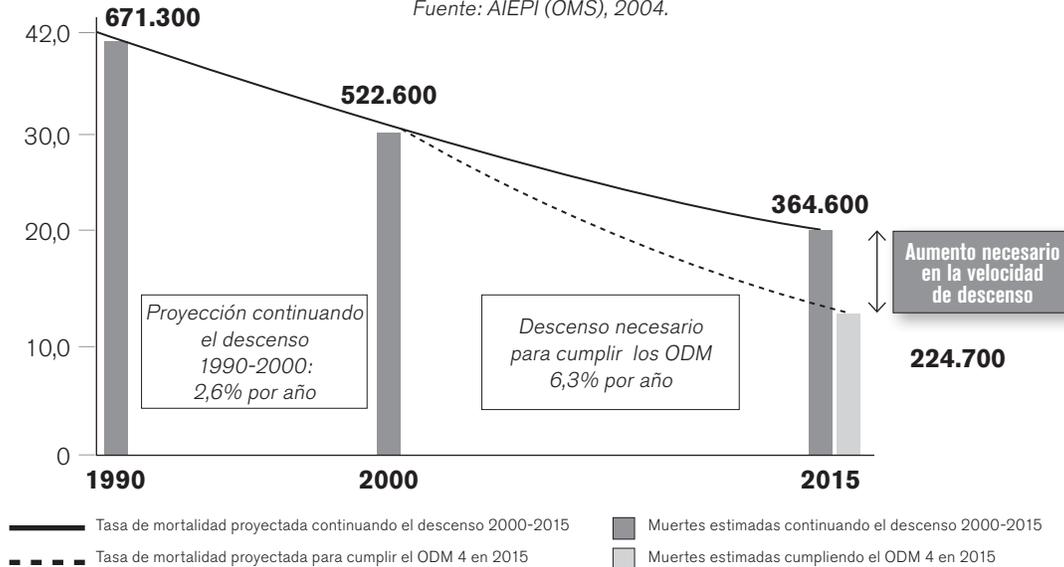
El logro de la reducción de la mortalidad en la niñez está basado en la línea epidemiológica basal de 1990, tal como se acordó en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Según este primer objetivo, se debía reducir en un tercio la mortalidad de menores de 5 años entre 1990 y 2000. A partir de 2000, los países se comprometieron a lograr una reducción de un tercio adicional, estableciéndose el ODM 4 que propone que, en 2015, la mortalidad de menores de 5 años se haya reducido en dos tercios con respecto a los valores que registraba en 1990.

Las estimaciones elaboradas por OPS indican que, en el periodo 1990-2000, se tuvo un promedio de disminución de la mortalidad de menores de 5 años que fue del 2,6% anual (Figura 10) y, si continuamos con proyectando esta misma tendencia al descenso, para el 2015 no se logrará la meta establecida en el ODM 4.

Para lograr alcanzar una mortalidad de menores de 5 años en 2015 que sea dos tercios más baja que la que se registró en el continente en 1990, se necesita acelerar la velocidad con la que disminuye la tasa de mortalidad y alcanzar un promedio del 6,3% anual de reducción y esto solamente puede ser obtenido si hacemos un impacto en el grupo peri neonatal, que representa el 70% de la mortalidad en la mayoría de los países de la Región.

Figura 10. Mortalidad en menores de 5 años en la Región de las Américas
Tendencia registrada entre 1990 y 2000 y proyecciones hasta 2015
Número de muertes y tasas por 100.000 nacidos vivos

Fuente: AIEPI (OMS), 2004.



En conclusión, la prioridad actual es continuar reforzando todas las intervenciones que contribuyan al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM – 4) y, para esto, contamos con un instrumento principal: el *Plan de Acción Neonatal*, que nos permitirá enfatizar en las medidas dirigidas a reducir el 70% de las muertes de menores de 1 año en el continente. La implementación de estas acciones deberá ser simultánea con el mantenimiento de los logros ya alcanzados con relación a la reducción de la mortalidad posneonatal, especialmente por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Diarreas; y tanto las intervenciones neonatales como las posneonatales deberán inscribirse dentro del contexto del continuo de la atención que promueve la estrategia AIEPI, con cuatro grandes áreas de acción: crear un entorno favorable para la promoción de la salud neonatal, fortalecer los sistemas de salud y mejorar el acceso a los servicios de la madre, recién nacido y niños, promover las intervenciones comunitarias y crear y fortalecer los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación en todos los niveles.

4

Salud Neonatal en el marco del continuo de la atención materna, recién nacido y niñez: Estrategia y plan de acción regional



Dr. Rolando Cerezo

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Cada año más de 190.000 recién nacidos mueren en la Región de las Américas dentro de los primeros 28 días de vida, lo que representa una tasa de mortalidad neonatal promedio para el continente de 14,3 por 1.000 nacidos vivos. Esta tasa, como todo promedio regional, esconde grandes diferencias entre los países que van desde un valor de 9,7 por 1.000 nacidos vivos en el cono sur, hasta una cifra dos veces mayor, 18,3 por 1.000 nacidos vivos, en el caribe latino.

Las muertes neonatales representan en el continente más del 60% de la mortalidad infantil y casi el 40% de la de menores de 5 años, razón por la cual la implementación de intervenciones que contribuyan a reducir el riesgo de estas muertes resulta esencial para el logro de la meta de reducción de la mortalidad infantil y de menores de 5 años que los países se han fijado como parte de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio.

Con el fin de reforzar las acciones regionales y de los países para mejorar la cobertura y calidad de las intervenciones relacionadas con la salud neonatal, y en seguimiento de las recomendaciones del GATA, se elaboró la estrategia del AIEPI Neonatal, que complementa las intervenciones ya incluidas para los niños y niñas de 1 semana a 5 años con otras que cubren el período peri-neo-natal.

La OPS ha elaborado una estrategia y plan de acción regionales para la implementación y expansión del componente neonatal de AIEPI en el marco del continuo de la atención, que ha sido aprobado por Resolución del Consejo Directivo de la OPS y que incluye acciones en diferentes escenarios, teniendo en cuenta las diferencias geográficas, sociales, culturales y económicas de los países de la Región de las Américas.

Se estima que la tasa de mortalidad perinatal en los países de América se ubica en un promedio de 21,3 por 1.000 nacidos vivos. Este promedio además de, como se mencionó antes, ocultar las grandes diferencias entre países y hacia el interior de los mismos, oculta también el subregistro de la mortalidad fetal, que no se toma en todos los países, y que resulta igual o mayor que la mortalidad neonatal temprana. Adicionalmente, estas cifras de mortalidad están en general calculadas sobre la base de las defunciones registradas, encontrándose diferencias más marcadas cuanto mayor es el número de nacimientos en ámbitos comunitarios, en los que las defunciones que ocurren a las pocas horas o días del nacimiento no alcanzan a registrarse.

Durante los últimos años se han incorporado nuevas intervenciones y puesto en práctica diferentes iniciativas destinadas a brindar acceso a la atención calificada del parto, ya que solo el 80% de la población la tiene. Desde el año 2000, además, se viene trabajando con el componente comunitario de la AIEPI, con las instituciones del seguro social y otras instituciones prestadoras de atención de la salud, y con estímulos para mejorar el uso que la población pueda estar realizando de los servicios. Todas estas intervenciones se espera que conduzcan a un incremento de la cobertura de población que recibe una buena atención durante el embarazo, el parto, el nacimiento y los primeros días de vida, de manera de complementar la atención que ya se brinda a través de la AIEPI.

Las intervenciones destinadas a mejorar la salud peri-neonatal se interrelacionan y combinan con otras destinadas, por ejemplo, a la eliminación de la circulación de enfermedades prevenibles por vacuna de los países de América. En este sentido, la Región ha establecido iniciativas para erradicar del continente el tétanos neonatal en 2010 y está trabajando activamente para reducir drásticamente los casos del síndrome de rubéola congénita. Estas metas han sido fijadas como consecuencia de la disponibilidad de vacunas y la ampliación de cobertura que se está logrando a través de los planes y acciones destinadas a brindar a las mujeres y las embarazadas una atención adecuada durante el embarazo y el parto.

Se está también trabajando en la suplementación de las dietas con la administración de micronutrientes, y se está incorporando la administración de Zinc como parte de las acciones que contempla la estrategia AIEPI, para reducción de la incidencia de diarreas e infecciones respiratorias, lo que contribuirá a reforzar el descenso ya observado en las tasas de mortalidad por estas causas.

Otras acciones también se han incorporado para la prevención de la transmisión materno infantil de la infección por el VIH, aunque todavía no se han alcanzado las cifras esperadas, lo que refuerza la necesidad de continuar ampliando la cobertura de estas intervenciones, para lo cual el componente neonatal de AIEPI resulta esencial.

La estrategia del AIEPI Neonatal, inserta en el continuo de la atención, se fundamenta en la estrecha relación que existe entre la salud y el bienestar de las mujeres, los recién nacidos, y los niños y adolescentes, tanto en el ámbito de la familia como de la comunidad. Esta relación se da con respecto al continuo de la atención y del curso de vida, y garantizando la disponibilidad y el acceso a las intervenciones basadas en la evidencia, se logrará mejorar la salud peri-neonatal, la salud en la niñez, y la salud del adolescente, contribuyendo de este modo a brindar a las familias y las sociedades mejores posibilidades para su desarrollo sustentable.

Sobre la base de las evidencias ya existentes de las intervenciones costo efectivas y de alto impacto, se ha elaborado el Plan de Acción Estratégico, que se ha basado en el consenso interinstitucional para la reducción de la mortalidad y morbilidad peri-neonatal en América Latina y el Caribe.

A partir de este Plan ha comenzado a trabajar un grupo de agencias, incluyendo la OPS, con la mortalidad materna, surgiendo un plan de acción de reducción de la mortalidad perinatal, que ha recogido el compromiso de los gobiernos de la Región para los próximos ocho años, de forma que sus actividades estén orientadas a dar respuesta a ese compromiso, sobre la base de que todas las madres, recién nacidos y niños

en los países de América Latina recibirán la atención de calidad apropiada y eficaz que necesitan para llevar una vida saludable productiva y hacer realidad el ODM – 4.

Las áreas estratégicas sobre las que se ha propuesto trabajar (Figura 1) son la creación de un entorno favorable para la promoción de la salud neonatal que permita que todas las familias puedan tener la información clave sobre las prácticas del cuidado de la salud de la mujer, sobre la atención apropiada del embarazo y sobre los cuidados en el parto y con el recién nacido. Para que este conocimiento pueda transformarse en acción, se ha considerado también un área estratégica el fortalecimiento de los sistemas de salud, de manera de garantizarle a la población el acceso a servicios de calidad adecuada, culturalmente aceptables y a un costo que pueda ser abordado por las familias y la comunidad, y que permitan a toda la población contar con servicios de atención a la salud de la mujer, de atención peri-neonatal y de salud infantil, que garanticen la aplicación de todas las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento científicamente fundadas.

Figura 1. Estrategia y Plan de Acción Regional

Áreas estratégicas

1. Crear un entorno favorable para la promoción de la salud neonatal
 2. Fortalecer los sistemas de salud y mejorar el acceso a los servicios de la madre, recién nacido y niñez
 3. Promover las intervenciones comunitarias
 4. Crear y fortalecer los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación
-

Garantizar el acceso de la población a estos servicios es un desafío importante para los próximos años, teniendo en cuenta que la gran dificultad de la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe es el acceso de toda la población a los servicios. Hay lugares en los que el 40% de la población no tiene acceso a los mismos y los que lo tienen no los usan; es por ello que será necesario apoyar la ejecución de estudios de cobertura que desagreguen los promedios disponibles para identificar las áreas geográficas o grupos de población sin acceso. Solamente de esta forma se podrá identificar las brechas existentes entre los grupos que más y menos tienen acceso a los beneficios del cuidado y prevención de la salud.

Se deberá seguir promoviendo las intervenciones comunitarias en el marco de la organización local, fundamentalmente en los países con mayores tasas de mortalidad perineonatal. Para esto se deberán emplear herramientas para identificar las poblaciones postergadas y hacer diagnósticos apropiados de las necesidades y alternativas para garantizar la cobertura de los servicios necesarios, con un objetivo para cada línea de acción propuesta, comunitaria y de los sistemas de vigilancia y monitoreo.

Cada una de las áreas estratégicas tiene líneas de acción con objetivos bien claros, como promover el desarrollo de los planes nacionales, con el objetivo de que los países prioritarios y de impacto tengan ese plan establecido, siempre focalizando las acciones en las áreas geográficas más difíciles y en los grupos de población más postergados. Los países prioritarios incluyen todos aquellos que aportan un gran número de muertes neonatales a la mortalidad general de la Región y que, en algunos casos, registran cifras de mortalidad infantil muy superiores al promedio regional, y comprenden a Haití, Bolivia, Honduras y Guyana en este último grupo de elevadas tasas de mortalidad, y a El Salvador, Guatemala, República Dominicana,

Ecuador, Paraguay, México y Brasil por la combinación del valor de sus tasas y el aporte del gran número de defunciones (México y Brasil, especialmente, por su gran número de nacidos vivos anuales).

El plan contempla actividades diferenciadas para cada área estratégica, según los escenarios epidemiológicos, focalizando las intervenciones según indicadores de proceso, de resultado y de impacto.

La primera área estratégica está referida a la creación de un entorno favorable para la promoción de la salud neonatal, y esta se está llevando a cabo promoviendo el desarrollo de planes nacionales para mejorar la salud neonatal para el 2010 en los países prioritarios y de impacto de América Latina y el Caribe, y creando y fortaleciendo alianzas y asociaciones para que en el 2010, tanto los países prioritarios como de impacto las fortalezcan entre las organizaciones que apoyan la implementación.

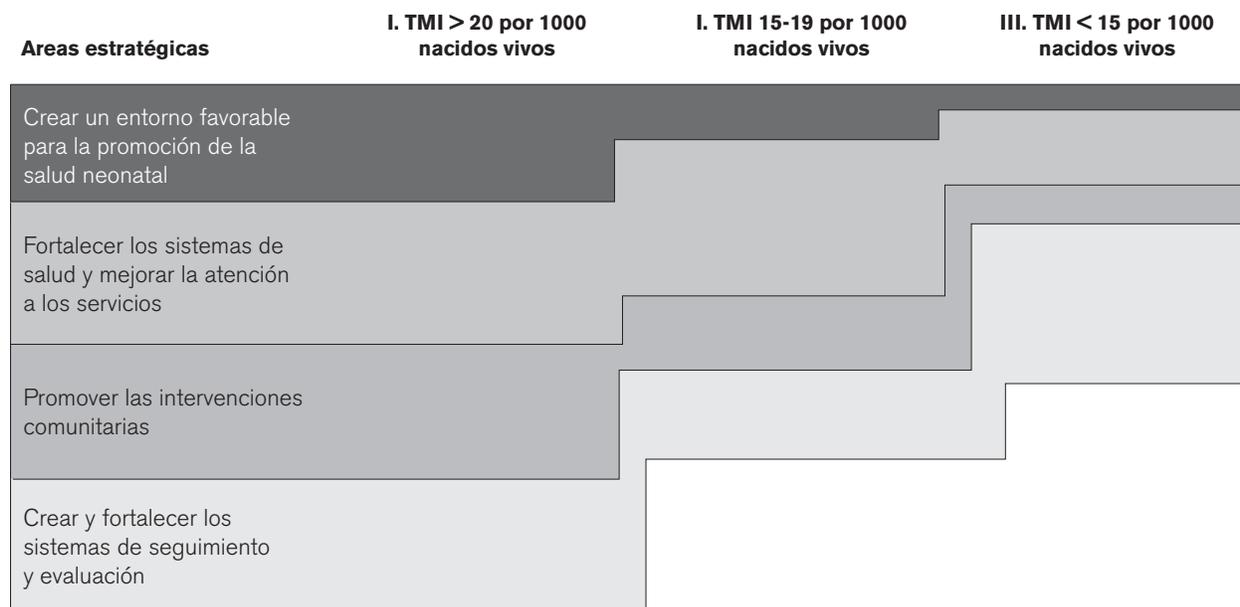
La segunda área estratégica, dirigida a fortalecer el sistema de salud y mejorar el acceso a los servicios de atención a la madre y al recién nacido, se está ejecutando mediante la promoción del acceso universal y equitativo a la atención de la salud materna y neonatal, privilegiando a grupos vulnerables para alcanzar en el 2012 el 80% de cobertura de atención del parto por personal capacitado; actualizando, difundiendo y aplicando intervenciones de atención de la salud materna y neonatal para que en el 2009 se elaboren e implementen normas y protocolos basados en la evidencia y se pongan en práctica procedimientos para la atención neonatal en el marco del continuo del cuidado y atención de la salud.

La promoción de las intervenciones comunitarias, que es la tercer área estratégica, se está incorporando dentro de los planes de salud nacionales para el mejoramiento de la salud neonatal, para que en 2010 se incorporen herramientas para el fortalecimiento de las aptitudes de los agentes comunitarios y de otros actores sociales, a fin de brindar apoyo a la atención en el marco del continuo; con movilización comunitaria y estrategias de comunicación para promover los comportamientos saludables; para que en el 2010 se elaboren estrategias de comunicación y movilización social.

Finalmente, la cuarta área estratégica está dirigida a crear y fortalecer los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación, fortaleciendo el sistema de información, con énfasis en la salud materno peri neonatal, para que en el 2010 los países prioritarios y de impacto, cuenten con sistemas de información que generen datos de calidad en lo que refiere a la situación de la salud materna y peri neonatal. Este proceso conducirá también a establecer los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación del desempeño del personal de salud en el marco del continuo de la atención; para que en el 2010 estos mismos países pongan en marcha sistemas de vigilancia del desempeño del personal de salud, como parte de los mecanismos habituales de monitoreo y vigilancia.

Todos los países están elaborando, sobre la base de la Estrategia y Plan de Acción, las actividades e indicadores dentro de cada área estratégica, siguiendo una matriz de doble entrada (Figura 2) que contemple los diferentes escenarios epidemiológicos, según el valor de la Tasa de Mortalidad Infantil. Este mismo enfoque puede aplicarse hacia el interior de cada país, con el fin de adecuar tanto las actividades como los indicadores a la diferente realidad epidemiológica y operativa de cada sitio, proponiendo aquellas actividades que resulten más efectivas para abordar los problemas característicos de cada área y grupo de población.

Figura 2. Estrategia y Plan de Acción Regional
 Actividades e indicadores para cada estrategia según los distintos escenarios epidemiológicos



En el marco del proceso que ya están llevando adelante los países, y que se extenderá progresivamente a lo largo de la Región, la OPS está actuando como un catalizador de los recursos financieros y técnicos regionales y en los países, con el fin de fortalecer el mejor cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública por parte de los países de América Latina y el Caribe. Este proceso requiere la participación de actores externos e internos mediante el trabajo inter programático y un criterio intersectorial.

La respuesta del sector salud a la atención neonatal en el marco del continuo prestará atención al desarrollo y al mejoramiento de los recursos humanos, la elaboración y adaptación de normas, directrices, métodos y herramientas, además de la difusión de la información, incluidas las intervenciones basadas en la evidencia y las prácticas óptimas de atención. Además, los mecanismos de cooperación técnica de la OPS a los países, así como la coordinación de una cooperación técnica horizontal entre los mismos, deben otorgar gran visibilidad a los problemas neonatales dentro del continuo de atención y las posibilidades de intervención efectiva sobre este problema, con el fin de lograr la movilización de recursos en cada país, y el apoyo político, social y económico para llevar adelante las acciones del Plan y la Estrategia Regionales.

Unificar los esfuerzos de las organizaciones multilaterales y bilaterales, del sector privado, de las entidades científicas y académicas, de las ONGs, de las organizaciones religiosas y de la sociedad civil, facilitará la creación de un proceso continuo de atención y un entorno favorable al logro de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio relacionados con la salud materna e infantil. Por esta razón es esencial continuar fortaleciendo y buscando socios para conseguir recursos de toda la comunidad para canalizarlos en el diseño e implementación de programas en conjunto dirigidos a mejorar la salud de la mujer, las madres, los recién nacidos, los niños y los adolescentes.



© Photos.com

Cuando se observa específicamente la función de las organizaciones de atención de salud en relación con la capacidad de recuperación, cinco aspectos cobran importancia: la vigilancia, la coordinación y comunicación, la capacitación, el equipo de protección y la capacidad de movilizarse en una situación de emergencia.

5

Las experiencias con el Huracán Katrina y las acciones del TCH durante la emergencia del Huracán Ike

Dra. Joan Shook

Oficial de Seguridad Principal y Médico en Jefe,
Texas Children's Hospital

En esta presentación quisiera hablar de la estrategia utilizada por nuestra institución para hacer frente a tres huracanes bastante singulares que nos afectaron en los tres últimos años. El primero fue el huracán Katrina —hace un mes se cumplieron tres años de su paso por aquí—, que suscitó una respuesta en toda la ciudad y de alcance regional; poco después, nos sacudió el huracán Rita, que nos dio muchos problemas; y por último, el mes pasado, el huracán Ike nos dio la oportunidad de resolver nuestros problemas. Espero que aprecien esta evolución durante mi presentación.

Como es de su conocimiento, los desastres son prácticamente inevitables. El cambio climático y las urbanizaciones costeras han contribuido a que cada vez haya más huracanes y las inundaciones han aumentado en este país, así como en los países vecinos. Los incendios naturales son un problema aquí y en el mundo también; y los terremotos, por supuesto, suponen un problema grave para todos. La gripe pandémica nos acecha en todo momento y es inevitable; sabemos que ocurrirá y que será un desastre masivo, pero simplemente no sabemos exactamente cuándo. Y está el terrorismo, desde luego, que supone una amenaza para todos nosotros.

La verdadera clave para tratar este tipo de problemas es crear capacidad de recuperación a nivel nacional. Estamos trabajando con ahínco para conseguirlo, aunque sin duda tenemos mucho camino por recorrer. Esta capacidad permite movilizar los medios necesarios para reducir nuestra vulnerabilidad; fueron tantas las vulnerabilidades señaladas por nuestra respuesta a los huracanes. También aumenta nuestra capacidad de recuperarnos de un acontecimiento de importancia. Hay varias maneras de hacerlo; una de ellas consiste en movilizar el apoyo del público, ya que el público tiene que participar en la creación de una respuesta basada en la capacidad de recuperación; también contribuye a la preparación de la comunidad y a mejorar la asistencia a la seguridad nacional.

Cuando se observa específicamente la función de las organizaciones de atención de salud en relación con la capacidad de recuperación, cinco aspectos cobran importancia: la vigilancia, la coordinación y comunicación, la capacitación, el equipo de protección y la capacidad de movilizarse en una situación de emergencia.

La vigilancia puede tener lugar en muchos niveles y con muchos objetos. En el Texas Children's Hospital hay vigilancia de las amenazas bioquímicas y biológicas y estas se notifican. En cuanto a la coordinación y la

comunicación, se trata de una cuestión muy difícil que consiste en dilucidar cómo se relacionan las distintas instituciones y cómo transmiten la información importante a lo largo de todas las etapas. La capacitación también supone un desafío enorme porque el tipo de cosas a las que nos estamos refiriendo y sobre las que se requiere capacitación en caso de que sobrevenga un desastre suelen ser distintas de las labores cotidianas, de ahí que suele ser difícil conseguir la atención de la gente sobre este tipo de información.

El equipo de protección personal y el equipo de protección del sistema conforman una cuarta categoría que debe examinarse en relación con la capacidad de recuperación de la atención sanitaria; y, por último, la capacidad de movilizarse en una situación de emergencia, que es uno de los elementos fundamentales.

La capacidad de movilizarse en una situación de emergencia o capacidad de reacción inmediata tiene que ver con la manera de amplificar lo que se tiene para hacer frente a una situación en la que sea necesario cuidar de un mayor número de pacientes. En el Hospital hemos hecho eso muy eficazmente en alguna medida; la capacidad de reacción inmediata puede considerarse desde varios ángulos (figura 1).

Figura 1. Capacidad de reacción inmediata de la atención de salud

- > **Respuesta de salud pública**
 - Capacidad general para manejar un incidente importante
- > **Respuesta comunitaria**
 - Instalaciones exteriores
 - Estructura de mando unificada
- > **Respuesta en el establecimiento: ¿cuál es el excedente de pacientes que pueden ser tratados durante un acontecimiento temporal?**
 - Reacción inmediata en el lugar
 - Egresos tempranos
 - Duplicación
 - Transformar el espacio
 - Personal que labore horas extra, proporcionar voluntarios
 - Reacción inmediata en el exterior
 - Centros de salud alternativos

Hay una respuesta de salud pública; el sistema de salud pública puede crear la capacidad de reacción inmediata de manera que el manejo de los pacientes sea más eficiente y se pueda manejar un acontecimiento importante. Hay una respuesta comunitaria en la que es necesario establecer respuestas externas; por ejemplo, en caso de que sobrevenga una gripe pandémica, el último lugar donde queremos que se controle es el hospital porque todos terminarían por quedar expuestos y eso empeoraría la epidemia, más bien convendría destinar una zona en el exterior para tratar a los pacientes con gripe. También es importante contar con estructuras de respuesta y de mando unificadas para que todas las personas hagan lo correcto.

En cuanto a la respuesta centrada en los establecimientos, les daré algunos ejemplos de cómo se han manejado estos sucesos en el Texas Children's Hospital.

Cuando se habla de respuesta centrada en el establecimiento, una de las interrogantes particularmente importantes de responder es: ¿cuál es el máximo número de pacientes que se pueden tratar durante una situación pasajera? Y se tiene que decidir si se desplegará ayuda en el lugar o si se permanecerá en la institución para luego tratar a los pacientes que se pueden atender. Los egresos tempranos son una forma de manejar a los pacientes, nosotros recurrimos a esta opción; otra modalidad consiste en duplicar el número de pacientes y de las áreas de atención que se consideran seguras habilitando los espacios que normalmente no están destinados a la atención de los pacientes para que funcionen como áreas de atención; también supone dificultades determinar cómo se procede a partir de allí. Una de las cosas más innovadoras que Fernando Stein ha hecho en la Unidad de Atención Pediátrica ha sido agregar muros de cabeza extra en todas partes, y tanques de gas y aspiradores y otros suministros médicos en los pasillos para que en caso de que se presente una situación en la que realmente tengamos que responder de forma inmediata en el hospital tengamos muchas posibilidades de lograrlo.

Por otra parte, las instituciones también pueden crear capacidad de reacción inmediata en el exterior con ayuda de establecimientos de atención alternativos.

Haya otras consideraciones, entre ellas, la coordinación de la respuesta, que es muy difícil de establecer y requiere sobre todo practicarse; los materiales, es decir, cómo pueden conseguirse los materiales y suministros a la mitad de una epidemia de gripe, y si todos los proveedores de medicamentos tienen gripe, cómo se consiguen medicamentos, respiradores y otros materiales necesarios para atender a los pacientes; además, cómo se consiguen alimentos y agua, una cuestión particularmente importante cuando sobreviene un huracán. Desde luego, en cualquiera de estas situaciones, algunos recursos escasearán y habrá que subsistir para hacer el mayor bien para el mayor número de personas, algo bastante complicado con los proveedores de atención sanitaria para que lo acepten.

Permítanme hablarles ahora brevemente de nuestra respuesta al huracán Katrina porque realmente fue una respuesta comunitaria ejemplar, apoyada de forma extraordinaria por el Texas Children's Hospital. Les recuerdo que en el 2005, el huracán Katrina azotó Nueva Orleans y, como consecuencia de ello, cerca de 1.300 personas murieron, un millón personas fueron desplazadas, otras 500.000 personas residían en el lugar y alrededor de 4.500 fueron notificadas como desaparecidas, si bien al final la mayoría de ellas fueron repatriadas. Stephen Flynn escribió un libro muy bueno al respecto en el que opina que la enseñanza fundamental extraída de este suceso es que los desastres naturales de importancia pueden, con toda probabilidad, saturar la capacidad del estado para responder, y el huracán Katrina sin duda lo hizo.

En Houston fuimos afortunados en el sentido de que no sufrimos el efecto directo de la tormenta, sino más bien las consecuencias de la llegada de personas, por eso la respuesta se considera comunitaria. La figura 2 muestra el Astrodome de Houston, un estadio grande —cercano al lugar donde nos encontramos ahora— en donde se albergaron a 27.000 personas durante cerca de dos semanas, pacientes y personas que llegaban de Nueva Orleans una vez que se abrieron las calles.

Hay mucho qué decir sobre esto. El 29 de agosto, una tormenta azotó la costa del Golfo de México y, al día siguiente, Nueva Orleans estaba inundada; quizá recuerden las imágenes televisadas de las personas paradas en los techos, los 16 pies de agua y todo ese aspecto realmente deplorable de los Estados Unidos que fue mostrado al mundo. El miércoles 31 se emprendió la evacuación intensiva de los pacientes hospitalizados. El Texas Children's Hospital, en colaboración con otros cuatro hospitales de niños envió muchas misiones a los aeropuertos fuera de Nueva Orleans para evacuar a los pacientes de las unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos y a enfermos agudos. Hicimos un trabajo excelente; los pacientes llegaron y absorbimos a casi un centenar más en este hospital y otros pacientes fueron reubicados en Dallas, San Antonio, Oklahoma y las ciudades circundantes. Quisiera poder decir que fue una buena experiencia —y lo fue, porque salvamos vidas—, pero también fue una situación muy enrevesada. Yo también participé en una misión aérea para llevarse a 17 personas equipo y suministros en las afueras de Nueva Orleans; esperamos seis horas en tierra debido a la falta completa de coordinación y comunicación con Nueva Orleans.

Figura 2. La experiencia de Houston con el huracán Katrina: creación de la capacidad de movilizarse en una situación de emergencia



Por último, los pacientes pediátricos fueron evacuados y pudimos concentrarnos en evacuar a la población civil. La evacuación empezó el 1 de septiembre; los autobuses llegaron a Houston en un plazo de 24 horas y en el Astrodome albergamos a 27.000 personas. El razonamiento era que el hospital del condado, en colaboración con la Autoridad de Salud Pública, atendería a todas esas personas, pero el número de pacientes sobrepasó muy rápidamente su capacidad. De manera que establecimos un consultorio pequeño y, a medida que los pacientes seguían llegando, apreciamos que 30% de las 27.000 personas tenían necesidades crónicas de salud que no se habían atendido durante cinco días, por lo que necesitaban una evaluación inmediata. Así pues, en muy poco tiempo comenzaron a aparecer en la televisión estas quejas y, a la mitad de la noche del jueves, se anunció que se requerían más médicos.

Uno de mis colegas y yo nos personamos en el Astrodome cerca de las 12:30 de la mañana; a partir de esta hora comienza nuestra experiencia. Abrimos otro consultorio destinado exclusivamente a la pediatría y otro espacio; vaya si fue una experiencia. El número de pacientes era muy elevado, atendíamos a cerca de 400 niños al día. En un inicio, el **Grupo de Coordinación del Condado** estaba muy renuente a dejarnos participar porque no formábamos parte de su estructura de mando, pero luego, una de las personas más capacitadas de mi grupo, el doctor Paul Serva, logró comunicarse claramente con ellos y demostrarles la importancia de nuestra ayuda, y fue así como pudimos destinar ese espacio únicamente a la atención de los niños.

Posteriormente, trabajamos con el hospital para apoyar a la dirección administrativa, que suministró muchos recursos. Paul cumplió la función de Director Médico de esa área del consultorio y nuestra farmacia estableció una farmacia especializada en pediatría. Los consultorios para adultos no tuvieron ningún apoyo farmacéutico durante algún tiempo. Después, el Hospital garantizó la provisión de suministros y equipo para el consultorio. Así pues, este fue un ejemplo espléndido de respuesta comunitaria por parte de nuestro hospital, cuya función fue fundamental.

El Texas Children's Hospital también mantuvo el suministro principal de todo nuestro material, incluidos los líquidos intravenosos y todo lo necesario para atender a los niños, así como el personal de enfermería y el personal de supervisión administrativa.

Nos enfrentamos a un brote muy importante de diarrea, lo cual no era de sorprender porque las personas habían estado caminando en el agua procedente del huracán que estaba contaminada con aguas residuales. Otra cosa que pudimos hacer fue establecer un albergue de aislamiento en un edificio contiguo donde fue posible cuidar a más de 400 pacientes a la vez. Debido a la naturaleza de las enfermedades (remitían de manera espontánea), después de permanecer aislados podían reincorporarse a sus familias en el área del Astrodome.

Durante los siguientes 10 días atendimos a cerca de 400 niños al día. Teníamos a nuestra disposición servicios de laboratorio bastante buenos suministrados por el condado. El Hospital se las arregló para organizar el seguimiento de los pacientes que habían tenido complicaciones. También contábamos con asistentes sociales y consejeros psiquiátricos.

Uno de los principales problemas que enfrentamos fue identificar a las personas que decían ser médicos o enfermeras y asegurarnos de que realmente lo fueran. Al final de uno de los días que trabajé en el Astrodome, realmente un día entero, atendimos a un paciente con una crisis convulsiva, se trataba de una clase de crisis bastante común; pues bien, la persona que durante todo el día yo había dado por enfermera, se volvió histérica. Cuando se puso a gritar que qué le pasaba a ese hombre, le expliqué que se trataba de una crisis convulsiva, nada grave, y ella me dijo que era fisioterapeuta y que nunca había visto algo así. Así que ahí me tienen a mí, trabajando todo el día con una mujer a quien creí enfermera y que resultó no serlo. De modo, que nos pusimos a trabajar arduamente para identificar a los médicos y enfermeras.

La segunda semana, el horario de trabajo de 24 horas al día, siete días a la semana que habíamos hasta ese momento, se redujo a 12 horas y, como el número de pacientes disminuyó, el Hospital autorizó la partida del personal del hospital y recurrimos de nuevo al personal del condado.

Cerramos el consultorio exactamente dos semanas después de que lo abrimos; posteriormente, los pacientes con mayor necesidad de atención médica se derivaron a otras zonas de apoyo regional.

Esa fue, en resumen, la experiencia con el huracán Katrina. A mi modo de ver, fue muy satisfactoria; Houston en su mejor momento. En la figura 3 he resumido los beneficios de la intervención.

Registramos a más de 35.000 niños, aunque atendimos a un número mucho mayor porque muchos de los niños que necesitaban atención específica no fueron registrados porque solo se les evaluó y administró medicamento sin prescripción. Solo transportamos a 50 niños al campus universitario, aunque estaba a una milla de distancia; de modo que realmente pudimos administrar todo en el Astrodome; nunca tuvimos un problema de sobrepoblación ni nos vimos obligados a remitir pacientes al Texas Children's Hospital, de manera que el haber prestado este servicio en el lugar puede considerarse un gran triunfo para esta institución. El costo para el hospital fue la pérdida temporal de los servicios de varias personas fundamentales; también hubo algunos costos económicos, si bien estos se recuperaron con bastante rapidez mediante la filantropía privada, además, como la comunidad respaldó tanto el trabajo realizado por el personal del Hospital, resultó fácil conseguir ese reembolso por parte de algunos líderes comunitarios clave.

Figura 3. ¿Porqué el Texas Children's Hospital (TCH) fue capaz de hacerlo?

> Beneficios

- Se atendieron a más de 3.500 pacientes pediátricos en 15 días
- Menos de 50 pacientes pediátricos fueron transportados a la zona de hospitales
- Las unidades de hospitalización del TCH nunca estuvieron superpobladas
- Nunca hubo necesidad de que el centro de urgencias del TCH dejara de admitir pacientes

> Costos para el TCH

- Pérdida temporal de varios empleados clave
 - Costos económicos
-

Dos semanas después de estos acontecimientos, tuvimos que hacer frente al huracán Rita. Se diferenció del huracán Katrina porque se clasificó como tormenta de categoría 5; en aquel entonces ocupó el tercer lugar entre las tormentas más intensas de que se tiene noticia y se dirigía directamente a Houston. De modo que teníamos una visión muy diferente de la situación y, para ser franca, creo que nuestra comunidad se dejó llevar por el pánico; lo puedo comprender porque el huracán Katrina fue devastador y teníamos mucho contacto con los refugiados que había ocasionado.

Más de 2,5 millones de personas fueron evacuadas de la costa de Texas en una forma muy desorganizada; 24 personas murieron en esa evacuación porque los caminos estaban atestados, la desorganización alcanzó un grado extremo y no se planificó bien.

Lo que hicimos en el Hospital fue optar por evacuar parte de las unidades neonatales, pediátricas y cardiovasculares de cuidados intensivos, en lugar de desplegar la reacción inmediata en el lugar. Tan pronto como se desocuparon las camas, varios niños que estaban con respiradores en sus casas se presentaron de nuevo en nuestra puerta. No previmos que esas familias no sabrían cómo manejar la situación: estaban asustadas y, ante la amenaza de la tormenta, decidieron venir al Hospital con sus maletas y respiradores para pasar la tormenta aquí.

Además, teníamos el problema del personal médico y hospitalario, y muchos otros más, por ejemplo, la gente que llegaba en busca de refugio y que ni siquiera conocíamos. Fue una situación problemática y ni siquiera pudimos contar el número total de personas que llegaron al Hospital para refugiarse de la tormenta.

Para nuestra fortuna, aunque no para la de las personas que realmente se habían visto afectadas, el huracán Rita cambio de dirección hacia el norte y no pasó por Houston. Sin embargo, la experiencia puso de manifiesto muchos problemas en cuanto a la manera en que manejamos este tipo de sucesos.

El consenso sobre la necesidad de mejorar nuestra respuesta era general; el Departamento de Salud del Estado contrató a un grupo de consultores para analizar la respuesta ante los huracanes Katrina y Rita. El proceso de entrevistas duró cuatro meses; miles de personas de todo el estado fueron entrevistadas, pero ni un solo proveedor pediátrico fue entrevistado durante la evaluación inicial.

Fernando Stein ha estado muy activo, así como la Academia Estadounidense de Pediatría, nuestro grupo local y la Sociedad Pediátrica de Texas; por medio de esta última, los pediatras exigieron el derecho a expresarse y cuando el informe final se dio a conocer pudieron constatar que se habían incluido muchos indicadores pediátricos específicos, pero se luchó mucho para llegar a eso. Entre los indicadores pediátricos específicos figuraban los siguientes:

- > El personal que responde a las situaciones de emergencia debe aplicar directrices de atención pediátrica específicas;
- > deben tomarse consideraciones particulares respecto de los niños con necesidades especiales de atención de salud;
- > es necesario prestar servicios familiares en los albergues (se suscitó un problema cuando sobrevino el huracán Katrina porque muchos niños llegaron solos, sin ningún adulto que los acompañara, y luego, los voluntarios de la comunidad los llevaron a sus casas, de modo que el problema se volvió realmente enorme.); y
- > deben incluirse suministros adecuados para la edad.

Así pues, tuvimos mucho tiempo para trabajar en nuestra respuesta comunitaria, estatal y hospitalaria.

Posteriormente, el 12 de septiembre, apenas el mes pasado, el huracán Ike vino a nuestro encuentro. Algo notable acerca de este huracán fue que nos dio oportunidad de constatar lo que habíamos aprendido de lo que habíamos hecho anteriormente. La coordinación de la evacuación y repatriación de las poblaciones vulnerables se caracterizó por ser muy transparente en todo el estado; el transporte fue suministrado por el estado y la disponibilidad se conocía en todo Texas porque constantemente se hacían actualizaciones, de modo que era posible saber cuántas camas había, qué tipo de camas eran y cómo se podía trasladar al paciente a ese lugar. En Houston y en muchos otros lugares (Dallas, Lubbock, San Antonio), se establecieron albergues con capacidad para atender necesidades especiales tanto de los adultos como de los niños, con el fin de atender las necesidades crónicas de atención de salud de los pacientes en el caso de que hubiera una tormenta. El Departamento de la Salud del Estado desplegó el 8 de septiembre la respuesta estatal; recordemos que la tormenta se presentó hasta el 12 y que una ventaja de los huracanes es que dan una pequeña advertencia. Poco después, se establecieron equipos regionales en todo el estado para vigilar las condiciones locales y reaccionar ante ellas.

El huracán Ike fue una tormenta de categoría 2 con un campo de viento enorme. De una manera muy sistemática evacuamos a un millón de personas de la costa de Texas en un lapso de 36 horas. El estado exigió que la evacuación se realizara en función de los códigos postales y las zonas residenciales en un determinado período; la operación se llevó a cabo sin tropiezos.

Nosotros decidimos que estableceríamos un refugio en el propio hospital, con un censo de hospitalización de 423; nos abastecimos de agua, combustible, generadores y alimentos.

En la figura 4 resumo lo que sucedió. Decidimos desplegar la reacción inmediata en el propio hospital; albergamos a 2.500 personas, al personal médico y a los empleados que vinieron a quedarse durante la tormenta. El edificio donde se presta asistencia ambulatoria, el CCC, fue habilitado como hotel con capacidad para 700 personas por turno; había tres turnos de ocho horas para dormir, de modo que cuando alguien se levantaba de su cama otra persona estaba lista para ocuparla.

Figura 4. La capacidad de reacción inmediata del TCH durante el huracán Ike

> 2.500 médicos y empleados se presentaron para prestar sus servicios durante la tormenta

- El edificio donde se presta atención ambulatoria se habilitó como "hotel" para alojar a 700 personas por turno
- Se habilitó un establecimiento infantil con personal del Departamento de Vida Infantil del TCH, que atendió a 200 niños de 2 a 17 años de edad
- El personal de los servicios de alimentos y nutrición distribuyó 2.500 comidas 3 veces al día

> Se evacuaron 17 camas de la Unidad de Cuidados Intensivos de Cardiología, del piso 18 al 3

> El hospital perdió ventanas y hubo algunas fugas, pero los pacientes no sufrieron lesiones

- En el área de cuidado intermedio, se trasladaron pacientes a las estaciones de los pasillos, donde había suministros de médicos disponibles

> La presión del agua en la ciudad de Houston disminuyó

- El hospital tuvo que recurrir a agua embotellada
- El uso de duchas se limitó

> El equipo de reacción inmediata fue relevado después de 60 horas por el equipo de recuperación

El personal médico y unas cuantas personas más pudieron dormir en otras partes del hospital. También habilitamos un centro de atención infantil para las personas que tuvieran que trabajar y no contaran con otras opciones de atención infantil. El centro funcionó con personal del Departamento de Vida Infantil del Texas Children's Hospital, y con voluntarios; se cuidaron entre 200 y 250 niños durante el curso de la tormenta.

Los servicios de alimentos y nutrición del Hospital distribuyeron 2.500 comidas tres veces al día, además de las comidas para los pacientes y sus familias, así que en realidad fueron 3.500 comidas tres veces al día durante la tormenta. Evacuamos las 17 camas de la Unidad de Cuidados Intensivos de Cardiología, que se ubica en el décimo octavo piso, y las pasamos al tercer piso sin ningún incidente. El TCH respondió muy bien durante la tormenta, aunque estuvimos cerca de un impacto directo.

Perdimos algunas ventanas y detectamos algunas que tenían fugas, pero los pacientes no sufrieron ninguna lesión. En el área de atención intermedia, la planificación fue excelente; sacamos a los pacientes de sus habitaciones porque había algunas ventanas rotas y los instalamos con sus respiradores y aspiradores en el pasillo. Fue una cosa extraordinaria, los pacientes y sus familiares estaban muy agradecidos y no estaban nerviosos, aunque yo sí lo estaba, y mucho.

La presión del agua disminuyó en la ciudad de Houston y nuestro abastecimiento de agua también se contaminó, de modo que tuvimos que depender por completo del agua embotellada durante cerca de dos días. No había muchas duchas por aquí, así que limitamos su uso.

El equipo de respuesta inmediata fue relevado después de 60 horas por el equipo de recuperación.

Unas 72 personas murieron, y esta mañana escuché en la radio que murió otra persona más, así que es probable que esa cifra de defunciones sea un poco más elevada. Aún hay 400 personas desaparecidas, y es probable que la mayoría de ellas hayan perecido en la marea de la tormenta. Cerca de 4 millones de residentes de la zona de Houston estuvieron sin energía eléctrica; los costos por los daños ocasionados superan los 30 mil millones de dólares, lo cual coloca al huracán Ike en el tercer lugar entre los huracanes más costosos de la historia de los Estados Unidos.

Para el Texas Children's Hospital, los costos ascendieron a unos 2,1 millones de dólares, calculados sobre la base de las personas que trabajaron durante la tormenta, el equipo de recuperación y algunos otros suministros.

Ahora bien, ¿lo hicimos mejor que con el huracán Rita? Sin lugar a dudas. Realmente sacamos gran ventaja de esos años: el manejo estatal de urgencias comenzó más temprano, la evacuación obligatoria se hizo sin tropiezos e incluyó la evacuación de cinco hospitales, y el estado organizó el transporte de los pacientes; hubo una coordinación integral de los servicios de salud estatales, entre ellos, los albergues para atender necesidades especiales que mencioné.

Creo que tenemos mucho que aprender y aunque lo hicimos mucho mejor en esta ocasión, sin duda hay mucho todavía por aprender. Estas son las etapas de una respuesta frente a los desastres:

- > Preparación, obviamente fundamental;
- > despliegue de la respuesta y, posteriormente, extraer enseñanzas de esa respuesta;
- > mitigación; y
- > recuperación. Yo diría que Houston se ha recuperado en gran medida de la experiencia
- > aunque aún hay algunos problemas.

La preparación (figura 5) incluye organizar reuniones intensivas con los planificadores de hospitales y otros profesionales para velar por que se atiendan las necesidades de atención de salud de los niños; la comunidad médica debe organizarse detenidamente, de modo que la pericia se distribuya como es debido; además, se requiere instruir a las familias. Los establecimientos de atención a largo plazo y las escuelas también son fundamentales para coordinar la respuesta.

Figura 5. La preparación

- > **Reunirse con los planificadores de hospitales para velar porque las necesidades de los niños sean atendidas**
- > **Organizar a la comunidad médica para asegurar la distribución adecuada de pericia**
- > **Elaborar paquetes educativos para las familias**
 - Prestar atención particular a los niños con necesidades de atención especial, a los pacientes que dependen de la tecnología y a las personas mayores delicadas de salud
- > **Colaborar con los hospitales, los establecimientos de atención a largo plazo y las escuelas para concebir árboles de decisiones que orienten la adopción de las primeras medidas**

Los pacientes y sus familiares necesitan entender exactamente lo que tienen que hacer, y este fue precisamente el gran cambio observado en la respuesta ante el huracán Ike respecto del huracán Rita. Además, en esta ocasión no tuvimos pacientes con ventilación, en cambio, en la primera tuvimos 24; las familias comprendieron cómo tenía que ser la respuesta y a dónde tenían que dirigirse.

Hay un conjunto de sitios web extraordinarios: la Cruz Roja mantiene un sitio web sumamente útil y la Academia Estadounidense de Pediatría tiene actualmente un sitio web sobre desastres que pueden consultar si desean más información.

Es necesario concebir estrategias para reducir al mínimo el tiempo en que los niños permanecen separados de sus padres y para reunir a las familias, ya que esto fue un problema considerable durante el huracán Katrina, aunque no tan importante en los huracanes Ike y Rita.

Las familias con necesidades de atención de salud especiales deben recibir mayor instrucción, que incluye cómo manejar a los niños que dependen de la tecnología y dónde conseguir medicamentos y suministros. Inmediatamente después de la tormenta Ike, recibimos a muchos pacientes que querían más medicamentos porque carecían de refrigeración y otros servicios; y también es necesario capacitar a los familiares para el caso de que no consigan atención para sus niños.

El Texas Children's Hospital enfrenta muchos problemas que deben abordarse de manera continua y después de una tormenta, entre ellos los siguientes:

- > Asegurar la planta física
- > Conseguir los suministros necesarios, los alimentos y otros artículos esenciales
- > Asegurar que el personal indispensable esté disponible
- > Establecer una comunicación eficaz
- > Crear una estructura apropiada de liderazgo
- > Evacuación de los pacientes y asuntos relacionados con el transporte

La siguiente etapa es la recuperación. En esta región hay muchos pacientes que requieren diálisis renal prolongada; muchos de ellos perdieron su lugar para recibir la diálisis durante la tormenta y les fue sumamente difícil conseguir ese recurso; un gran número de ellos se presentó en la sala de urgencias con la esperanza de que pudiéramos proporcionarles la diálisis, pero eso es algo que no podemos hacer.

Así pues, a pesar de todo, pienso que aprendimos mucho y que mejoramos mucho, pero aun así tenemos que seguir practicando el despliegue de nuestra respuesta porque los desastres no son predecibles, aunque sabemos que van a ocurrir y estamos totalmente expuestos a un huracán, pero estoy segura de que también lo estamos a muchas otras cosas.

La planificación es la clave de todo; y las relaciones son de importancia capital porque mucho de lo que sucede durante la tormenta tiene que organizarse en el lugar y es necesario que la gente sepa qué hacer en cada momento. La participación de todas las personas que atienden niños es indispensable, de otra manera, los niños se pierden completamente en el proceso y si no estamos allí para intervenir en favor de ellos, los daños serían desproporcionadamente mayores.



© Photos.com

La estrategia AIEPI también fue reconocida como un tema de interés en los congresos científicos y académicos, lo que contribuyó a darle una mayor y amplia difusión en el ámbito de la pediatría inicialmente, pero extendiéndose posteriormente al ámbito de la medicina general, la medicina de familia y la medicina comunitaria.

6 Importancia del proceso político para la adaptación de la estrategia AIEPI en las políticas nacionales: el ejemplo de Argentina

Dr. Juan Carlos Bossio

Consultor

FCH/CH, OPS/OMS



Los procesos que conducen a hacer posible la implementación de estrategias son diversos y dependen de múltiples factores que pueden favorecer y acelerar la incorporación de las estrategias dentro del sistema de atención de la salud o desalentar y retrasar su aplicación. En Argentina, que fue uno de los países de América que participó desde el inicio del proceso de implementación regional de AIEPI, la misma fue incorporándose a través de diferentes actores del sistema de salud y esto resultó en una serie de avances que llevaron al desarrollo de políticas que se fueron instrumentando en el corto y mediano plazo.

Argentina inició el proceso de adaptación de la estrategia AIEPI desde el mismo momento en que fue presentada por la Organización Panamericana de la Salud y, a pesar de no estar incluido entre los países de mayor mortalidad infantil y en la niñez, el país participó del Curso Regional realizado en Perú, destinado en forma prioritaria para los países de la Región Andina y Centro América.

Con posterioridad a ese curso, Argentina desarrolló su presentación y adaptación entre los años 1997 y 1998, aunque algunas de las 24 jurisdicciones en que se divide el país (23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) realizaron sus propias adaptaciones y comenzaron el proceso de implementación.

El proceso de adaptación se condujo con la participación de diferentes actores involucrados en la salud infantil, incluyendo especialmente a las instituciones académicas formadoras del personal de salud (principalmente, las Facultades de Medicina) y las instituciones científicas (principalmente la Sociedad Argentina de Pediatría). Esta modalidad de la adaptación contribuyó a que, en forma simultánea, se llevara a cabo un proceso de trabajo en la estrategia AIEPI a través de las facultades de medicina, que desarrollaron materiales para incorporar la estrategia a la enseñanza de pregrado, sosteniéndose a partir del año 1997, cursos regionales e internacionales para la capacitación clínica en la aplicación de la estrategia en el país.

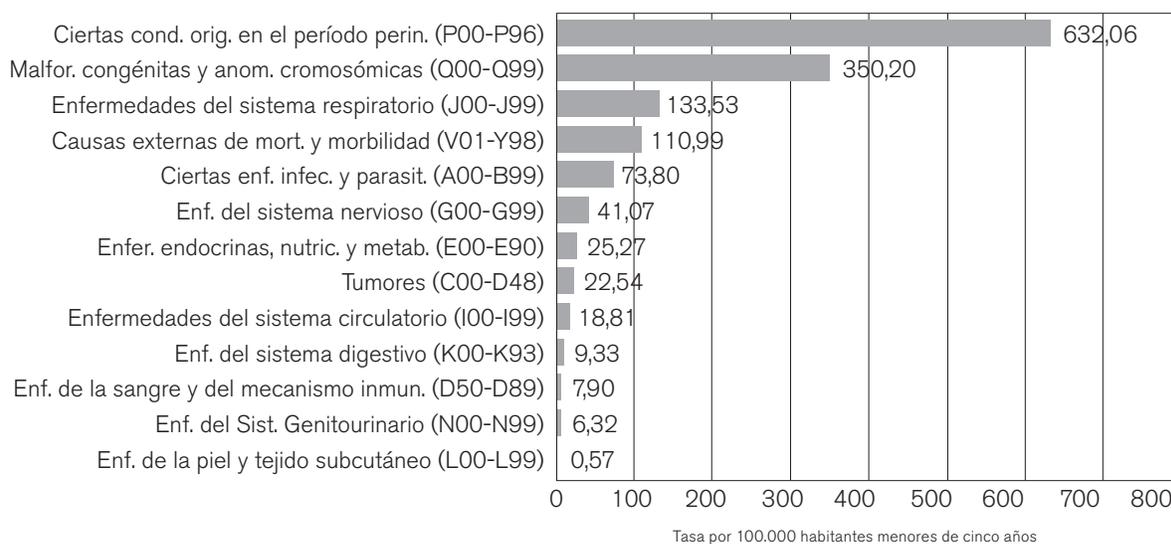
En los años posteriores, se dictaron numerosos cursos y la estrategia AIEPI comenzó progresivamente a incorporarse tanto en la enseñanza en muchas de las Facultades de Medicina del país, como en la atención ambulatoria de los servicios de salud. La estrategia AIEPI también fue reconocida como un tema de interés en los congresos científicos y académicos, lo que contribuyó a darle una mayor y amplia difusión en el ámbito

de la pediatría inicialmente, pero extendiéndose posteriormente al ámbito de la medicina general, la medicina de familia y la medicina comunitaria.

En forma simultánea, el Ministerio de Salud de la Nación inició el desarrollo y adaptación de la estrategia AIEPI para incorporarla en la formación de los agentes comunitarios de salud, especialmente en las áreas del país de mayor mortalidad infantil; aunque no se desarrollaron planes específicos para la aplicación de la estrategia por parte de los profesionales médicos, lo que quedó por lo tanto como actividad a cargo de las cátedras de pediatría de las Facultades de Medicina.

Todo este proceso se desarrolló en un contexto de mortalidad infantil y en la niñez menor al promedio regional y en el que el 60% de la mortalidad antes del año de edad ocurría, y ocurre en la actualidad, por causas perinatales, ya sea por afecciones específicamente relacionadas con el periodo perinatal o por malformaciones congénitas (Figura 1). Esta situación epidemiológica no favoreció la inmediata aceptación de la estrategia AIEPI como una herramienta para el logro de las metas que el país se había propuesto en materia de reducción de la mortalidad infantil: toda vez que las principales causas de defunción durante el primer año de vida estaban asociadas al período perinatal, se requerían estrategias que apunten a mejorar el cuidado y atención de la salud durante el embarazo, a mejorar la atención del parto y del nacimiento, y el cuidado y la atención neonatal.

Figura 1. Situación de la salud de la niñez en Argentina
Principales causas de muertes en menores de cinco años.
Tasas por 100.000. Argentina, 2006



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" con base en datos de la Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud, Argentina. Febrero 2003

Otro aspecto de importancia que tuvo influencia en la implementación de la estrategia AIEPI en el país fue la organización y el funcionamiento de los servicios de salud en cuanto a la atención de la niñez.

En general, existe un alto nivel de especialización en toda la red de servicios de salud del país, tanto pública como privada, con una muy elevada presencia médica en toda la estructura de salud, que resulta en un mayor número de médicos que de enfermeras en prácticamente todas las jurisdicciones.

Además, la atención infantil está mayormente a cargo de médicos especializados en pediatría, y esta es una realidad que puede observarse en gran parte de los servicios de atención ambulatoria públicos de las mayores ciudades del país.

La gran cantidad de profesionales médicos y, entre ellos, de médicos especialistas, también se observa en toda la estructura gerencial de la atención, con muy escasa presencia de otros profesionales del área de salud. En términos del nivel de servicio, como en muchos países, existe una preeminencia del nivel hospitalario con respecto a la red de servicios de salud ambulatorios y, entre los hospitales, aquellos especializados y de mayor complejidad tienen una mayor injerencia en la determinación de la asignación de recursos y la definición de planes y políticas de salud.

Esta situación se traduce en una alta presión por la incorporación de nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, por una fuerte presencia de los servicios hospitalarios, tanto para el diagnóstico especializado de los casos como para su tratamiento y seguimiento.

Todas estas características influyeron, junto con otros factores, en sostener la aplicación de estrategias específicas dirigidas a las enfermedades que ocasionaban la mortalidad por encima del mes de edad, fundamentalmente las infecciones respiratorias agudas, sin integrar las mismas dentro del enfoque de la estrategia AIEPI. Simultáneamente, la fuerte presencia de médicos especialistas fue también un factor que influyó en la decisión de no emplear la estrategia AIEPI en el primer nivel de atención ambulatoria, descontándose que el alto grado de formación y especialización del recurso humano profesional médico en estos servicios brindaba una adecuada calidad de atención.

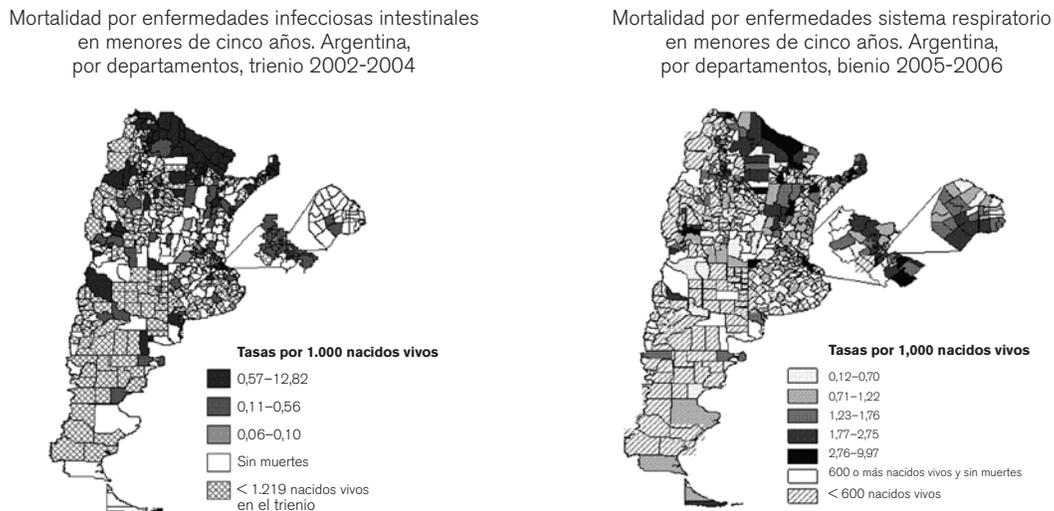
Por otra parte, debe destacarse que aunque la atención primaria de la salud es una estrategia adoptada y promovida en muchas jurisdicciones, su grado de implementación es variable y, en general, se observa una mayor participación y presencia del sector hospitalario y, dentro de él, del sector más especializado, tanto en lo que refiere a la asignación de recursos como a la definición de las líneas de acción para la implementación de planes y estrategias.

Estas características particulares del funcionamiento de los servicios de salud y de la situación general de la mortalidad infantil y en la niñez en el país, coexistieron y coexisten con otros factores que alentaban y sostenían la importancia que la estrategia AIEPI podía tener para mejorar la salud de los menores de 5 años.

El primero de estos factores es el creciente conocimiento que se fue generando en Argentina del contraste en la situación de salud que existe entre las jurisdicciones y, más aún, entre los diferentes departamentos en que se dividen. Desde fines de la década de los noventa y, más regularmente a partir de 2000, se vienen realizando diferentes análisis que permiten identificar las áreas geográficas de mayor

mortalidad infantil en Argentina y, más precisamente, aquellas en las que los menores de 5 años tienen un mayor riesgo de morir de problemas de salud infantil como las enfermedades infecciosas intestinales o las enfermedades del sistema respiratorio, antes de cumplir los 5 años de edad (Figura 2).

Figura 2. Contrastes en la situación de salud de la niñez en Argentina



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Candi" con base en datos de la Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud, Argentina. Febrero 2003

El mejoramiento en el análisis de la información hacia el interior del país permitió detectar las zonas que tienen mayor mortalidad por enfermedades que pueden ser prevenidas, precozmente detectadas y adecuadamente tratadas mediante el uso de la estrategia AIEPI. Este es el caso de las enfermedades infecciosas intestinales y las enfermedades del sistema respiratorio, principalmente neumonía e influenza que, en muchos departamentos del país ponen en un riesgo de morir a los niños y niñas antes de los 5 años de edad varias veces superior al promedio nacional.

Estas áreas no se encontraron solamente en las provincias que tradicionalmente registraban una mayor mortalidad en la niñez sino que, al desagregar la mortalidad hacia el interior de cada jurisdicción, se encontraron áreas de elevada mortalidad en muchas de las provincias de la zona central del país (con tasas provinciales por debajo del promedio nacional) e incluso en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en la que se identifican barrios donde hay tasas relativamente elevadas de mortalidad en menores de 5 años por enfermedades respiratorias, ocultas detrás del promedio de toda la jurisdicción y del promedio nacional.

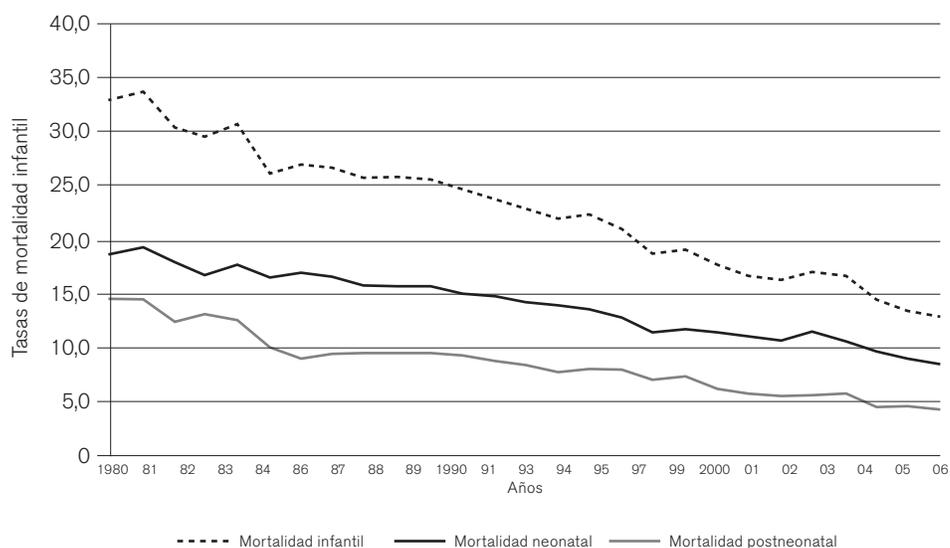
Este tipo de análisis realizado por el Ministerio de Salud se fue haciendo cada vez más presente en todos los congresos pediátricos y, de alguna manera, pusieron de manifiesto el mosaico de situaciones que en

realidad estaba representado cuando se hablaba de la situación general del país en cuanto a la mortalidad en la niñez.

El segundo factor se relacionó con la constatación de que algunas de las intervenciones de prevención que se venían realizando en el país también mostraban una situación similar a la que se observaba al desagregar la mortalidad por jurisdicción y hacia su interior: aún con adecuadas coberturas de vacunación nacionales, se encontraba un número elevado de departamentos que no solamente no alcanzaban la meta de vacunación sino cuyas coberturas se encontraban lejos del nivel esperado. Esta situación motivó la promoción por parte del Ministerio de Salud de metas específicas de vacunación tanto para el primer año de vida como para el ingreso escolar, con la particularidad de que las mismas fueron propuestas para ser alcanzadas no solamente en el promedio nacional, sino por jurisdicción y por departamento, de manera de contribuir a una drástica reducción de la brecha entre ellas en cuanto a los beneficios de la prevención que brindan las vacunas.

Finalmente, también se observó un relativo estancamiento en el descenso que se venía registrando en la mortalidad postneonatal en los últimos años (Figura 3) observándose que la mayor parte del descenso continuo de la mortalidad infantil en los últimos años se daba a expensas de la reducción del componente neonatal.

Figura 3. Tasas de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal cada 1.000 nacidos vivos. Argentina, 1980-2006



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico 2006. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2007.
Importancia del proceso político para la adaptación de la estrategia AIEPI en las políticas nacionales: el ejemplo de Argentina

Este tipo de factores están coexistiendo con los resultados de las características que tuvo el proceso de presentación, adaptación y desarrollo de la estrategia AIEPI que, como se mencionó antes, tuvo un fuerte componente de participación de las cátedras de pediatría en las facultades de medicina. Como resultado de esto, en muchas de las universidades del país se fue llevando adelante la incorporación progresiva de la enseñanza del AIEPI en los cursos de grado de medicina, incluyendo tanto las cátedras de pediatría como, progresivamente también, el año final de práctica obligatoria.

Como resultado de esto, se fue generando anualmente y en forma continua una masa crítica de médicos capacitados en cursos clínicos sobre la estrategia AIEPI y un número creciente de graduados fueron optando por realizar trabajos de investigación destinados a ampliar el conocimiento sobre la salud infantil desde una perspectiva comunitaria, así como a poner de manifiesto los beneficios de la aplicación de la AIEPI en términos del mejoramiento de la calidad y el resultado de la atención infantil en los servicios del primer nivel de atención.

En los últimos años, además, el Ministerio de Salud fortaleció el enfoque de la estrategia de Atención Primaria de la Salud con la creación de programas específicos dirigidos a reforzar los recursos humanos, tanto en cantidad como en calidad, que brindan atención en el primer nivel; y amplió la cobertura de programas especiales dirigidos a mejorar la calidad de atención durante los primeros años de vida.

Todas estas diferentes situaciones convergieron, en 2008, en la incorporación de la estrategia AIEPI junto a los planes nacionales para el control de la tuberculosis y la enfermedad de Chagas, como tres líneas centrales de trabajo del Ministerio de Salud. Estas tres áreas prioritarias fueron asignadas bajo la responsabilidad de la Subsecretaría de Prevención y control de Riesgos que concentra un gran número de los programas de salud.

La implementación de la estrategia se propuso a través del Programa Nacional de Médicos Comunitarios, que engloba tres subprogramas: Médicos Comunitarios, Médicos de Cabecera y el Programa de Salud de Pueblos Originarios. El Programa cuenta con 6.000 profesionales de salud, e incorporó la AIEPI como la estrategia central para la atención infantil por parte de todos sus profesionales.

También se coordinó la adaptación de la estrategia para ser incorporada dentro del programa de pueblos originarios y se está promoviendo su incorporación en los programas de residencias de la salud que son financiados por el Ministerio de Salud, especialmente en las áreas de medicina general y familiar.

De esta manera, a lo largo de todo el proceso que se fue desarrollando desde su presentación como estrategia hasta la incorporación de la AIEPI como una de las líneas directrices de la acción en salud infantil, se pueden destacar algunos aspectos que resultaron clave para contribuir a este resultado.

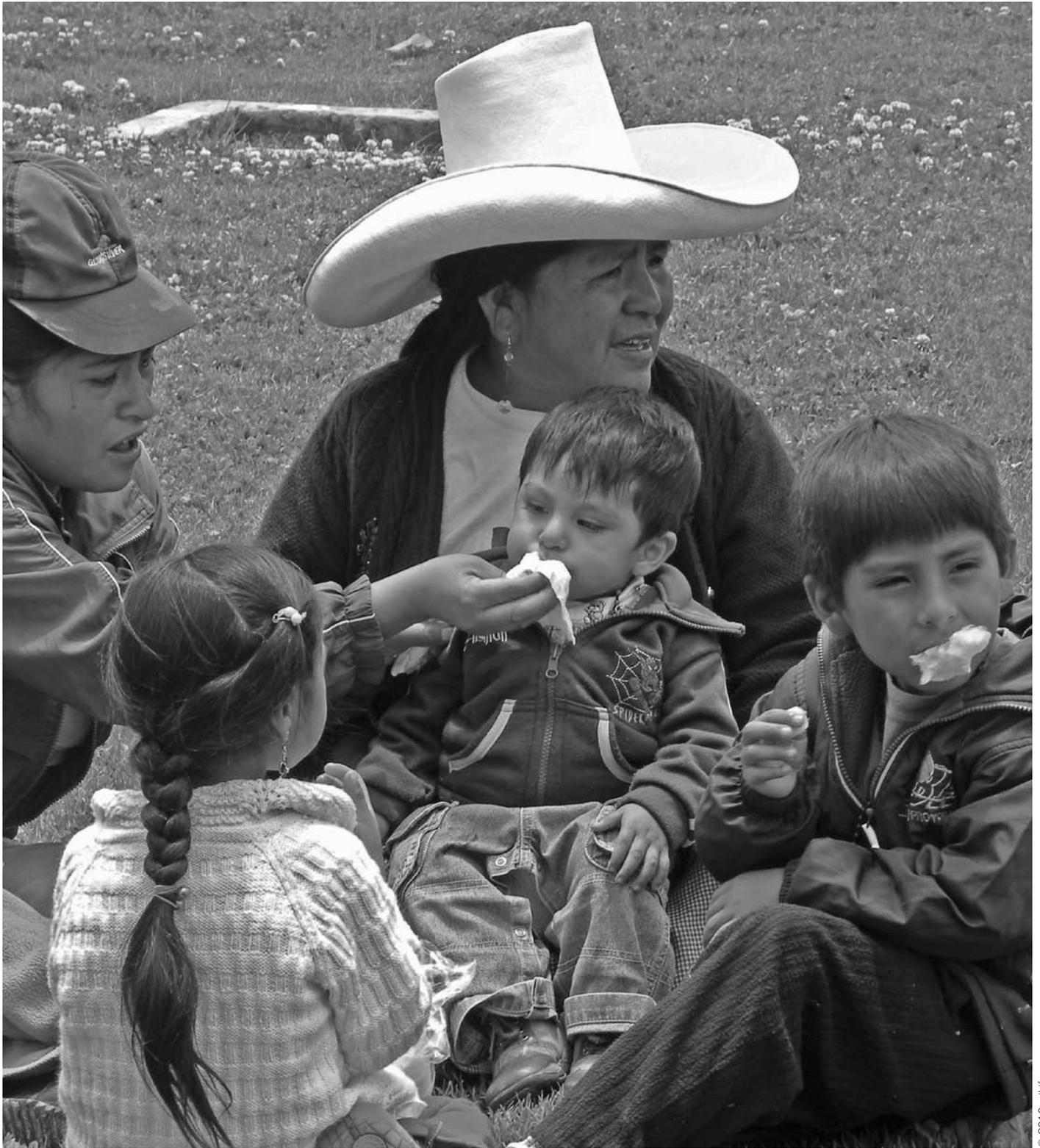
En primer lugar, y en lo que refiere al contexto externo, el sostenimiento y expansión de la estrategia AIEPI que condujo la OPS durante los últimos años, incluyendo el continuo desarrollo y producción de materiales, experiencias y resultados de la aplicación de la AIEPI. Esto permitió sostener una amplia difusión de la actualidad de la AIEPI entre los profesionales del área de salud y, principalmente, entre los médicos

pediatras. También el acceso a cursos de capacitación regionales internacionales, que favoreció la posibilidad de compartir experiencias entre los diferentes países; y la ampliación de los contenidos de la AIEPI, que resultó un factor clave para cubrir algunas brechas en la atención de problemas de salud infantil que se presentan con frecuencia desigual en la atención ambulatoria de los países. En este sentido debe destacarse la incorporación de componentes para la atención de problemas respiratorios obstructivos, para la valoración del desarrollo y, principalmente, el desarrollo del componente peri-neonatal de la AIEPI, que viene a ampliar la cobertura de la estrategia, ajustándola aún más al perfil de la morbi-mortalidad en la infancia y la niñez de los países con mortalidad infantil media o baja, en los que la mayor proporción de las defunciones antes del año de edad se deben a problemas peri-neonatales.

También resultó de importancia el fortalecimiento de los procesos internacionales de fijación y evaluación de metas con relación a la salud infantil, que sostuvieron la necesidad de continuar enfocando acciones para reducir la mortalidad durante los primeros años de vida. Este proceso internacional, asociado a la cada vez mayor respuesta que la AIEPI brinda para enfocar todos los problemas de salud infantil, contribuyó a fortalecer la importancia que la estrategia puede tener para los países en desarrollo para acelerar el ritmo de reducción de la mortalidad durante los primeros cinco años de vida.

En lo que refiere al contexto interno, tres factores se destacan como claves con respecto al sostenimiento de la AIEPI como una estrategia de gran potencial para mejorar las condiciones de salud infantil:

- La creación y el mantenimiento de una importante masa crítica de profesionales de salud capacitados en la estrategia AIEPI, fundamentalmente a través del sostenimiento de cursos de capacitación nacionales y de la incorporación de la enseñanza de la estrategia en gran parte de las cátedras de pediatría de las Facultades de Medicina.
- El trabajo continuo con las universidades e instituciones académicas que forman al personal de salud, que reforzó la AIEPI como una estrategia basada en la evidencia.
- El sostenimiento de la estrategia AIEPI en la agenda de salud a través de la ejecución de investigaciones epidemiológicas y operativas, de la presentación de experiencias en el uso de la AIEPI en la formación en los congresos sobre la enseñanza de la pediatría y de medicina general, familiar y comunitaria, y de la actualización permanente de la situación de la morbi-mortalidad en la infancia y la niñez, con especial énfasis en la identificación de áreas de alto nivel de mortalidad.



© 2010 mikifern

La idea central es que no hay una especialidad de pediatría social, sino que se debe plantear la actitud de actuar en forma local y actuar en forma global en todos los niveles de desempeño del pediatra...

7 El rol de la pediatría social en la atención de la salud en la niñez



Dr. Manuel Katz

Departamento Materno Infantil y Adolescencia, Ministerio de Salud Pública y Universidad Ben Gurion, Beer Sheva, Israel.
Universidad Maimonides, Argentina

El enfoque de la pediatría social ha cambiado en los últimos años y, evidentemente, hay muchas definiciones que van renovando continuamente qué se entiende por ella y qué se espera como rol del pediatra en el nivel comunitario y en el nivel hospitalario abordando sus pacientes, sus familias y su entorno con un enfoque de pediatría social. Desde el punto de vista de la Sociedad Europea de Pediatría Social (ESSOP, por su sigla en inglés), el desempeño de los profesionales con este enfoque les hace pensar y actuar localmente y globalmente para mejorar la salud y el bienestar de los niños y de la gente joven.

Con este fin, la ESSOP está trabajando ya desde hace varios años para coordinar esfuerzos a nivel internacional y construir alianzas con otras sociedades científicas en varios países para fortalecer este enfoque ampliando su aplicación hoy y a futuro, para los próximos 25 a 30 años.

La idea central es que no hay una especialidad de pediatría social, sino que se debe plantear la actitud de actuar en forma local y actuar en forma global en todos los niveles de desempeño del pediatra; esto quiere decir que cada vez que el pediatra ve un niño, y lo puede estar haciendo en cualquier lugar del mundo, debe verlo en un contexto ambientalista, que hace cada pequeña historia totalmente diferente en cada momento que lo pensemos. La idea es pensar globalmente y actuar localmente.

El marco de la pediatría social, entonces, se basa en tres preceptos principales:

- > Los problemas que afectan la salud durante la infancia y la niñez están estrechamente relacionados con los determinantes sociales.
- > Los problemas de salud infantiles ocasionan, de una manera o de otra, consecuencias sociales.
- > La atención y el cuidado de la salud infantil se realiza dentro de un marco social.

La incorporación de los determinantes sociales entre los factores a tener en cuenta al considerar la condición de salud de todo niño es esencial para que los pediatras puedan tener un diagnóstico más preciso y establecer medidas de tratamiento, prevención y promoción de la salud adecuadas al contexto real de cada familia. Esto es lo que hace diferente la atención de una misma enfermedad en niños y niñas diferentes o en contextos sociales diferentes, lo que implica que el pediatra debe reconocer estas diferencias y tenerlas en cuenta para la toma de decisiones.

Por otra parte, la condición de salud de todo niño tiene una fuerte influencia en la condición de su familia y del conjunto social. Tanto la salud como la ausencia de ella tienen fuertes repercusiones en la dinámica familiar y, modificándola, afectan todo el conjunto de la comunidad. Por esta razón, los problemas de salud de los niños y niñas deben ser vistos por los pediatras como problemas que van a afectar en alguna medida la dinámica de la familia y de la comunidad y, por lo tanto, la atención específica que se brinde sobre el problema deberá complementarse con las recomendaciones y acciones destinadas a afianzar el vínculo de la familia con la salud del niño y con la promoción de su crecimiento y desarrollo saludables.

Por último, el trabajo del pediatra en la atención infantil se realiza dentro de un marco social que determina, a través de las condiciones laborales, la definición de los niveles de complejidad, la asignación de los recursos y la organización sanitaria, cuál es la visión de esa sociedad sobre la salud infantil y en qué medida esa visión promueve la prevención y protección de la salud de los niños y niñas en la familia y la comunidad.

Estos tres preceptos principales que subyacen en el enfoque de la pediatría social son el producto de una evolución ocurrida durante los últimos decenios, durante la cual se fue cambiando de un enfoque de la pediatría basado en la enfermedad a un enfoque basado en la preservación y fomento de la salud, de un enfoque eminentemente individuo a un enfoque orientado a considerar la salud en un marco familiar y comunitario, de un enfoque basado en la detección de enfermedades y su tratamiento a uno más orientado a la identificación de los determinantes de las malas condiciones de salud para actuar en forma preventiva y promover hábitos y conductas más saludables, de una preeminencia de los contenidos biomédicos en el ejercicio de la práctica pediátrica a la diversificación de los mismos incorporando contenidos sociales, ambientales, etnográficos y antropológicos, y de un abordaje individual de la atención a una progresiva incorporación de otros profesionales para contar con una visión multidisciplinaria para la atención de la salud infantil.

El pediatra está en una posición ideal para ejercitar estos nuevos enfoques y contribuir a que los mismos se incorporen dentro de la concepción social de la atención de la salud. Como resultado de la evolución experimentada en el campo de la pediatría social, en estos momentos hablamos más de problemas comunitarios, culturales, familiares y escolares como elementos claves en la salud de la población y los pediatras intervenimos cada vez más en las discusiones familiares referidas al cuidado y la atención de la salud infantil.

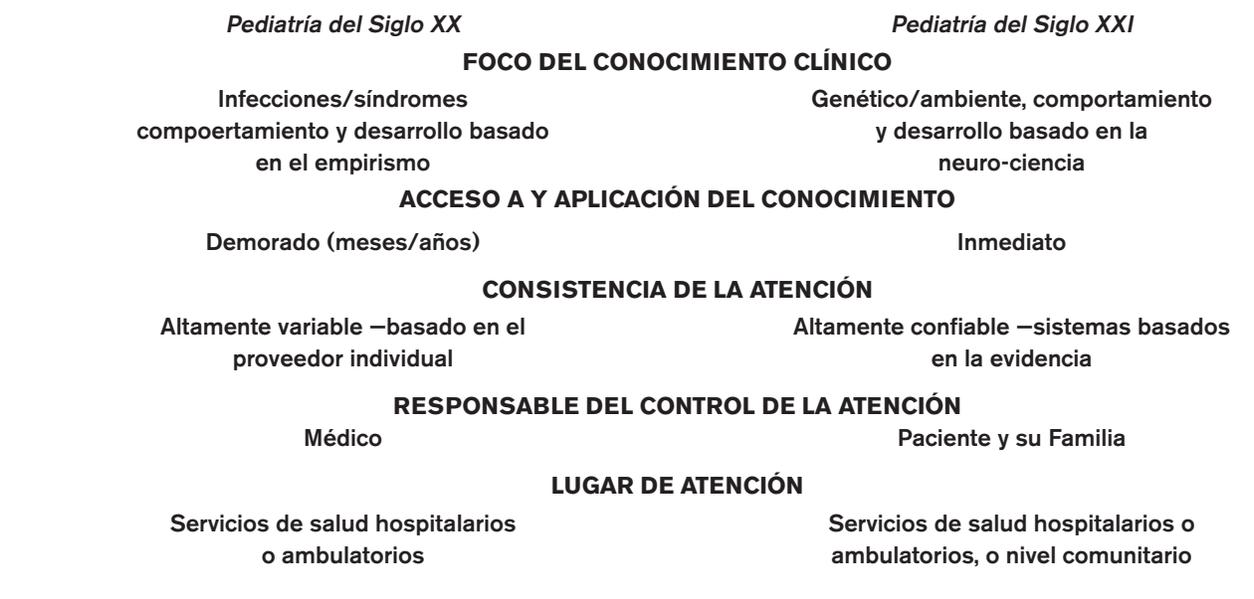
Muchos ejemplos de la forma en que los pediatras se han incorporado en la dinámica familiar y social referida a la consideración de la salud y su cuidado son los planes y programas de inmunizaciones, que han llevado a la erradicación de algunas enfermedades como la viruela y a la eliminación de la circulación de otras, especialmente en el continente americano, tales como la poliomielitis, el sarampión y la rubéola.

Otros programas y acciones que los pediatras han incorporado en forma sistemática en el cuidado y atención infantil también han contribuido, integrados en el enfoque de la pediatría social, a fortalecer el papel de las familias y las comunidades en el cuidado y protección de la salud. Entre estos se cuentan las intervenciones para la detección precoz de problemas del desarrollo infantil, que permitan la toma temprana de decisiones apropiadas de estimulación, la evaluación del crecimiento, la alimentación y la condición nutricional del niño, y la identificación de las condiciones de vulnerabilidad especiales que se presentan

en algunos niños y niñas, tanto desde el punto de vista biológico, como psicológico, familiar y social, lo que permite el análisis de intervenciones factibles, adecuadas a la realidad familiar y comunitaria de cada caso, y que puedan aplicarse tanto en el ámbito del hogar, como de la escuela y la comunidad.

Todos estos cambios son consistentes con la variación que ha tenido el foco de la atención de la salud en general y pediátrica en particular en los últimos decenios y, en particular, al inicio del nuevo milenio (Figura 1).

Figura 1. Cambios en el enfoque hacia el cuidado de la salud y la atención pediátrica



Este nuevo enfoque en el cuidado y atención de la salud en general y pediátrica en particular ha resultado en una creciente importancia asignada a la estimulación temprana, que permite lograr un mejor rendimiento en términos de las perspectivas del desarrollo en la infancia, la niñez y la adolescencia, así como detectar precozmente problemas en el desarrollo infantil.

Los pediatras tienen un papel clave en esta tarea, toda vez que son los profesionales que están en contacto cercano frecuente con las familias desde el inicio de la vida de los niños. De esta manera, y trabajando con las familias y la comunidad, se puede promover una mayor estimulación infantil y lograr que los retrasos en el desarrollo infantil sean detectados más precozmente para poder implementar intervenciones tempranas.

Con el enfoque de la pediatría social, por otra parte, los profesionales abordan la identificación de factores protectores y de riesgo en diferentes ámbitos, incluyendo los habitualmente evaluados en cuanto a la condición del niño pero incorporando también aquellos relacionados con los padres y adultos que conviven con el niño y se encargan de su cuidado; con el estilo de vida y las prácticas de la familia en cuanto a alimentación, recreación, educación; con el ambiente en el que el niño vive, juega y crece, así como a las instituciones que asiste para su cuidado (guarderías, escuelas, clubes); y con las características de la comunidad que alberga al niño y la cultura predominante de la misma.

La búsqueda de estos factores protectores y de riesgo resulta esencial en el enfoque de la pediatría social para poder contribuir a evitar una mayor vulnerabilidad en la salud infantil y efectos negativos para su crecimiento y desarrollo (Figura 2).

Figura 2. Efectos de la pobreza en la salud de niños y niñas de 0 a 3 años

Poco probable que	Más probable que
> Sean alimentados con leche materna	> Tengan bajo peso al nacer
> Reciban inmunización oportuna y completa	> Tengan retraso en el desarrollo
> Reciban buen cuidado de su salud	> Tengan alta incidencia de lesiones
> Tengan acceso regular a servicios de salud que brinden una buena calidad de atención	> Tengan hospitalizaciones más frecuentes
	> Tengan trastornos del comportamiento

Cada vez existe más evidencia de la importancia de brindar una buena calidad de atención durante los primeros meses y años de vida ya que esto permite la rápida detección de problemas a la vez que contribuye a promover la estimulación temprana de los niños y las niñas a través de sus familias. En los últimos años se ha destacado que este tipo de enfoques tiene un fuerte impacto económico, ya que *“En contraste con los significativos beneficios que se obtienen a partir de las intervenciones implementadas ya desde el nivel pre-escolar, los esfuerzos tardíos para remediar los trastornos encontrados han demostrado ser mucho menos efectivos. Los programas escolares dirigidos a remediar el retraso en el desarrollo han documentado resultados pobres. De manera similar, los programas públicos de capacitación en el trabajo, los servicios de educación para adultos, y la rehabilitación de personas que cometieron delitos han resultado en un beneficio económico escaso. Estas intervenciones, por lo tanto, tienen un fundamento de índole más relacionado con la política pública que con el peso de la evidencia científica disponibles sobre sus resultados”*

El desafío de la pediatría social frente al contexto de los países de América Latina y el Caribe en cuanto a la salud de la infancia y la niñez es enorme, pero los beneficios y el impacto que la utilización del enfoque de la pediatría social puede brindar en términos del mejoramiento de las condiciones de salud infantil hace imperioso avanzar en este sentido.

La población de la Región de América Latina y el Caribe supera ampliamente los 500 millones de personas y se estima que un 27% de esta población no tiene acceso a servicios de atención de salud regulares, lo que representa más de 125 millones de personas. El 46% de la población no cuenta con seguro médico para su salud, lo cual implica más de 230 millones de personas que deben recibir atención por parte de los servicios de salud pública. Esta situación también se da en los Estados Unidos de Norteamérica, donde se estima que hay 44 millones de personas que no cuentan con seguro de salud. La falta de acceso a los servicios de salud junto a otros factores hace que en la Región de América Latina y el Caribe se estime en más de 685.000 el número de niños y niñas que no tienen su esquema de vacunación completo para la edad. Finalmente, alrededor del 17% de todos los nacimientos que ocurren en esta subregión del continente

¹ Knudsen EI, Heckman JJ, Cameron JL, Shonkoff JP (2006). Proceedings of National Academy of Sciences

son atendidos por personal que no está suficientemente capacitado para la tarea.

Las condiciones que se observan en América Latina y el Caribe se enmarcan en la distribución desigual de los beneficios en salud que se observa en todo el mundo, con el 84% de la población total habitando en los países menos desarrollados, la que consume menos del 11% del gasto global en salud pero padece el 93% del daño global que anualmente ocasionan las enfermedades a toda la población mundial.

Esta situación solamente puede ser revertida retomando los pilares fundamentales sobre los cuales se edificó la meta de *Salud Para Todos en el Año 2000*, adoptada por los países en la Declaración de Alma Ata en 1978 basándose en la concepción de la salud como un derecho humano esencial y en el compromiso de defenderlo promoviendo la información y el conocimiento con acceso a toda la población para poner a su servicio los beneficios alcanzados por la humanidad en la identificación de las causas de enfermedad y sus determinantes, y de las medidas que se pueden implementar para la prevención, para el control y para la promoción de la salud y el desarrollo.

La pediatría social, como *modus vivendi*, tiene los elementos para renovar el compromiso con la salud para todos, enfatizando en la necesidad de brindar el mejor comienzo para la salud de todos los niños y las niñas. La pediatría social brinda un enfoque global que nos permite una mayor inserción del pediatra en la familia y la comunidad, que le permite llevar el conocimiento a la gente y renovar este conocimiento enriqueciéndolo continuamente con el aporte de las familias y la comunidad. También promueve una participación más amplia del paciente y su familia en el cuidado de la salud, en la sistemática implementación de medidas de prevención, y en la promoción de la salud, así como en la estimulación continua para mejorar el crecimiento y desarrollo durante la infancia y la niñez.

La pediatría social es un enfoque pediátrico innovador del proceso de salud enfermedad, desde la atención primaria, vinculado intrínsecamente a los procesos económicos y sociales, donde la salud se transforma en un derecho a conquistar por la propia población, y el médico tiene no solamente un papel conductor sino que también toma parte en este proceso.

“Creemos realmente en la importancia de la Pediatría Social, aunque observamos que en los últimos años se ha producido un cambio hacia un enfoque centrado en la tecnología, en el enfoque orgánico y en el cuidado y atención especializados en el nivel terciario. La promoción de la salud, la prevención, el cuidado de las población vulnerables y la abogacía por los derechos de los niños y las niñas a la salud deben ser el foco de atención de todo pediatra” – Dr. Jean Turgeon, Montreal, 2004.



© Photos.com

Las Unidades de Cuidados Intensivos pueden considerarse como el último espacio en el que la mayor tecnología y recursos disponibles serán aplicados para tratar de retrasar la inminente evolución fatal de un problema grave, de mitigar sus efectos y posibles secuelas o de, eventualmente, resolverlo exitosamente.

8

¿Por qué ha disminuido la mortalidad en los intensivos de pediatría?

Dr. Fernando Stein

Profesor Asociado de Pediatría

Baylor College of Medicine y Director Médico,
Texas Children's International

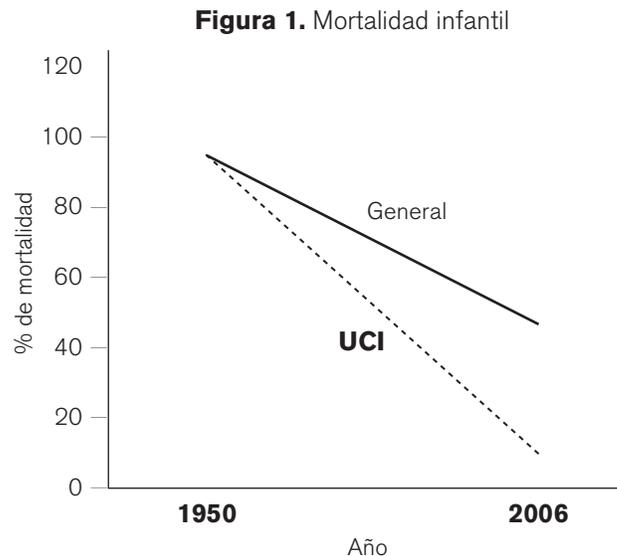


Las Unidades de Cuidados Intensivos pueden considerarse como el último espacio en el que la mayor tecnología y recursos disponibles serán aplicados para tratar de retrasar la inminente evolución fatal de un problema grave, de mitigar sus efectos y posibles secuelas o de, eventualmente, resolverlo exitosamente. En general, la visión de la atención en las Unidades de Cuidados Intensivos se basa en la respuesta, generalmente inmediata y de urgencia, a una situación inicial de extrema gravedad que, en la gran mayoría de los casos va dando lugar, progresivamente, a sucesivas complicaciones que se tratan de enfrentar y resolver. Estas características hacen que, en general, se asistan cuadros y episodios que presentan un alto nivel de mortalidad.

Sin embargo, en los últimos 37 años la Unidad de Cuidados Intensivos del Texas Children's Hospital registró una disminución de la mortalidad, por lo que cabe formularse el siguiente interrogante: ¿por qué ha disminuido tanto la mortalidad en los intensivos de pediatría?

El origen de las Unidades de Cuidado Intensivo se remonta a la década del 1960, con la atención de adultos con ataques cardíacos que morían por arritmia o por shock cardiogénico. La forma en que se enfrentó estas situaciones fue creando espacios con una alta concentración de recursos terapéuticos y de personal calificado para brindar una asistencia inmediata y un seguimiento continuo. Este esquema se aplicó también para la atención de los niños y niñas que morían debido a falla respiratoria; y tuvo como principal finalidad la identificación más precoz posible de signos tempranos de peligro que pudieran indicar la inminencia de un desenlace fatal. De este modo, la finalidad principal de las Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico incluyó lograr que no entraran niños en paro cardíaco fuera de estas Unidades, que no ocurrieran paros inesperados una vez dentro de las Unidades, que se realice una observación intensiva de todos los pacientes con inestabilidad fisiológica o con riesgo de padecerla, que se brinden cuidados post-cateterización y post-cirugías generales o cardíacas y que se brinden cuidados a otros niños gravemente enfermos.

Partiendo de un nivel de mortalidad del 35% en 1970, la mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos se fue reduciendo primero lentamente para alcanzar un 31% en 1976, lo que representó un descenso anual del 1,9% y, posteriormente, con un ritmo cada vez mayor. La mortalidad pasó a 4% en 2000, lo que representó un ritmo de descenso de 3,6% anual, y a 2,4% en 2006, un descenso del 6,7% anual.



El descenso que se registró en la mortalidad en la niñez en el período 1950-2006 en las Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico fue incluso superior al que registró la mortalidad general (Figura 1).

Algunas de las razones de este importante impacto obtenido sobre la mortalidad en las Unidades de Cuidados Intensivo pediátrico pueden atribuirse a la disminución de la mortalidad por sepsis, que es una de las principales causas de mortalidad de la infancia en el mundo^{2 3} y también a la reducción que estas Unidades producen en las muertes por trauma, que es la principal causa de mortalidad en la niñez en el mundo occidental⁴.

Sin embargo, avances recientes contribuyeron a reducir la mortalidad en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. Entre ellas se incluye el mejor manejo de la hipotermia, en el que se documentó un 50% de buenos resultados post-resucitación en niños con hipotermia moderada, y la introducción del Helio en mezcla con el oxígeno, que se mostró beneficiosa en estudios randomizados. Otros beneficios los brindaron las estrategias de manejo de los fluidos, que mejoraron la supervivencia; el uso de la saturación de oxígeno de la vena cava superior como un signo vital que, mantenido dentro de ciertos umbrales mostró una reducción en la mortalidad; la incorporación del uso de surfactante, que mejoró el índice de oxigenación en un estudio utilizando un placebo como control, obteniéndose una reducción de la mortalidad remarcable; y el control de la glucosa y el manejo del dolor, que también mostraron una mejoría en la mortalidad.

² WHO. Report of Child Mortality, 2007.

³ *Crit Care Med* 2002; 30; 1365-1378.

⁴ WHO. Report on Violence and Accidental Death, in press, 2007.

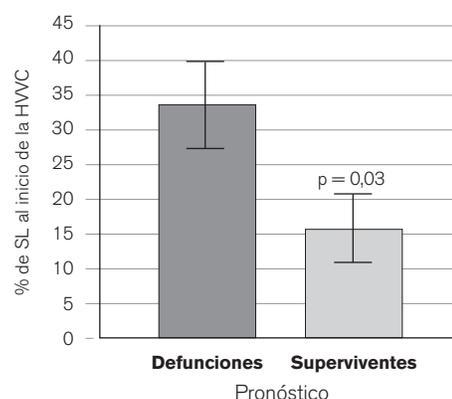
Más recientemente se implementaron otras intervenciones, como la *early goal-directed therapy* para el manejo de la sepsis grave y el shock séptico, que también dieron resultados importantes en la reducción de la mortalidad de las Unidades de Cuidados Intensivos.

La *early goal-directed therapy* incluye el uso de oxígeno suplementario o intubación endotraqueal, el acceso rápido y efectivo a terapia intravenosa, el apoyo a la circulación, la normalización de los parámetros fisiológicos y bioquímicos, y el estricto control de los fluidos y la instalación de terapia de reemplazo renal si es necesario. Este último aspecto tiene una importancia clave, teniendo en cuenta que la posible sobrecarga de fluidos tiene un efecto letal: la menor sobrecarga de fluidos al inicio de la hemofiltración continua venosa se asoció con mejores resultados, aún cuando se ajustó según la gravedad de la enfermedad (Figura 2).

Figura 2. La sobrecarga de líquidos es mortal

Terapia de reemplazo renal en la literatura pediátrica de la UCIP

- > El menor porcentaje de sobrecarga de líquidos (SL) al inicio de la hemofiltración veno-venosa continua (HVVC) se asoció con un mejor pronóstico ($p=0,03$)
- > También se asoció con un mejor pronóstico cuando la muestra se ajustó en función de la gravedad de la enfermedad ($p=0,03$; análisis de regresión múltiple)

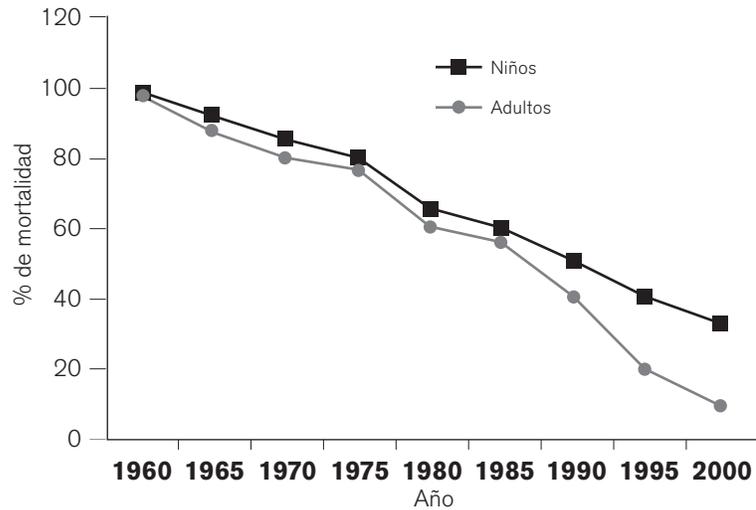


Fuente: Goldstein SL et al: *Pediatrics* 2001, junio; 107(6):1309-12.

Los resultados positivos de la *early goal-directed therapy* fueron demostrados en un estudio realizado con 263 pacientes, de los cuales 130 fueron asignados aleatoriamente para recibirla y 133 para recibir la terapia estándar, se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,009$) en la mortalidad en ambos grupos: 30,5% para el grupo de intervención y 46,5% para el grupo control. A su vez, el score APACHE II fue más bajo para el grupo que recibió *early goal-directed therapy* que para el grupo de control, lo que representó una indicación de una disfunción orgánica menos grave.

Aunque estos beneficios se vieron tanto en adultos como en pediatría, en este último grupo el impacto sobre la mortalidad fue mayor (Figura 3).

Figura 3. Disminución de la mortalidad ocasionada por choque septicémico



Adaptado de Carcillo y Fields *Crit Care Med*, Vol 30, No. 6, 2002

Estos resultados positivos que se obtuvieron con la introducción de nuevas tecnologías y abordajes en el manejo de los problemas que afectan a los pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos coexisten también con otras intervenciones que, en los estudios randomizados realizados, no mostraron efectos positivos en términos de la reducción de la mortalidad (Figura 4).

Figura 4. Algunas cosas no produjeron cambios

Ensayos controlados				
Tipo de ensayo	no. de ensayos	no. total de pacientes	Mortalidad	
			Placebo	Terapia
antiendotoxina	4	2010	35%	35%
ac. contra receptor 1 interleucina	3	1898	35%	31%
antibradiquina	2	755	36%	39%
anticuerpo contra FAP	2	870	50%	45%
anticuerpo contra FNT	8	4132	41%	40%
receptor soluble del FNT	2	688	38%	40%
AINES	3	514	40%	37%
Esteroides	9	1267	35%	39%
Todos los estudios	33	12034	38%	38%

Ac = anticuerpo; FAP= factor activador de plaquetas; FNT=factor de necrosis tumoral; AINES= antiinflamatorios no esteroideos

Adaptado de Zeni y sus colegas.

A su vez, existen todavía numerosos aspectos que podrían mejorarse, incluyendo la puesta en práctica de protocolos para el abordaje de la ventilación mecánica, la analgesia y sedación, la prevención y vigilancia de la infección, el destete, el uso de catéteres y la planificación de la remoción de los dispositivos.

En este contexto, la respuesta a la pregunta inicial referida a las razones del descenso en la mortalidad en las Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico deben explorarse en una multiplicidad de avances, pero debe reconocerse que la contribución individual más importante a este descenso en la mortalidad estuvo relacionada directamente con la calidad de la atención que se brinda en estas Unidades. Este mejor cuidado incluye la incorporación de los avances en la comprensión de la *early goal-directed therapy*, la coordinación y participación del equipo de atención y los cuidados y atención previos al ingreso de los pacientes a las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátrico.

La organización de los servicios médicos para que estos cumplan con los estándares de atención es un aspecto crítico que hace al mejor funcionamiento y resultados de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. Un análisis de un conjunto de Unidades en diversos hospitales mostró diferencias estadísticamente significativas en aspectos clave de la calidad de atención (formación del personal profesional, organización de la prescripción, tiempo de permanencia del personal en la Unidad) y estas diferencias se asociaron a la calificación de la calidad del servicio⁵. También se observó que las condiciones de liderazgo y coordinación del equipo médico dentro de las unidades tiene una influencia positiva sobre los resultados de la atención, medido a través del cumplimiento de las metas específicas de tratamiento por paciente^{6, 7, 8}.

De este modo, la mejor organización de la atención está realizando una contribución clave para un diagnóstico y tratamiento más oportuno, y puede considerarse una de las principales razones que llevaron al continuo descenso de la mortalidad en las Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico. Continuar reduciendo esta mortalidad es el desafío que se presenta en la actualidad y nos confronta con la necesidad de explorar y poner en práctica nuevos enfoques que contribuyan al mejoramiento de la atención.

En este sentido, un mejor cuidado pre-hospitalario puede hacer una gran diferencia en la frecuencia con la que los niños y niñas requieren atención en centros especializados y, en caso de requerirlo, en la gravedad y condición en la que llegan a ellos. Mejorar los procesos de atención y la distribución de los pacientes para hacer que cada uno de ellos pueda recibir los recursos que requiere de acuerdo a la severidad de su cuadro, también contribuirá a disminuir, por un lado, la innecesaria aplicación de tratamientos y técnicas de diagnósticos y, por otro lado, para garantizar que todo niño o niña que requiera procedimientos de alta complejidad los reciba oportunamente.

Es en este marco en el cual la aplicación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) se presenta como una gran oportunidad como contribución a la continua reducción de la mortalidad durante los primeros años de vida, por el efecto que tiene sobre la organización

⁵ *Critical Care Medicine*. 35(10):2256-E11, October 2007,

⁶ *Pediatric Critical Care Medicine*. 8(6):540-545, November 2007.

⁷ *Pediatric Critical Care Medicine*. 6(6):665-670, November 2005.

⁸ *Critical Care Medicine*. 36(1):36-44, January 2008.

de la atención, el mejoramiento del cuidado infantil y la detección precoz de signos de gravedad para iniciar rápidamente el tratamiento.

La estrategia AIEPI incorporó un conjunto mínimo de signos de peligro que, aplicados en forma sistemática y masiva, contribuyó a mejorar en todos los niveles de servicios de salud así como en el hogar y la comunidad, la identificación oportuna de niños y niñas pequeñas que requerían tratamiento en el hospital. El uso de signos simples como la taquipnea (definida como una frecuencia respiratoria por encima de 50 por minuto en los niños de 2 a 11 meses y por encima de 40 por minuto en los de 1 a 4 años), el uso de músculos accesorios para respirar y una temperatura por encima de 39° C permitió sistematizar los criterios de derivación para atención urgente en un hospital. De este modo, la AIEPI contribuyó a hacer que los niños llegaran en mejores condiciones, sin un agravamiento debido a la demora en el diagnóstico, y también a que llegaran con las medidas de tratamiento clave para la enfermedad.

El potencial de estas medidas simples para producir un gran beneficio en la salud infantil se inscribe dentro de nuestro conocimiento actual que, tal como lo mencionaron Peter Orzag y Philip Ellis nos indica que *existe relativamente escasa evidencia disponible de si el beneficio de terapéuticas más costosas justifica realmente su costo adicional*. Este enfoque se conecta con la afirmación volcada en la Serie Lancet sobre Supervivencia Neonatal, donde se afirma que *una de las principales barreras para la acción con relación a la salud infantil ha sido la percepción equivocada de que solamente mediante el uso de tecnologías costosas de alta complejidad y con un enfoque de atención basado en los servicios de salud se podría reducir la mortalidad*.

Por esta razón, los próximos pasos a dar para continuar reduciendo la mortalidad deben estar orientados a fortalecer la efectiva aplicación de estrategias integradas en todos los niveles. La AIEPI en el nivel de la familia, la comunidad y en todos los servicios de atención ambulatoria va a contribuir a una rápida identificación de los niños y niñas que requieren atención inmediata en un hospital por estar gravemente enfermos, y a separarlos de la gran mayoría de los niños que podrá ser manejado en el nivel ambulatorio con cuidados básicos y tratamientos de primer nivel.

Adicionalmente, y dada la rápida evolución que pueden tener los cuadros de enfermedad grave en los lactantes, es esencial mejorar la capacidad de todos los profesionales de salud para brindar los cuidados críticos de reanimación que están sistematizados en el *Pediatric Advanced Life Support Course*. Esto permitirá que todos los niños y niñas que presenten cuadros críticos de enfermedad grave puedan ser adecuadamente atendidos, lo que resultará en mejores resultados.

La formación y puesta en práctica de Equipos de Respuesta Rápida que reduzcan el tiempo de atención de los niños y niñas que presentan cuadros graves también contribuirá a mejorar la supervivencia y a obtener mejores resultados entre los casos hospitalizados en las Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico.

Otra de las intervenciones que contribuirán a continuar reduciendo la mortalidad en la infancia en general y en las Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico es la dirección médica de los equipos de transporte de pacientes críticos. Estos pacientes están demostrado que pueden rápidamente evolucionar a la gravedad

por lo que disponer de un equipo de transporte conducido por un médico altamente entrenado para la asistencia durante el traslado es esencial para garantizar el mejor resultado. Esto se enfoca en la misma línea de llevar la Unidad de Cuidados Intensivos hacia el niño, brindándole las condiciones de esa atención lo más rápidamente posible y lo más cerca posible de su ubicación al momento de padecer la enfermedad grave que lo afecta.

En el nivel de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, el futuro está puesto, por un lado, en el desarrollo de marcadores químicos de peligro que permitan identificar con la mayor antelación posible los niños y niñas que pueden desarrollar cuadros graves, para anticipar el tratamiento. Pero también en los procesos que contribuirán a mejorar la calidad de la atención, el funcionamiento y la organización de las Unidades de Cuidado Intensivo Pediátricos; por ejemplo, con relación al tamizaje de los pacientes para identificar el grado de severidad y la necesidad de atención intensiva, ya que el 40% de las admisiones hospitalarias, no necesitan en general ser atendidas en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Lograr que el personal de estas unidades mejore en forma continua su nivel académico y de formación a través de programas continuos de capacitación es esencial para contribuir a mejorar sus conocimientos y habilidades para brindar una atención óptima a los niños y niñas críticamente enfermos.

Mejorar el proceso que permita ubicar a los pacientes según las necesidades de recursos de diagnóstico y tratamiento también contribuirá a optimizar la respuesta adecuándola a las características de la enfermedad y la gravedad de cada cuadro, haciendo a su vez un uso más eficiente de los recursos disponibles.

En el marco, anterior, el futuro de la práctica de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos está puesto, como menciona Crafer en tres direcciones:

- > El desarrollo e implementación de un sistema que permita identificar tempranamente los signos fisiológicos e indicadores patobiológicos de alteración en la salud de los niños y niñas.
- > La puesta en práctica de un sistema para la atención individualizada de cada niño que sea un continuo entre las personas y la tecnología, y en el cual el cambio de personas que toman a su cargo el cuidado del niño no sea relevante.
- > La conformación de equipos multidisciplinarios en los cuales la participación del médico sea cada vez más en un rol de coordinación más que en un rol de operación.

Finalmente, debe destacarse la importancia que tendrá en los próximos años la aplicación de las ciencias de gerencia y organización aplicadas a los sistemas y servicios de salud, toda vez que han contribuido a mejorar la eficiencia de las organizaciones no dedicadas a la salud. Se necesitará para esto avanzar en líneas de investigación que permitan incorporar los beneficios de las ciencias de gerencia y organización para mejorar la eficiencia de los sistemas y servicios de cuidado y atención de la salud.



© Photos.com

En el último siglo y especialmente en los últimos decenios, el crecimiento en la investigación ha generado un flujo cada vez más rápido de nuevos conocimientos pero, en muchas ocasiones, este nuevo conocimiento no ha alcanzado a todos aquellos que pueden beneficiarse con el, cambiando conductas o procedimientos que se han demostrado obsoletos.

9

La importancia de incorporar intervenciones basadas en evidencia dentro de los contenidos de AIEPI



Dr. Francisco Martínez

Consultor Regional

AIEPI Neonatal, OPS/OMS

La evolución continua del conocimiento humano hace que mucho de lo que en un momento determinado consideramos verdadero se demuestre posteriormente como erróneo o incompleto. El proceso de búsqueda de las explicaciones sobre el comportamiento de las cosas es lo que ha motorizado a lo largo de la historia de la humanidad el crecimiento del conocimiento, y es un proceso que nos ha permitido no solamente tener una mejor comprensión de los fenómenos sino actuar cada vez con mayor eficacia sobre ellos a favor del mejoramiento de las condiciones de vida de las personas.

En el último siglo y especialmente en los últimos decenios, el crecimiento en la investigación ha generado un flujo cada vez más rápido de nuevos conocimientos pero, en muchas ocasiones, este nuevo conocimiento no ha alcanzado a todos aquellos que pueden beneficiarse con el, cambiando conductas o procedimientos que se han demostrado obsoletos. De este modo, la velocidad de generación de nuevo conocimiento sobre la salud y la enfermedad ha sido mucho mayor que la velocidad con la que estos conocimientos llegan a todos aquellos que deben aplicar los hallazgos en beneficio de las personas. Las consecuencias de esto se miden en términos de un mayor sufrimiento humano y de un mayor número de muertes: muchas de las enfermedades y muertes que actualmente ocurren en el mundo se asocian a la falta de aplicación de conocimientos ya existentes o a la aplicación de conocimientos que se han demostrado anticuados.

En términos de la salud neonatal, las Evaluaciones de la Atención Materno-Neonatal realizadas por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) entre 2006 y 2008 han demostrado que, aunque en la mayoría de los países la mortalidad neonatal contribuye con alrededor del 70% de las muertes de menores de 1 año y con cerca del 50% de las de menores de 5 años, muchas de las medidas costo-efectivas que contribuirían a reducir estos problemas no están siendo aplicadas.

Los hallazgos mostraron que, en muchos países, el personal de salud y de las Facultades de Medicina, tanto públicas como privadas, desconoce estas medidas o tiene un conocimiento parcial o incompleto de ellas. De este modo, no resulta extraño encontrar que estas intervenciones que pueden mejorar la salud neonatal no estén siendo aplicadas en los servicios de salud, tanto públicos como privados, y que no haya guías para estos servicios en los que estas recomendaciones estén incorporadas en forma de normas y protocolos.

En este marco, la incorporación de las nuevas evidencias en salud peri-neonatal en la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Neonatal es de gran importancia ya que permite que estas intervenciones se apliquen en el continuo de la atención, tanto con relación al ciclo de vida como al lugar de atención y al tipo de intervención.

En la actualidad, el 85% de la mortalidad neonatal de la Región de las Américas se concentra en América Latina y el Caribe y, aunque en ambas subregiones el parto prematuro es la principal causa asociada a la mortalidad neonatal, el peso que aún tiene la infección severa entre las muertes neonatales de América Latina y el Caribe es más de tres veces superior al que tiene en Canadá y Estados Unidos de Norteamérica (Figura 1).

Figura 1. Mortalidad neonatal por causas en América Latina y el Caribe, y Estados Unidos y Canadá

Causas de muerte neonatal	América Latina y Caribe N = 166.000 (85%)	Canadá y Estados Unidos N = 29.000 (15%)
Tétano neonatal	2.000 (1%)	0 (0%)
Infección severa	32.000 (19%)	2.000 (6%)
Enfermedad diarreica	1.000 (1%)	0 (0%)
Asfixia en el parto	33.000 (20%)	4.000 (14%)
Parto prematuro	65.000 (39%)	13.000 (45%)
Malformaciones congénitas	22.000 (13%)	8.000 (29%)
Otras miscel. áneas	11.000 (7%)	2.000 (7%)

Fuente: *Nacer Latinoamericano*. 2005. OPS/OMS.

Disminuir la mortalidad neonatal requiere mejorar el cuidado de la salud de la mujer antes y durante el embarazo, para lograr un adecuado crecimiento intrauterino del niño o niña en gestación, y garantizar una adecuada atención del parto y del nacimiento, así como un seguimiento apropiado del recién nacido y la puérpera.

El riesgo de morir de un neonato en una mujer que desarrolla pre-eclampsia o eclampsia es mucho mayor, y está asociado principalmente a la necesidad de utilización de asistencia respiratoria mecánica, a insuficiencia renal aguda, a síndrome de distress respiratorio y a hemorragia pulmonar.

Los suplementos de calcio han demostrado ser de utilidad para reducir el riesgo de preeclampsia y pueden ayudar a prevenir el trabajo de parto prematuro. En una revisión sistemática de 12 estudios de buena calidad⁹, el riesgo de hipertensión se redujo cuando se utilizó suplementos de calcio, en lugar de placebo

⁹ Hofmeyr GJ, Atallah AN, Duley L. Suplementos de calcio durante el embarazo para la prevención de los trastornos hipertensivos y problemas relacionados (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

(11 ensayos, 14.946 mujeres: riesgo relativo [RR] 0,70; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,57 a 0,86). También hubo una reducción en el riesgo de preeclampsia, que se asoció con los suplementos de calcio (12 ensayos, 15.206 mujeres: RR 0,48; IC del 95%: 0,33 a 0,69). El efecto fue mayor para las mujeres con alto riesgo (cinco ensayos, 587 mujeres: RR 0,22; IC del 95%: 0,12 a 0,42) y para aquellas con ingesta baja de calcio al inicio (siete ensayos, 10.154 mujeres: RR 0,36; IC del 95%: 0,18 a 0,70).

De este modo, los suplementos de calcio pueden reducir casi a la mitad el riesgo de preeclampsia y reducen la aparición infrecuente del resultado compuesto “muerte o morbilidad grave”, sin otros beneficios claros, ni daños.

Figura 2. Recomendaciones para la administración de Calcio durante el embarazo para la prevención de la ecampsia y pre-eclampsia

Dosis de Calcio Elemental: Emb < 20 sem EG – Nacimiento

Bajo riesgo: 1 g/dVO + baja ingesta Ca: 1,5 – 2 g/d

Alto / Mediano: 1.5 g/d + baja ingesta Ca: 2 g/d Riesgo

Fuente: Cochrane 2008. *BMJ Clin Evidence 2008. Clin Practice Guideline No 206. JOGC March 2008.*

El uso de agentes antiplaquetarios también se mostró beneficioso para el tratamiento de la preeclampsia. En una revisión sistemática de ensayos aleatorios que compararon agentes antiplaquetarios con placebo o con ningún agente antiplaquetario¹⁰ se encontró que estos —en su mayor parte dosis bajas de aspirina— presentan beneficios moderados cuando se utilizan para la prevención de la preeclampsia y sus consecuencias.

Se encontró una reducción del 17% del riesgo de preeclampsia asociada con el uso de agentes antiplaquetarios, y estos se asociaron con una reducción del 8% en el riesgo relativo de parto prematuro, con una reducción del 14% de las muertes fetales o neonatales y con una reducción del 10% de los recién nacidos pequeños para la edad gestacional.

La incorporación de agentes antiplaquetarios para ser administrados durante el embarazo, en función del riesgo mediano o alto de pre-eclampsia podría de este modo contribuir con una reducción adicional en la incidencia y en los daños maternos y perinatales asociados (Figura 3).

¹⁰ Duley L, Henderson-Smart DJ, Meher S, King JF. Agentes antiplaquetarios para la prevención de la preeclampsia y de sus complicaciones (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Figura 3. Recomendaciones para la administración de Aspirina durante el embarazo para la prevención de la pre-eclampsia

Dosis en embarazadas con riesgo de Pre-eclampsia:

- > **Riesgo moderado** **75 – 100 mg/d, vo y**
- > **Riesgo ALTO** **100 – 150 mg/d, vo antes de dormir**

entre las 12 a 13 semanas de gestación hasta el nacimiento

Fuente: EAC n 37560 mujeres en riesgo de pre-eclampsia. Cochrane 2008. *Clin Evidence* 2008. SOGC Clinical Guideline No 206. JOGC (The Official voice of reproductive health care in Canada) March 2008. Lancet 07

Otro factor de riesgo para un nacimiento pre-término se asocia al índice de masa corporal (IMC) de la mujer antes del embarazo bajo¹¹ y a la baja ganancia de peso durante el embarazo, especialmente cuando las mujeres tenían bajo peso antes del embarazo¹². Una mejor condición nutricional de la mujer en la adolescencia y la juventud que contribuya a lograr un índice de masa corporal adecuado, así como un control y seguimiento apropiado durante el embarazo, contribuirán a reducir el número de partos en mujeres con bajo peso o con ganancia de peso inadecuada durante el embarazo.

Otro de los problemas de salud neonatal aún no resueltos a pesar de disponerse de intervenciones para actuar preventivamente son los Defectos del Tubo Neural (DTN) y otras malformaciones congénitas que pueden evitarse con una administración oportuna y suficiente de ácido fólico a la mujer durante el embarazo. Se estima que esta intervención podría evitar alrededor de 250.000 nacimientos anuales con Defectos del Tubo Neural.

Aunque esta recomendación está disponible y muchos países han incorporado este insumo entre los que se brindan a través de los servicios de salud, aún está lejos de alcanzar a todas las poblaciones del continente y, como con relación al acceso a otras tecnologías, el acceso es aún menor entre los grupos con mayor vulnerabilidad. Aún países que tienen un buen nivel en América Latina en cuanto a la atención de la salud materno-infantil (Chile y Uruguay) acaban de publicar cómo, a pesar de la distribución de ácido fólico, este ha sido recibido solamente por alrededor del 2,5% de las mujeres.

Para disminuir a menos de la mitad de los Defectos del Tubo Neural (DTN) y otras malformaciones congénitas en ALC, hay que darle a las mujeres ácido fólico tres meses antes y tres meses después del parto

¹¹ Hyagriv N. Simhan¹ and Lisa M. Bodnar. Prepregnancy. Body Mass Index, Vaginal Inflammation, and the Racial Disparity in Preterm Birth. *American Journal of Epidemiology*, 2006;163:459–466.

¹² Schieve, LA et al. Prepregnancy Body Mass Index and Pregnancy Weight Gain: Associations With Preterm Delivery. *Obstetrics & Gynecology*. VOL. 96, NO. 2, AUGUST 2000.

y multivitamínicos, ya que no es suficiente que se fortifiquen los alimentos. Veinticuatro países lo han medido y no basta enriquecer los alimentos, hay que dar ácido fólico pre embarazo y poli vitamínicos para modificar los DTN y bajar otras malformaciones congénitas.

La estrategia de AIEPI Neonatal ha creado un anexo para la consulta preconcepcional con intervenciones dirigidas a promover conductas que contribuyan a mejorar las condiciones de salud durante el embarazo, entre ellas la adopción del hábito de tomar el ácido fólico.....

Figura 4. Recomendaciones para la prevención de la ocurrencia de defectosa del tubo neural y otras malformaciones congénitas

Prevención de la ocurrencia de DTN y otras MFC en mujeres sin riesgo (II-2-A)

- > **A toda embarazada indicarle dieta rica en ácido fólico**
 - **ácido fólico 0,4 – 1,0 mg + multivitaminas VO diario 3 meses antes del embarazo –3 meses postparto (o mientras dure la lactancia materna)**

[RRR 46% DTN y MFC; RR 0,54 (0,39, 0,76) p = 0,0003]

Prevención de la ocurrencia y recurrencia de DTN y otras MFC en mujeres con alto riesgo (II-A)

- > **Dosis: Ácido fólico + multivitaminas**
 - **ácido fólico 4 – 5 mg/d + multivitaminas 3 meses antes –3 meses después del embarazo**
 - **ácido fólico 0,4 – 1,0 mg + multivitaminas 3er mes del embarazo –3er mes postparto (o durante toda la lactancia materna) VO, diario**

Fuente: Cochrane 2008. *BMJ Clin Evidence* 2008. *JOGC March 2008, Guidelines 2008.*

La detección y el tratamiento precoz de infecciones en las embarazadas también es una intervención con evidencia suficiente de un impacto positivo en la reducción del parto prematuro y del bajo peso al nacer. Una revisión de ensayos controlados aleatorios¹³ demostró que la incidencia de parto prematuro para los neonatos prematuros con bajo peso al nacer y para los neonatos con muy bajo peso al nacer fue significativamente inferior en el grupo de intervención que recibió tratamiento antimicrobiano que en el grupo de control.

¹³ Swadpanich Ussanee, Lumbiganon Pisake, Prasertcharoensook Witoon, Laopaiboon Malinee. Programas de detección y tratamiento de infecciones del aparato genital inferior para la prevención del parto prematuro (Revisión *Cochrane* traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

El uso de antibióticos para el tratamiento de la ruptura prematura de membrana también mostró resultados en la reducción de la infección neonatal y de la mortalidad perinatal (Figura 5).

Figura 5. Antibióticos en ruptura prematura de membranas en < 37 sem EG
Antibióticos (Erythromycin, Co-amoxiclav, Benzylpenicillin, Ampicillin, Piperacillin, Clindamycin)
versus placebo. Reducir con DES:

	RRR%	RR	95% IC
Infección neonatal (hemocultivo)	32	0,68	(0,53, 0,87)
Requerimiento oxígeno	12	0,88	(0,81, 0,96)
Uso de surfactante	17	10,83	(0,72, 0,96)
US cerebral anormal	18	0,82	(0,68, 0,98)
Mortalidad perinatal n 6951,18 ECA	13	0,87	(0,72, 1,05)
Amoxi-clavulánico ECN		4,6	(1,98, 10,7)

Martínez Guittén F. "Medicina Perinatal Basada en Evidencia" 2005.

19 [CAs n > 6000 mujeres, con RPM < 37 sem. *Clinical Evidence 2000. Cochrane 2000.*

El uso de útero-inhibidores tales como la nifedipina también se ha mostrado de utilidad para retrasar el nacimiento, y los estudios realizados han mostrado resultados positivos en la disminución del número de nacidos vivos por debajo de la semana 34. Esto ha resultado en una reducción de complicaciones del neonato, incluyendo una disminución de los casos de Síndrome de Distress Respiratorio.

Otra de las medidas de intervención que cuenta con sólida evidencia es el uso de corticoides prenatales para acelerar la maduración pulmonar, lo que ha resultado en una reducción del Síndrome de Distress Respiratorio y de la mortalidad neonatal. Una revisión bibliográfica de estudios en los que se realizó una comparación controlada aleatoria de la administración de corticosteroides prenatales comparada con placebo, destinada a evaluar los efectos sobre la morbilidad y mortalidad fetal y neonatal, la mortalidad y morbilidad materna y del niño¹⁴ demostró que el tratamiento con corticosteroides prenatales se asocia con una reducción general de la muerte neonatal, del Síndrome de Distress, de la hemorragia cerebroventricular, de la enterocolitis necrotizante, de la necesidad de asistencia respiratoria y del ingreso en las unidades de cuidados intensivos neonatales y las infecciones sistémicas en las primeras 48 horas de vida.

De este modo, estas evidencias avalan el uso continuado de un ciclo único de corticosteroides prenatales para acelerar la maduración del pulmón fetal en mujeres con riesgo de parto prematuro.

A pesar de los beneficios que esta intervención tiene en términos de la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal, en América Latina y el Caribe se estima que menos del 30% de las mujeres que requieren este tratamiento lo reciben efectivamente.

¹⁴ Roberts D, Dalziel S. Corticosteroides prenatales para la aceleración de la maduración del pulmón fetal en mujeres con riesgo de parto prematuro (Revisión *Cochrane* traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Un conjunto de intervenciones adicionales también se han mostrado efectivas para mejorar los resultados perinatales (Figura 6a y 6b) entre las que se incluye el mejoramiento de los conocimientos y las prácticas del personal responsable de brindar atención a la mujer tanto antes como durante el embarazo y al recién nacido.

Figura 6a. Intervenciones basadas en evidencia para disminuir la mortalidad neonatal-perinatal

Intervención	Población objetivo	Impacto esperado	%	Estrategias de implementación	Herramientas disponibles para implementación
Entrenamiento a parteras tradicionales en cuidados básicos en recién nacido y referencia al sistema de salud	En regiones donde se brinda frecuentemente esta forma de atención	*Reduce DES:		Entrenamiento teórico-práctico en AIEPI neonatal comunitario	Instrumento de capacitación AIEPI comunitario
		– muertes fetales en (OR a 0,69, 0,57 – 0,83)	31		
		– muerte perinatal (OR 0,70, 0,59 – 0,83)	30		
		– mortalidad neonatal (0,71, 0,61 – 0,82)	29		
		*Aumenta DES			<i>Lancet</i> 13-19 Septiembre 2008, Vol 372, Páginas 972-989
		– la referencia materna (1,50, 1,18 – 1,90, p<0,001)	50		
		•Reduce DES			
		– hemorragia postparto (OR 0,61, 0,47 – 0,79)	39		

Figura 6b. Intervenciones basadas en evidencia para disminuir la mortalidad neonatal-perinatal

Cuidados continuos con – parteras tradicionales capacitadas – parteras, y – doctores	Universal	*Reduce DES: – hospitalización antenatal por complicaciones (0,79, 0,64 – 0,97) – Apgar < 7 al 1er minuto (0,53, 0,44 – 0,64)	p 21 47	Capacitación – implementación a la red de atención desde la comunidad al hospital	AIEPI Neonatal Comunitario <i>Lancet</i> 2008 <i>Cochrane</i> 2000
Entrenamiento para una estrategia para reanimación neonatal básica a nivel de: – unidades de salud y en la comunidad		En unidades de salud disminuyó:			AIEPI Neonatal Clínico Comunitario <i>Lancet</i> 13-19 Septiembre 2008, Vol 372, Páginas 972-989
		– la incidencia de asfixia leve (14 a 6% p < 0, 0,0001),	60		
		– la mortalidad por asfixia severa 39 a 20%	47		
		– letalidad por asfixia (de 11 a 4%, p > 0, 0,02)	65		
		– la reanimación domiciliar por trabajadores de salud comunitarios redujeron la mortalidad específica por asfixia	67		
		– RS mejora sobrevivencia reanimando con aires vs O2 (RR 0,71, 0,54 – 0,94)			

Finalmente, una de las intervenciones más sencillas y económicas que ha mostrado sobrada evidencia de los beneficios que tiene para la salud materna e infantil, la lactancia materna, es todavía recibida por una proporción baja de todos los niños y niñas en los países de la Región de las Américas. Comparado los recién nacidos que inician la lactancia materna dentro de la hora de haber nacido, el riesgo de morir se eleva hasta ser más de cuatro veces más alto cuando la lactancia se inicia después del tercer día (Figura 7).

Figura 7. Intervenciones basadas en evidencia para disminuir la mortalidad neonatal-perinatal

Inicio lactancia	No (%) RN	No muertos riesgo ^a	aOR 1(95%IC) ^b
< 1 hora	4763 (43)	34 (0,7)	1
1 h – 1 día	3105 (28)	36 (1,2)	1,45 (0,90 a 2,35)
Día 2	2.138 (20)	48 (2,3)	3,01 (1,70 a 5,38)
Día 3	797 (7,3)	21 (2,6)	3,01 (1,70 a 5,38)
> Día 3	144 (1,3)	6 (4,2)	4,42 (1,76 a 11,09)
Total	10,947 (100)	145 (1,3)	

LRT: test de razón de probabilidad, a) % riesgo: No muertes/expuestos, b) ajustado por sexo, talla, EG, MFC, salud al nacer. Madre: salud, E, G, educación, ingreso, CPN, lugar nacimiento y atención al nacer. c) ajustado por lo anterior + patrón LM, aOR + inicio LM > 1 día. n 10.497/14.403 NV y 145 muertes neonatales entre 2 – 28 días. *Pediatrics* 117 No 3, March 2006.

El riesgo de morir también se incrementa en función del tipo de lactancia materna que reciben los recién nacidos, con un incremento en la probabilidad de muerte cuando se practica la lactancia materna predominante pero no exclusiva, riesgo que se eleva a más de cuatro veces cuando la lactancia materna es parcial.

Estas evidencias demuestran que hay una gran riqueza de conocimiento para mejorar la calidad en la oferta de los servicios, pero para que esto se traduzca en servicios que llegan a las personas que lo necesitan se debe garantizar no solamente la distribución de los insumos necesarios, sino el fortalecimiento de los conocimientos de todo el personal de salud para que realmente incorpore estas prácticas basadas en la evidencia como parte de su rutina de atención.

El desafío por delante es por lo tanto encontrar los canales y las formas para llegar a todas las poblaciones para que aumente el consumo de ese recurso científico técnico que se está acumulando y que está llegando a muy pocos.

Un aspecto crucial según los últimos informes de la OPS, es que muchos recursos no son utilizados y que la prioridad, en este momento, no sería buscar nuevos recursos sino actualizar los conocimientos, porque las herramientas disponibles serían suficientes para alcanzar el impacto deseado y socialmente sostenible. El gran desafío, por lo tanto, es hacer que estas herramientas, estos conocimientos y estos instrumentos lleguen a las poblaciones que necesitan estas intervenciones, para lo cual AIEPI constituye la estrategia más adecuada, aplicada a través de los distintos actores que intervienen en el cuidado y atención de la salud de la niñez, en todos los niveles de servicio y a través de todos los tipos de intervención.

10

La integración de las Escuelas de Enfermería de América Latina y el Caribe en el proceso de AIEPI: una nueva perspectiva



Dr. Rolando Cerezo

INCAP/OPS

Las enfermeras(os) tienen un papel clave en la prevención y en el tratamiento de las enfermedades infantiles, y también en la promoción del crecimiento y desarrollo en la infancia y la niñez, y en la promoción de hábitos saludables de alimentación y cuidado de los niños y las niñas en la familia y la comunidad. Por esta razón, reconocer la importancia de la tarea del personal de enfermería dentro del equipo de salud es esencial para lograr una atención integrada de la salud de la mujer, la madre, y el recién nacido durante toda la infancia.

El personal de enfermería interviene de manera activa y continua en la atención infantil y su estrecha relación con la familia lo hace cumplir un papel clave en la transferencia de conocimientos y prácticas que mejoren el cuidado que se brinda a los niños y las niñas en el hogar y la comunidad. Pero además, el personal de enfermería cumple un papel de importancia en todos los niveles de servicios de salud incluyendo, en el nivel hospitalario, las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales, en las que son atendidos los cuadros más severos de morbilidad neonatal e infantil.

Como parte del equipo de salud, el personal de enfermería constituye una referencia en cuanto a sus tareas específicas en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades, así como en las tareas destinadas a la prevención y la promoción de la salud. Y estas tareas han requerido su participación cada vez más activa en el diseño y elaboración de guías, normas y planes de atención y cuidado de la salud infantil, destinados a disponer de estándares de calidad que contribuyan a que las mejores prácticas en el cuidado de la salud en la niñez lleguen a todos los niños y niñas a través de su aplicación por parte de todo el personal.

En este contexto, la incorporación de las Escuelas y Facultades de Enfermería en el proceso de diseño, adaptación e implementación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) no hace más que potenciar los esfuerzos que se están realizando para mejorar la salud de la infancia, con vistas al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015.

En la VIII Conferencia Ibero Americana de Educación en Enfermería, el 29 de Noviembre de 2005 en Concepción, Chile, se analizó la situación infantil en América Latina y el Caribe y cómo la AIEPI podía actuar

como una estrategia integradora de atención. En este encuentro se discutió la posibilidad de promover la inclusión de la estrategia AIEPI en la educación de enfermería para lo cual se propuso acelerar el proceso de adaptación de los materiales de capacitación disponibles de manera de adecuarlos al personal de enfermería, lo que permitiría incluirlo en los programas de formación de las carreras de enfermería.

Esta propuesta se insertó dentro de una situación diversa de las Escuelas y Facultades de Enfermería de América Latina y el Caribe, que se caracterizaba por:

- Una visión de la formación más enfocada a la promoción y prevención de la salud, en concordancia con uno de los roles que el personal de enfermería desempeña en la mayoría de los servicios de salud de atención ambulatoria e incluso hospitalaria.
- Una importancia mayor al primer nivel de atención en la formación, que también se basa en el desempeño habitual del personal de enfermería en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe.
- La falta de incorporación, en algunas Facultades y Escuelas de Enfermería, de un fuerte componente de formación en la atención neonatal.
- Una ausencia de especificidad, en algunos casos, en cuanto a la adecuación de los contenidos de la formación al desempeño de la enfermería, debido muchas veces a la falta de adecuación de los enfoques médicos para dotarlos de la especificidad del rol de la enfermería.

La propuesta de adaptación de la estrategia AIEPI para su incorporación en la formación de enfermería se basó entonces en el reconocimiento de que las competencias y procesos que el personal de enfermería lleva a cabo en cuanto a la atención de la salud infantil son diferentes de aquellos que están a cargo del médico. De esta manera, resultaba indispensable, identificando esos procesos específicos, adecuar los materiales de formación para potenciar el rol del personal de enfermería en la atención y cuidado de la salud del niño tanto en los servicios del primer nivel de atención como en los servicios de atención hospitalaria.

Los objetivos que se propuso la adaptación de la capacitación en AIEPI para el personal de enfermería fueron:

- Garantizar que todos los estudiantes de pregrado egresen con las competencias en conocimientos, destrezas y actitudes para brindar una atención integrada desde lo promocional (trabajo transectorial), lo preventivo y lo curativo, así como las habilidades y actitudes gerenciales, comunicativas y de investigación para asumir el liderazgo en la implementación de la estrategia AIEPI.
- Difundir la estrategia AIEPI a nivel de las Escuelas de Enfermería, de los Ministerios de Salud y las Asociaciones Gremiales como una forma eficiente para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Utilizar nuevas tecnologías de enseñanza de la AIEPI, que abarquen un mayor número de profesionales de la salud.

Con estos objetivos se realizaron Talleres Regionales durante los cuales se abordó la adaptación de la capacitación en AIEPI con el enfoque de la enfermería, iniciando con un taller realizado en Lima, Perú, en septiembre de 2006, en el que se propusieron cambios y se formularon recomendaciones al borrador del Manual de AIEPI para Enfermería. Este taller se repitió con docentes universitarios de las Escuelas y Facultades de Enfermería, en Managua, Nicaragua, en el mismo año, para compartir avances y retos de la estrategia en el marco de las Metas de Desarrollo del milenio, compartir experiencias en la enseñanza y generar un plan de acción para la introducción de la estrategia.

A inicio de 2007 se realizó un Taller Clínico para Docentes de Escuelas y Facultades de Enfermería, en Managua, Nicaragua, para conocer los resultados del estudio sobre enseñanza de la salud infantil en las Escuelas de Enfermería de América Latina, conocer la metodología que propone la estrategia AIEPI para la Atención Integral del niño y niña desde el nacimiento hasta los 5 años de edad y proponer cambios al Manual AIEPI para Enfermería. Con estos mismos objetivos se realizaron dos talleres adicionales en Guatemala el primero y en Asunción, Paraguay, el segundo, lo que permitió enriquecer la visión del tema con los aportes de representantes de diversas Escuelas y Facultades de Enfermería de distintos países de la Región de las Américas.

A mediados de 2008, 20 docentes de las Escuelas de Enfermería se reunieron en Quito, Ecuador, para conocer el material adaptado, fruto de los encuentros anteriores realizados en la Región; y se pudo obtener las opiniones de este grupo de profesores para ser incorporadas dentro del material que será publicado próximamente.

A fines de 2008 se realizó además un encuentro en Guatemala durante el cual se inició el análisis del proceso de cambios curriculares a llevar a cabo en la Escuela de Enfermeras y Escuela de Auxiliares de Enfermería para crear una maestría en salud materna y neonatal y la creación de la carrera de formación de enfermeras obstétricas, aplicando la estrategia AIEPI.

Este proceso llevado a cabo en los últimos años ha permitido alcanzar algunos logros destacables que contribuirán a fortalecer el proceso de implementación de la AIEPI en la Región de las Américas, y ha sido posible en gran parte por la gran disposición de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE), que ha coincidido en la importancia de introducir los contenidos de AIEPI en los planes curriculares de las instituciones que la integran.

En la actualidad, más de 300 profesionales docentes de enfermería han participado en la revisión y adaptación del Manual Clínico de AIEPI para Enfermería y ya se cuenta con una versión genérica del manual, para ser utilizado en los próximos talleres de capacitación. Este Manual AIEPI para Enfermería ha sido presentado a fines de 2009 durante el Coloquio Lationamericano de Enfermería realizado en Quito, Ecuador.

Los pasos dados hasta ahora no hacen más que reafirmar el compromiso de la enfermería con el logro de mejores condiciones de salud para la infancia en América Latina y el Caribe y contribuirán, mediante la más rápida expansión del acceso de la población a la AIEPI, a llevar sus beneficios a todos los niños y niñas del continente, avanzando hacia el logro de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio en 2015.



© 2010 mikifem

11

Conclusiones y Recomendaciones



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



**Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes
de la Infancia (AIEPI)**

**Sexta Reunión del Grupo Asesor Técnico AIEPI (GATA)
Regional**

Houston, Texas, Estados Unidos de América,
28 y 29 de octubre de 2008

1. El GATA respalda el documento Estrategia y Plan Regionales para la salud neonatal en el marco del continuo de la atención materna, recién nacido y niñez¹⁵, considerando al continuo en sus tres dimensiones (a lo largo del curso de vida, en los distintos niveles de atención, y en los distintos tipos de intervención), y recomienda apoyar a los países para:
 - 1.1. Elaborar sus propios planes nacionales para reducir la mortalidad perinatal, materna, posneonatal y a partir del año de vida, enfocando en el logro de metas nacionales y en la disminución de brechas entre áreas y grupos de población, para contribuir a la equidad.
 - 1.2. Generar mecanismos de coordinación de los actores clave de la estructura de salud y desarrollo social, tanto a nivel nacional como local, para garantizar planes sostenibles, integrados y eficientes para reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil.
 - 1.3. Crear grupos intersectoriales, gubernamentales y no gubernamentales, para el seguimiento, monitoreo y evaluación de los avances en la implementación de los planes nacionales.
2. Sostener, desde el nivel regional, el esfuerzo de capacitación en la estrategia AIEPI de representantes de la academia, los servicios y los Ministerios de Salud, Desarrollo Social e Investigación, tanto en el nivel regional como de los países, para garantizar una masa crítica de personas involucradas y comprometidas en el apoyo y promoción de la estrategia.

¹⁵ Documento del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, 2008.

3. Reforzar la información sobre las fortalezas de la estrategia AIEPI en los distintos escenarios epidemiológicos, sanitarios, sociales y económicos, incluyendo evidencias sobre:
 - 3.1. La efectividad de la AIEPI para la evaluación inicial (triage), la clasificación y el tratamiento oportuno y apropiado, y para mejorar la correcta referencia y contra-referencia entre niveles de atención.
 - 3.2. El potencial de la AIEPI para integrar la atención infantil y vincular la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de niños y niñas con el cuidado y atención de la salud de la madre y la familia.
 - 3.3. Los cambios en la situación epidemiológica de los niños y niñas de la Región de las Américas, y la efectividad de las intervenciones para mejorar la condición de salud, promoviendo un diálogo permanente entre epidemiólogos y personal de salud de los distintos niveles de atención y gerencia.
 - 3.4. El impacto económico de la aplicación y los resultados de la AIEPI para la prevención, atención y promoción de la salud infantil en los distintos niveles de la estructura de salud.
4. Buscar acceso a líderes en el terreno político, académico, legislativo, comunitario y de la comunicación social, para promover el conocimiento de la efectividad y el impacto de la estrategia AIEPI, incluyendo:
 - 4.1. Llegar a través de la OPS/OMS a los distintos niveles de gobierno de los países para promover la AIEPI entre la dirigencia política nacional y local para contribuir al apoyo sostenido a su implementación y a garantizar el financiamiento de las actividades en los presupuestos nacionales.
 - 4.2. Brindar apoyo técnico a líderes de opinión dentro de los países para lograr que la AIEPI se integre como una de las políticas de salud esenciales para contribuir al logro de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio.
 - 4.3. Continuar promoviendo la incorporación de la AIEPI como tema relevante en los Congresos Nacionales e Internacionales de pediatría, infectología, medicina general y familiar, medicina social y comunitaria, enfermería y salud pública; y en las publicaciones de estas especialidades.
 - 4.4. Fortalecer la integración de la AIEPI en la formación de estudiantes de carreras de ciencias de la salud.
 - 4.5. Promover la información, educación y comunicación social sobre la estrategia AIEPI y su impacto en la mejoría de las condiciones de salud infantil, para contribuir al sostenimiento de los esfuerzos nacionales de implementación y a la toma de las decisiones políticas que garanticen el acceso de todos los niños y niñas a sus beneficios.
 - 4.6. Promover, en el nivel de los países, la generación de iniciativas más eficientes para lograr que todas las personas tengan acceso a la información esencial sobre las prácticas clave para mejorar la salud infantil y sobre los servicios que brindan AIEPI, incluyendo el uso de medios de comunicación alternativos que garanticen la llegada de la información a los grupos más vulnerables.

Trabajo en Grupo 2: Identificación de los aspectos clave al desarrollo de planes nacionales a favor de la salud peri-neonatal y la promoción del acceso universal equitativo a la atención de la salud materna, neonatal e infantil, privilegiando a grupos vulnerables.

5. Agilizar y promover la generación de alianzas en todos los niveles nacionales, jurisdiccionales y locales, tomando como base la alianza regional existente en apoyo al logro de los ODM referidos a la salud infantil, para promover la activa participación de todos los sectores en apoyo a la implementación de la AIEPI, el monitoreo de los avances y resultados, y la evaluación del impacto.
 - 5.1. Promover la coordinación regional con las ONG que trabajan en los países para que incorporen la AIEPI y contribuyan a mejorar el acceso de los grupos más vulnerables a sus beneficios.
6. Fortalecer la promoción de los contenidos y recomendaciones de la AIEPI a través de la prensa y los medios de comunicación en todos los niveles regional, nacional y local, incluyendo:
 - 6.1. Coordinar desde el nivel regional y en los niveles nacionales con las agencias de información existentes para lograr su participación e involucramiento en la difusión de información clave sobre la situación de la salud en la niñez, los compromisos internacionales adoptados para mejorarla y el potencial de la estrategia AIEPI para contribuir a la reducción de la mortalidad infantil y al logro de mejores condiciones de salud y desarrollo en la niñez y la familia.
 - 6.2. Promover, tanto en el nivel regional como nacional y local, la identificación de periodistas y otros difusores de información para que divulguen la estrategia AIEPI y sus beneficios para la salud en la niñez,

orientando especialmente la llegada de la información a los grupos más vulnerables.

- 6.3. Potenciar el uso de los sitios de Internet para la difusión de la información sobre la salud infantil y la estrategia AIEPI, promoviendo vínculos entre instituciones clave que trabajan a favor de la salud en la niñez.
7. Explorar y actualizar en forma permanente la existencia de estudios e investigaciones que pongan de manifiesto el impacto de intervenciones específicas en la prevención de problemas que afectan la salud de la niñez y materna y promover la asociación entre grupos de investigación de los distintos países para fortalecer la evidencia científica disponible que sostiene la estrategia AIEPI y fomentar el diseño de nuevas tecnologías apropiadas para la atención primaria de la salud.

Trabajo en Grupo 3: Proponer líneas de acción, actividades y planes para el fortalecimiento de los sistemas de información en salud y los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación.

8. Promover el análisis de información referida a indicadores de las condiciones de salud en la niñez y al desempeño y los resultados de los servicios y el personal de salud en la aplicación de la estrategia AIEPI, incluyendo el análisis de la asociación entre los indicadores de desempeño y los de impacto sobre la mortalidad y morbilidad en la niñez, incluyendo:
 - 8.1. Apoyar a los países en la actualización continua de la información sobre la situación de la salud en la niñez
 - 8.2. Desarrollar guías para el monitoreo, incluyendo aspectos relacionados con la infraestructura de los servicios de salud, el desempeño del personal de salud y los resultados de la atención, utilizando como

base las evidencias científicas de disponibles que sostienen las recomendaciones de la estrategia AIEPI.

- 8.3. Contribuir al mejoramiento continuo de la cobertura y calidad de los registros, tanto de mortalidad como de morbilidad y atención.

- 8.4. Garantizar la estratificación de la información disponible para detectar las áreas y grupos más vulnerables con el fin de poner de manifiesto las brechas existentes en la situación de salud de la niñez.

9. Promover el desarrollo y elaboración de los perfiles nacionales de país sobre la salud en la niñez, contemplando la participación de las distintas áreas de los Ministerios de Salud que participan en la generación y manejo de información estadística, epidemiológica y económica.

12

ANEXOS

Anexo 1. Objetivos y Agenda



**Sexta reunión del Grupo Asesor Técnico AIEPI (GATA)
Texas Children's Hospital, Houston, TX**

28-29 octubre de 2008

OBJETIVOS DE LA REUNIÓN

1. Analizar los nuevos escenarios políticos y epidemiológicos que afectan la salud de las niñas y niños de la Región de las Américas a lo largo del ciclo de vida midiendo las determinantes en salud y el papel de la estrategia AIEPI en este proceso.
2. Identificar los aspectos clave que podrían contribuir a acelerar el desarrollo de planes nacionales a favor de la salud peri-neonatal y la promoción del acceso universal equitativo a la atención de la salud materna, neonatal e infantil en el contexto del continuo de la atención y privilegiando a grupos vulnerables.
3. Proponer líneas de acción, actividades y planes para el fortalecimiento de los sistemas de información en salud y los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación.
4. Analizar las intervenciones comunitarias y proponer acciones para la movilización comunitaria y estrategias de comunicación que promuevan los comportamientos saludables dentro de la atención primaria de salud en el contexto del continuo de la atención.
5. Identificar actividades clave a nivel regional y de los países para crear y fortalecer alianzas y asociaciones y la movilización de recursos que apoyen la sustentabilidad de la implementación de la estrategia AIEPI a nivel de los servicios, la comunidad y la familia.

AGENDA

PRIMER DÍA: MARTES 28 DE OCTUBRE DE 2008

8:00 – 8:15	Traslado al Texas Children's Hospital
8:15 – 8:45	Desayuno- Sam Fomom Room – CNRC Building
8:45 – 9:05	Palabras de bienvenida: <i>Mr. Mark Wallace, President, Chief Executive Officer, Texas Children Hospital</i>
9:05 – 9:15	Inauguración y presentación de los participantes <i>Dr. Yehuda Benguigui, Salud del Recién Nacido, Niño y Joven, Salud Familiar y Comunitaria, OPS/OMS</i> <i>Dr. Fernando Stein, Texas Children's Hospital</i>
9:15 – 9:45	Descripción de la mecánica de la reunión, designación del coordinador y relator de la reunión y aprobación de la agenda
9:45 – 10:05	Presentación: "Avances en relación a las recomendaciones propuestas por el grupo Asesor Técnico AIEPI (GATA) del 2001 al 2006" <i>Dr. Yehuda Benguigui, Salud del Recién Nacido, Niño y Joven/ Salud Familiar y Comunitaria, OPS/OMS</i>
10:05 – 10:25	Presentación: "Salud neonatal en el marco del continuo de la atención materna, recién nacido y niño: Estrategia y plan de acción regional". <i>Dr. Rolando Cerezo, INCAP/OPS</i>
10:25 – 11:00	Presentación: "Las experiencias con el huracán Katrina y las acciones del TCH durante la emergencia del Huracán Ike". <i>Dr. Fernando Stein, Texas Children's Hospital y Dra. Joan Shook,, Texas Children's Hospital</i>
11:00 – 11:15	Receso
11:15 – 11:35	Presentación: "Importancia del proceso político para la adaptación de la estrategia AIEPI en las políticas nacionales: el ejemplo de Argentina". <i>Dr. Juan Carlos Bossio, Salud del Recién Nacido, Niño y Joven/ Salud Familiar y Comunitaria, OPS/OMS</i>
11:35 – 12:30	Trabajo en grupo 1: Análisis de los nuevos escenarios políticos y epidemiológicos que afectan la salud de las niñas y niños de la Región de las Américas a lo largo del ciclo de vida y el papel de la estrategia AIEPI en este proceso.
12:30 – 13:00	Discusión plenaria y elaboración de recomendaciones de trabajo de grupo 1.
13:00 – 14:00	<i>Almuerzo</i>
14:00 – 15:00	Trabajo en grupo 2: Identificación de los aspectos clave al desarrollo de planes nacionales a favor de la salud peri-neonatal y la promoción del acceso universal equitativo a la atención de la salud materna, neonatal e infantil privilegiando a grupos vulnerables.
15:00 – 15:30	Discusión plenaria y elaboración de recomendaciones de trabajo de grupo 2.
15:30 – 15:45	Receso
15:45 – 16:30	Trabajo en grupo 3: Proponer líneas de acción, actividades y planes para el fortalecimiento de los sistemas de información en salud y los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación.
16:30 – 17:00	Discusión plenaria y elaboración de recomendaciones de trabajo de grupo 3.
17: - 17:15	Regreso al Hotel
18:30 – 21:00	Cena ofrecida por el Texas Children's Hospital

SEGUNDO DÍA: MIÉRCOLES 29 DE OCTUBRE DE 2008

8:00 – 8:15	Traslado al Texas Children's Hospital
8:15 – 8:45	Desayuno- Sam Fomom Room – CNRC Building
8:45 – 9:00	Auditoría del proceso de la reunión
9:00 - 9:20	Presentación: "La importancia de incorporar intervenciones basadas en evidencia dentro de los contenidos de AIEPI". <i>Dr. Francisco Martinez, Consultor Regional de AIEPI Neonatal, OPS/OMS, Nicaragua</i>
9:20 – 9:40	Presentación: "¿Por qué ha disminuido la mortalidad en los intensivos de Pediatría?" <i>Dr. Fernando Stein, Texas Children's Hospital</i>
9:40 – 10:00	Presentación: "La integración de las Escuelas de Enfermería de ALC en el proceso de AIEPI: Una nueva perspectiva de expansión". <i>Dr. Rolando Cerezo, INCAP/OPS</i>
10:00 – 11:00	Trabajo de grupo 4: Identificación de actividades clave para crear y fortalecer alianzas y asociaciones y la movilización de recursos que apoyen la sustentabilidad de la AIEPI.
11:00 – 11:15	Receso
11:15 – 11:40	Discusión plenaria y elaboración de recomendaciones de trabajo de grupo 4.
11:40 – 12:30	Trabajo de grupo 5: Análisis de las intervenciones comunitarias y propuesta de acciones para la movilización comunitaria y estrategias de comunicación.
12:30 – 13:00	Discusión plenaria y elaboración de recomendaciones de trabajo de grupo 5.
13:00 – 14:00	<i>Almuerzo</i>
14:00 – 15:00	Elaboración de las recomendaciones de la reunión
15:00 – 15:15	Receso
15:15 – 15:45	Revisión y complementación de las recomendaciones de los trabajos en grupo
15:45 – 16:45	Lectura, discusión y aprobación del documento final
16:45 – 17:00	Clausura: <i>Dr. Fernando Stein, Texas Children's Hospital</i> <i>Dr. Yehuda Benguigui, Salud del Recién Nacido, Niño y Joven, Salud Familiar y Comunitaria, OPS/OMS</i>
18:30 – 21:00	Cena ofrecida por el Texas Children's Hospital

Anexo II: Participantes



MIEMBROS DEL GATA

Dr. Stephen Berman*

Past President
American Academy of Pediatrics
Children's Hospital
Denver, Colorado, U.S.A.

Dr. Alberto Bissot

Presidente de la Asociación Latinoamericana de
Pediatria (ALAPE)
Director del Hospital del Niño de Panamá, Panamá

Dr. David E. Bratt

University of West Indies
Eric Williams Medical Sciences Complex
Port of Spain, Trinidad & Tobago

Dra. Anamaría Cavalcante e Silva*

Superintendente de la Escola Saúde Publica
Meireles - Fortaleza, CE, Brazil

Dra. Deise Granado-Villar MD, MPH, FAAP*

Directora, Division of Preventive Medicine,
Health Promotion, and Community Health
Miami Children's Hospital
Miami, FL, U.S.A.

Dra. Elsa Moreno*

Directora de la Maestría en Salud Pública
Universidad Nacional de Tucumán
Tucumán, Argentina

Dr. Antonio Sáez Crespo

Presidente de la Asociación Iberoamericano
de Salud Escolar
Madrid, España

Dr. Fernando Stein

Associate Professor of Pediatrics
Baylor College of Medicine
Medical Director
Texas Children's International
Houston, TX, U.S.A.

Dr. Javier Torres Goitia

Director Maestría
Proyecto Salud Reproductiva Nacional - GTZ
La Paz, Bolivia

Dr. Manuel Katz

Jefe Médico del Departamento Materno Infantil,
Ministerio de Salud, Israel
Maimonides University
Buenos Aires, Argentina
Ben Gurion University
Beer-Sheva, Israel

CONSULTORES, OPS/OMS

Dr. Yehuda Benguigui

Asesor Principal
 Proyecto de Salud del Recién Nacido, Niño
 y Joven (CH)
 Área de Salud de la Familia y la Comunidad (FCH)
 Organización Panamericana de la Salud/Organización
 Mundial de la Salud (OPS/OMS)
 Washington, D.C., U.S.A.

Dr. Rolando Cerezo

Consultor AIEPI
 Proyecto de Salud del Recién Nacido, Niño
 y Joven (CH)
 Área de Salud de la Familia y la Comunidad (FCH)
 (OPS/OMS)
 Washington, D.C., U.S.A.

Dr. Juan Carlos Bossio

Consultor AIEPI
 Proyecto de Salud del Recién Nacido, Niño
 y Joven (CH)
 Área de Salud de la Familia y la Comunidad (FCH)
 (OPS/OMS)
 Washington, D.C., U.S.A.

Dr. Francisco Martinez

Consultor AIEPI Neonatal
 Representación OPS/OMS
 Manágua, Nicaragua

MIEMBROS DEL TEXAS CHILDREN'S HOSPITAL

Ann R Stark, MD

Professor of Pediatrics
 Head, Section of Neonatology
 Director, Neonatal-Perinatal Medicine Fellowship
 Program
 Associate Program Director, General Clinical
 Research Center
 Baylor College of Medicine
 Chief, Neonatology Service
 Texas Children's Hospital
 Houston, Texas, U.S.A.

Joan E. Shook, M.D., M.B.A.

Professor of Pediatrics
 Baylor College of Medicine
 Chief Safety Officer
 Medical Director, Emergency Department
 Texas Children's Hospital
 Houston, Texas, U.S.A.

Fernando Stein, MD

Associate Professor of Pediatrics
 Baylor College of Medicine
 Medical Director, Progressive Care Unit
 Deputy Director, Pediatric Intensive Care
 Texas Children's Hospital
 Houston, Texas, U.S.A.

Gerardo Cabrera-Meza, M.D.

Associate Professor of Pediatrics
 Section of Neonatology
 Department of Pediatrics
 Baylor College of Medicine
 Medical Director - International Neonatology
 Texas Children's Hospital
 Houston, Texas, U.S.A.

Michael T. Walsh Jr.

Assistant Director
 Texas Children's Hospital - International Operations
 Houston, Texas, U.S.A.

Edgar Antístenes Vesga-Arias

Manager, Regional Development
 Texas Children's Hospital - International Operations
 Houston, Texas, U.S.A.

Claudia Flores

International Program Associate
 Texas Children's Hospital - International Operations
 Houston, Texas, U.S.A.

**No pudo asistir.*



Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

**Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes
de la Infancia (AIEPI)
Área de Salud de la Familia y la Comunidad (FCH)
Proyecto de Curso de Vida Saludable (HL)**

525 23rd Street, N.W., Washington, D.C. 20037-2895
Tel: (202) 974-3881 • Fax: (202) 974-3331

www.paho.org



9 789275 330685