



Grupo Asesor Técnico AIEPI (GATA)

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

Informe de la Quinta Reunión



Texas Children's Hospital

Houston, Texas

16 y 17 de Mayo de 2006



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Grupo Asesor Técnico AIEPI (GATA)

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

Informe de la Quinta Reunión



Texas Children's Hospital

Houston, Texas

16 y 17 de Mayo de 2006



**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): Atención Integrada en el Contexto del Continuo Materno-Recién Nacido-Salud Infantil. Informe de la Quinta Reunión.

Washington, D.C: OPS, © 2008.

(Serie FCH/CA/08.1.E)

ISBN 978 92 7 532902 3

I. Título II. Serie

1. BIENESTAR DEL NIÑO
2. ATENCION INTEGRAL DE SALUD
3. SERVICIOS DE SALUD INFANTIL
4. CUIDADO DEL NIÑO
5. MORTALIDAD INFANTIL -- tendencias
6. EDUCACIÓN EN SALUD

NLM 320

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, esta publicación. Las solicitudes deberán dirigirse al Área de Salud Familiar y Comunitaria, Unidad Técnica Salud del Niño y del Adolescente.

Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C 20037, E.E.UU

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 quinta 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 quinta reunión del GATA se realizó en el Texas Children's Hospital, Houston, TX, USA, los días 16 y 17 de mayo de 2006, y la coordinación de dicha reunión estuvo a cargo del Dr. Antonio Sáez Crespo, de España, quien es uno de los integrantes del GATA.

Tabla de Contenido

1.	Prólogo de la Dra. Mirta Roses Periago, Directora de la OPS/OMS	5
2.	Presentación	7
	Palabras de Mark A. Wallace, Presidente, Director Ejecutivo, Texas Children’s Hospital . .	7
	Palabras del Dr. Ralph D. Feigin, M. D., jefe, Departamento de Pediatría, Baylor College of Medicine, Médico en Jefe, Texas Children’s Hospital	9
3.	Estrategias para la Cooperación Técnica del Área Salud de la Familia y Comunidad Dra. Gina Tambini, Gerente del Área de Salud de la Familia y Comunidad, OPS/OMS	11
4.	Avances, desafíos y perspectivas en el mejoramiento de las condiciones de salud de la niñez y la adolescencia en el Continente Americano: el rol de la estrategia AIEPI en el contexto del Continuo Materno-Neonatal-Salud Infantil Dr. Yehuda Benguigui, Jefe de la Unidad del Niño y del Adolescente, Área de Salud de la Familia y Comunidad, OPS/OMS	21
5.	La respuesta del Texas Children’s Hospital frente al Huracán Katrina: evolución de los hechos y lecciones aprendidas Dr. Fernando Stein, Director Médico, Texas Children’s International, TCH	41
6.	Conclusiones y Recomendaciones	49
7.	Anexos	53
	Agenda de la Reunión	55
	Miembros del GATA	57
	Consultores, OPS/OMS	58
	Miembros del Texas Children’s Hospital	58

1. Prólogo

Dra. Mirta Roses Periago

Directora, Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud



En las últimas décadas del siglo XX, la humanidad logró un avance importante en la comprensión de las enfermedades y problemas que afectan la salud de la población. El conocimiento generado no solo permitió identificar muchas de las causas y determinantes, sino tam-

bién comprender los mecanismos de acción que los llevan a constituirse en una amenaza para la supervivencia, y para el crecimiento y desarrollo saludables a lo largo de la vida.

La mayor comprensión de la salud y sus determinantes contribuyó, por un lado, a identificar las intervenciones necesarias para la protección de la salud, la prevención de las enfermedades y daños, y el tratamiento de las mismas; y desencadenó el proceso de elaboración y diseño de múltiples tecnologías cuya aplicación ha resultado en una esperanza de vida cada vez mayor, y en una menor incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud. Por otro lado, el mayor conocimiento de los múltiples factores y determinantes de la condición de salud de las poblaciones contribuyó a fomentar la investigación sobre los sistemas de atención de la salud, su organización y funcionamiento, su coordinación con otros sectores de servicios y producción, y su relación con la comunidad en la que se insertan y a la que sirven. Estas investigaciones también desencadenaron importantes reformas y cambios en la conceptualización y en el enfoque de la salud pública y de la atención de la salud; y estos cambios pueden encontrarse en la base del éxito logrado en llegar a toda la población con medidas esenciales de prevención y protección de la salud.

Continuar avanzando en esta dirección es uno de los principales desafíos del siglo XXI, tal como quedó expresado en los Objetivos para el Desarrollo del Milenio; y lograr que el cumplimiento de estos objetivos se acompañe de una disminución de la brecha entre los países y entre los distintos grupos de población hacia su interior debe considerarse como un imperativo ético para contribuir a la supervivencia, y al crecimiento y desarrollo saludables de los grupos de población más vulnerables.

En la Región de las Américas este desafío ha sido asumido por todos los países y se ha constituido en una guía orientadora para la acción. Aprovechando la exitosa experiencia en el logro de las metas de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia para 2000, los países del continente están logrando sostener los avances realizados y continuar disminuyendo la mortalidad en la infancia, lo que se ha traducido en una cada vez mayor esperanza de vida de la población. Algunas enfermedades que fueron la causa de la muerte y el sufrimiento de millones de familias en el pasado ya han sido erradicadas en la Región; y otras se encuentran en continuo retroceso. Todo esto se ha acompañado y ha sido el resultado de una acción cada vez más coordinada entre los distintos sectores; acción que se ha brindado en forma cada vez más integrada, con una participación comunitaria cada vez mayor, y que ha enfatizado el enfoque familiar, teniendo en cuenta el rol de la familia en el cuidado y protección de la salud.

La experiencia acumulada en este proceso ha sido muy importante, y el intercambio permanente entre países para su diseño, implementación y evaluación, ha contribuido a una más rápida diseminación y expansión de sus efectos, así

como a servir de insumo clave para la definición de políticas sociales de salud, de investigación y de formación.

En los próximos años los países enfrentarán el desafío de continuar expandiendo este proceso y de adaptarlo y enriquecerlo a las nuevas amenazas para la salud que son el resultado de un escenario epidemiológico en permanente cambio. Muchos de los avances ya logrados resultarán esenciales para brindar respuestas que estén a la altura de las nuevas circunstancias. La integración de las intervenciones de salud en estrategias que pongan el foco de la atención en la condición de salud y no solo en la enfermedad que circunstancialmente la afecta continuará siendo esencial para evitar las oportunidades perdidas de mejorar la salud de las personas. La vinculación de las estrategias a lo largo del ciclo de vida también resultará clave para promover hábitos saludables de vida que reduzcan los riesgos y daños, y que permitan que cada individuo alcance su mayor potencial en cada etapa de su crecimiento y desarrollo. El énfasis en la familia como el ámbito más importante en la generación de hábitos saludables y prácticas apropiadas para la protección de la salud también estará en la base del éxito de las acciones destinadas a promover la salud y el desarrollo sustentables durante las próximas décadas.

La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, AIEPI, ha demostrado ser una estrategia exitosa para brindar respuesta a los desafíos actuales; y su capacidad de adaptación la hace adecuada para responder a los desafíos del futuro.

Dra. Mirta Roses Periago

Directora

Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la

Organización Mundial de la Salud

Washington, D. C., U. S. A.

La AIEPI ha reforzado los éxitos de las intervenciones que la integran, contribuyendo a que lleguen a muchos más niños. Ha reforzado el enfoque integrado en el cuidado y la atención infantil tanto en los servicios de salud como en la comunidad. Y ha servido como una puerta de entrada para identificar y tratar problemas de la familia, vinculando la atención infantil con la salud de la madre y la de otros adultos responsables del cuidado infantil, y promoviendo la continuidad del control del crecimiento y desarrollo durante la edad escolar y en la adolescencia.

Por estas características la AIEPI, así como otras estrategias integradas de abordaje de la condición de salud durante las distintas etapas del ciclo de vida, está destinada a cumplir un importante papel para la prevención y el tratamiento de las nuevas amenazas que enfrenta la conservación y protección de la salud; brindando simultáneamente las herramientas para el control de las enfermedades prevalentes que afectan la salud infantil y familiar en cada escenario epidemiológico.

El desafío de construir una sociedad más equitativa, en la que los beneficios del conocimiento y de la tecnología estén al alcance de toda la población, requiere continuar avanzando en la integración de la acción de salud como una parte más de la actividad comunitaria. Lograrlo permitirá extender los beneficios ya obtenidos en términos de una mayor supervivencia infantil y de un crecimiento y desarrollo saludables, para que estos beneficios sean realmente un patrimonio de todos y para todos.

2. Presentación

Palabras de bienvenida de Mark A. Wallace, Presidente y Director Ejecutivo del TCH a los miembros del GATA



Avances en los desafíos y perspectivas en el mejoramiento de las condiciones de la salud de las niñas, niños y adolescentes en las Américas es la misión central de la estrategia de la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia. Para el papel de promoción y facilitación que es necesario

jugar en la colaboración entre organismos internacionales e instituciones académicas y de atención, es un privilegio para el Texas Children's Hospital ser la sede de la V Reunión de Asesores Técnicos.

El análisis de los logros obtenidos desde la reunión de Toledo indica que hay asignaturas pendientes que debemos cumplir y al mismo tiempo analizar ajustes necesarios para la orientación precisa de las iniciativas que tienen mayor oportunidad de ser efectivas. Esperamos que en esta reunión exista la inquietud de avanzar las alianzas estratégicas y la movilización de recursos en apoyo de la estrategia AIEPI. La colaboración necesaria entre instituciones de atención médica, instituciones académicas y de investigación con la

Organización Panamericana de la Salud es considerada vital para el fortalecimiento, expansión y éxito de las iniciativas en beneficio de la niñez.

Texas Children's Hospital se enorgullece de ser la sede por tercera vez de esta reunión de importancia continental, y aprovecho la oportunidad de anunciar el desarrollo del Centro Materno Infantil de Texas Children's Hospital para el año 2011. La expansión de nuestra institución a partir de un hospital de niños hacia una unidad completa de atención materno infantil obedece no solo a los imperativos de la lógica de atención sino a lo que hemos aprendido a través de nuestra colaboración con la Organización Panamericana de la Salud.

Nos honra de manera particular la presencia de la Dra. Gina Tambini, Gerente del Área de Familia y Comunidad de la Organización Panamericana de la Salud, así como también la presencia del Dr. Yehuda Benguigui, Jefe de la Unidad de Niños y Adolescentes de la misma Organización. La historia de colaboración existente en los últimos 7 años augura éxito en sus deliberaciones.

Mark A. Wallace

President and Chief Executive Officer
Texas Childrens Hospital

Palabras de bienvenida del Dr. Ralph D. Feigin a los miembros del GATA para la V Reunión



Siempre ha sido un privilegio para mí el dar la bienvenida a un grupo tan selecto e importante para el desarrollo de ideas creativas que contribuyan al mejoramiento de la salud continental. Agradezco a los Doctores Gina Tambini, Yehuda Benguigui y Fernando Stein la oportunidad de compartir algunos pensamientos al inicio de esta importante jornada. Hay en este salón del Texas Children's Hospital una concentración admirable de talento que solo es sobrepasada por la voluntad de trabajo y contribución que conozco en cada uno a nivel individual y en ustedes como grupo. La concentración, estimulación y manutención del capital intelectual tanto en una universidad como en un hospital o una organización internacional es el desafío más grande que yo encuentro para las épocas venideras.

Cuando analizamos los pasos avanzados en la estrategia de AIEPI advertimos la combinación de cuatro elementos esenciales: recursos, cooperación, creatividad y voluntad política. Estos cuatro elementos son desarrollados y coordinados gracias a la aplicación del trabajo individual y de grupo del

capital intelectual al cual me refiero. El proceso de acumulación, retención y concatenación del capital intelectual es un esfuerzo deliberado que deben ejecutar las organizaciones internacionales en colaboración con las instituciones académicas. El Departamento de Pediatría de la Universidad de Baylor así como también el Texas Childrens Hospital están comprometidos a contribuir con la Organización Panamericana de la Salud, no solo para el avance de la estrategia de AIEPI sino para esa preservación y desarrollo del capital intelectual de nuestras organizaciones del cual nos beneficiamos en esta importante ocasión.

Como especialista en enfermedades infecciosas, he seguido con interés y agrado los logros alcanzados en ese aspecto a través de la estrategia que ustedes representan, y veo con entusiasmo la aplicación de los diferentes aspectos y componentes a áreas relacionadas tales como la atención materno infantil, crecimiento y desarrollo, salud sexual y detección, prevención y tratamiento de la violencia familiar.

Los felicito por el trabajo que están dispuestos a hacer y pongo a su disposición todos nuestros recursos para que su reunión de trabajo sea fructífera.

Ralph D. Feigin M.D.

Professor and Chairman

Department of Pediatrics

Baylor College of Medicine

Physician-in-Chief, Texas Children's Hospital

3. Estrategia para la Cooperación Técnica del Área Salud de la Familia y Comunidad

Dra. Gina Tambini
Gerente. Área Salud de la Familia y Comunidad

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

El Continente Americano es una vasta región geográfica que presenta una importante diversidad de paisajes, climas y ambientes en el que habitan más de 600 millones de personas. La condición de salud de estas personas también presenta una gran diferencia entre los distintos países y regiones del continente y pone de manifiesto los importantes contrastes que aún persisten en cuanto al acceso y al uso de los beneficios que nos ha aportado el conocimiento y la tecnología, especialmente en el último siglo.

La preocupación por la preservación y protección de la salud ha sido una constante para el continente, puesta de manifiesto en la iniciativa tomada por los países que, a fines del siglo XIX, fortalecieron la coordinación regional para la vigilancia y el control de numerosas enfermedades que constituían una amenaza para la salud pública, dando origen a la fecunda historia de la Organización Panamericana de la Salud, que se extiende hasta nuestros días.

A inicios del siglo XXI, el Continente Americano exhibe un conjunto importante de logros en materia del mejoramiento de la salud de sus poblaciones; pero en una región caracterizada por la desigualdad en la distribución de la riqueza, aún persisten importantes brechas y desafíos que deberán ser enfrentados coordinando los esfuerzos de todos los países. La revisión de los logros alcanzados hasta la fecha debe, en este sentido, servir como una base esencial para retomar iniciativas exitosas, expandirlas para alcanzar a todos los

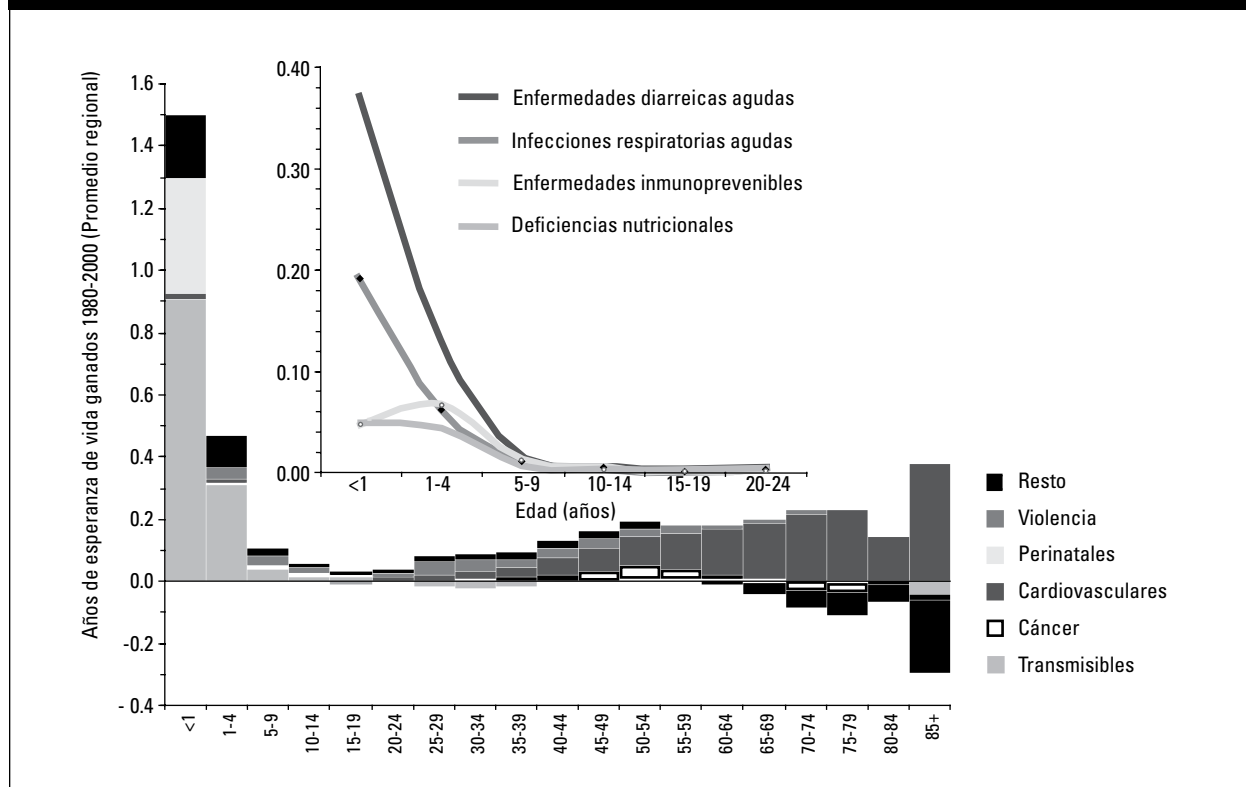
grupos de población y para diseñar nuevas intervenciones y estrategias que nos permitan avanzar hacia el logro de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio.

LOGROS

En promedio, la población masculina de las Américas vio incrementar su esperanza de vida al nacer en cuatro años entre 1980 y 2000. La distribución por grupos quinquenales de edad y grandes categorías de causa de muerte de esos cuatro años de esperanza de vida ganados (Figura 1) muestra que prácticamente la mitad de dicha ganancia en esperanza de vida se debe a la reducción del riesgo de morir por causas infecciosas en los primeros cinco años de vida. Tanto entre los menores de un año como en el grupo de uno a cuatro años de edad, la reducción de la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas ha sido la principal contribuyente al incremento en la esperanza de vida, seguida de la disminución de la mortalidad por infecciones respiratorias agudas. La contribución de la disminución en la mortalidad por deficiencias nutricionales y por enfermedades inmunoprevenibles en la infancia fue similar en el grupo de menores de un año, pero ha sido mayor para la primera de estas causas entre los niños y niñas de uno a cuatro años.

También se observa que, a partir de los 55 años de edad, la reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares ha realizado una importante contribución al incremento de la esperanza de vida de la población durante los dos últimos decenios del siglo XX.

FIGURA 1. Legado de Salud Para Todos en el Año 2000 para la población de las Américas
Cambios en la esperanza de vida por causa y grupos de edad durante el período 1980-2000



Fuente: PAHO/WHO: Health in the Americas, Edition 2002

La contribución al incremento de la esperanza de vida de la población del continente debida a la disminución de la mortalidad por enfermedades transmisibles ha sido en parte el resultado del esfuerzo realizado por los países para adoptar y poner en práctica diferentes intervenciones y estrategias de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento que han mejorado las condiciones de salud de la población. Este esfuerzo se ha traducido en el progresivo incremento de las coberturas de aplicación de dichas intervenciones y estrategias, reflejado en la cada vez mayor proporción de población que se vio beneficiada de las mismas.

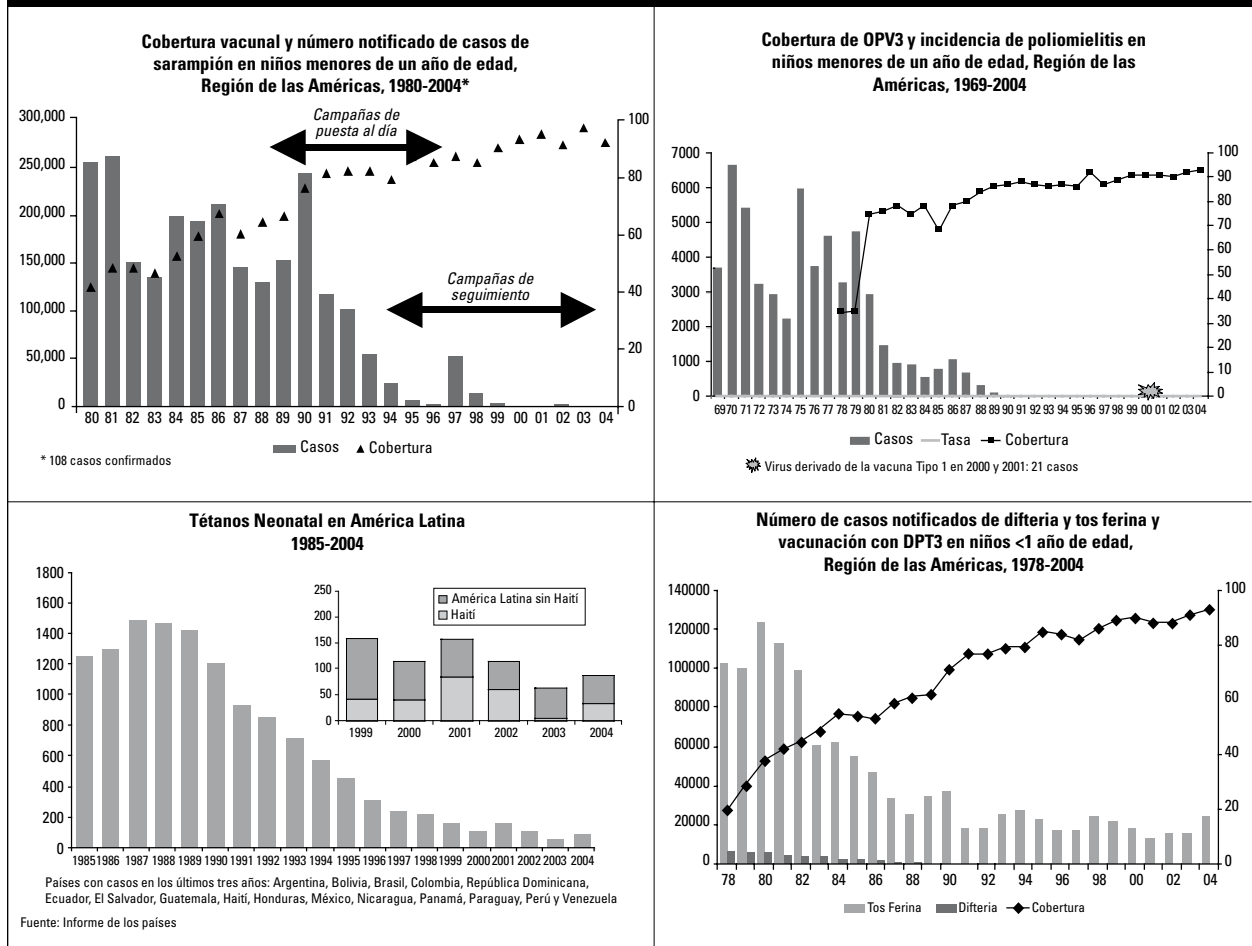
Entre 1980 y 2000 el aumento de la cobertura de vacunación en el continente ha sido paralelo a la progresiva disminución del número de casos notificados de enfermedades inmunoprevenibles y esto ha conducido a la interrupción de la transmisión del virus de la poliomielitis en todo el con-

tinente americano, y a la drástica disminución del número de casos de sarampión (Figura 2).

La cobertura de vacunación contra la poliomielitis aumentó drásticamente a inicios de los ochenta y durante toda la década de los noventa se mantuvo alrededor del 90% acompañando la progresiva disminución del número de casos notificados primero y manteniendo la interrupción de la transmisión de la enfermedad a partir de 1991. Se presenta brote de 21 casos asociados al virus derivado de la vacuna Tipo 1 en 2000 y 2001 en República Dominicana y Haití por bajas temperaturas de vacunación.

Otro logro regional de gran importancia fue la interrupción de la transmisión del virus salvaje del sarampión lograda a partir de 2002, y que también fue el fruto del continuo incremento de la cobertura de vacunación antisarampion-

FIGURA 2. Tendencia de la cobertura de vacunación y del número de casos notificados de enfermedades prevenibles por vacuna en los países de América



sa que pasó de alrededor del 50% en 1980 al 80% en 1990 y se mantuvo por encima del 90% a partir de 2000, y a las estrategias de vacunación masiva para reducción del virus de susceptibles.

Finalmente, también se ha registrado un importante descenso en la notificación de casos de tétanos neonatal y de tos ferina y difteria en toda la Región, asociado al progresivo y continuo incremento de la cobertura de vacunación, que se encuentra alrededor del 90% o más desde inicios del siglo XXI.

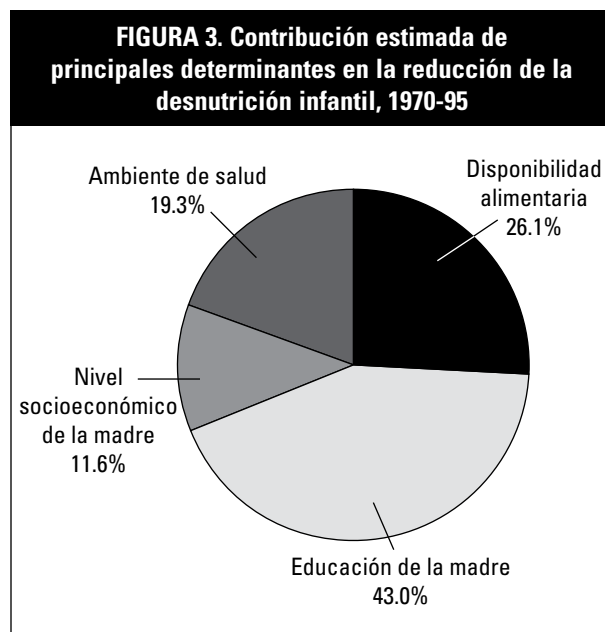
Al analizar las tasas de mortalidad infantil por país, aprendemos de los países con tasas bajas que los éxitos y avances logrados por la Región de las Américas en el mejoramiento

de la situación de salud de su población son el resultado, por un lado, de las inversiones sociales realizadas durante la última década tanto en el nivel de los países como a través de la movilización de recursos y esfuerzos en el nivel internacional. Por otro lado, los logros específicos en la reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedades en la población deben asociarse a la implementación y expansión de políticas y estrategias dirigidas a la prevención, la detección precoz y el tratamiento.

Estos resultados indican que la forma más eficiente de invertir los recursos disponibles para mejorar la condición de salud es la combinación de dos enfoques. Por un lado, el fortalecimiento y la expansión de las inversiones sociales que contribuyen al desarrollo de toda la comunidad y, por otro

lado, la implementación y el aumento de la cobertura de las intervenciones y de las estrategias de salud específicas destinadas a la prevención y al tratamiento de las enfermedades y problemas de salud. La promoción de estos enfoques, junto a la promoción general de la salud, a su vez, resulta un complemento indispensable para reforzar el poder de los ciudadanos no sólo para tomar decisiones acertadas sobre la protección de la salud y el ambiente, sino también para el control social de las intervenciones, los planes y el logro de los resultados esperados.

La necesidad de adoptar enfoques combinados para mejorar la salud de la población se refuerza teniendo en cuenta la multiplicidad de factores que actúan como determinantes de la prevalencia y de la gravedad de los problemas de salud, así como de la vulnerabilidad especial de algunos grupos de población. Un problema clave como, por ejemplo, la desnutrición en la infancia, no tiene como único determinante la disponibilidad de alimentos, otros determinantes actúan resultando en un deficiente estado nutricional infantil como son la educación de la mujer y su estado socio-económico (Figura 3, a continuación).



Fuente: L. Smith and L. Haddad, *Overcoming Child Malnutrition in Developing Countries: Past Achievements and Future Choices* (Washington, D.C.: IFPRI, 2000).

Nota: Desnutrición infantil se refiere a niños de bajo peso.

El abordaje combinado interdisciplinario de los problemas de salud debe, además, tener en cuenta las diferencias existentes no solo entre los países sino hacia su interior, tanto con relación a sus diferentes áreas geográficas como a los grupos de población. A pesar de los avances realizados durante los últimos decenios que han contribuido a mejorar la situación general de salud del continente, aún persisten grandes brechas entre países y hacia su interior

Aún en 2005, los nacidos vivos de siete países de la Región de las Américas están expuestos a un riesgo de morir que es, en promedio, tres veces más grande que aquel al que están expuestos los nacidos vivos de los cinco países con menor tasa de mortalidad infantil. Si se compara el riesgo de morir durante el primer año de vida para los nacidos vivos en el país con mayor mortalidad infantil con respecto al que se registra en el país con menor mortalidad infantil, el riesgo relativo se eleva a 16.

Pero las diferencias entre países ocultan los propios contrastes que existen hacia el interior de cada uno de ellos teniendo en cuenta que las tasas de mortalidad infantil nacionales representan un promedio de la situación general de las poblaciones. Las diferencias en la situación de salud de la población infantil hacia el interior de los países se reflejan al comparar la situación de los distintos grupos de población o de las diferentes regiones de cada uno de ellos.

Algunos grupos humanos como, por ejemplo, las poblaciones indígenas tienen una tasa de mortalidad infantil hasta dos veces más elevada que la de la población general.

Aunque las diferencias son menores en algunos de los países, el riesgo al que están expuestos los nacidos vivos de las poblaciones indígenas del continente es, en todos los países, mayor que aquel al que se expone la población general.

Estas diferencias entre grupos étnicos de población también pueden observarse entre las diferentes regiones o áreas de cada país, y también se observan con relación al género de los menores de cinco años, o con relación a la condición socio-económica de la familia, entre otros factores que determinan el riesgo de morir al que están expuestos los recién nacidos durante su primer año de vida.

Un estudio realizado por el Banco Mundial y publicado en el año 2000 (Figura 4, a continuación) muestra que, dentro de cada país, la calidad de la atención de salud que reciben las familias es mejor para los grupos sociales de mayores ingresos que son, a su vez, los que presentan menores riesgos de padecer enfermedades y que se encuentran en mejores condiciones para enfrentarlas. Este contraste no hace más que reforzar las brechas existentes entre los grupos de población en términos del riesgo de enfermar y de morir al que están expuestos, y pone de manifiesto la prioridad que representan los esfuerzos destinados a una distribución más equitativa de los beneficios asociados a las intervenciones de prevención, tratamiento y promoción de la salud existentes.

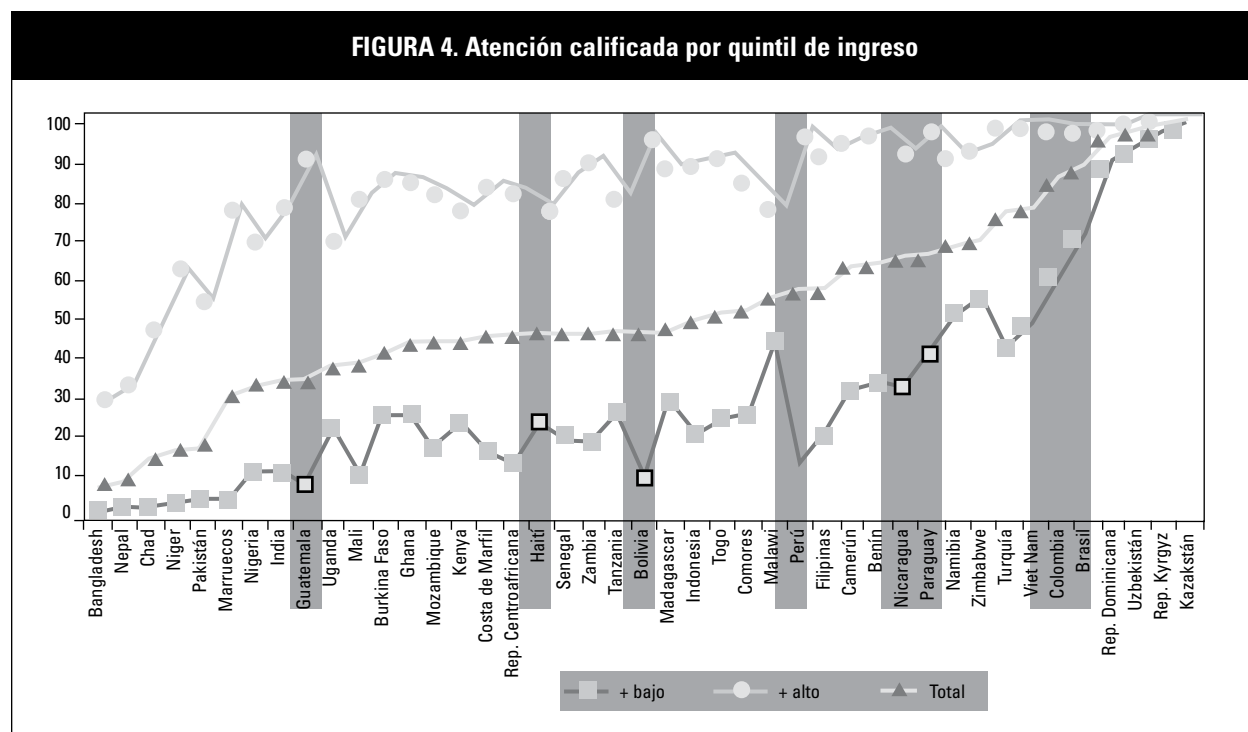
Una mejor distribución de las intervenciones disponibles para mejorar la salud de la población debe tener en cuenta, además, los nuevos problemas de salud emergentes que afectan el medio familiar y comunitario.

En la Región de las Américas se estima que alrededor de uno de cada cinco nacimientos ocurre en una mujer menor de veinte años, lo que ha incrementado la proporción de madres

adolescentes y el papel que estas han pasado a desempeñar en la crianza, educación y cuidado de los recién nacidos. Se estima, además, que alrededor de la mitad de estos nacimientos son no planeados, hecho que tiene una gran importancia ya que afecta la situación familiar y social de la mujer, generando en ocasiones exclusión y disminuyendo la probabilidad de completar el ciclo educativo escolar.

La diseminación y el incremento en la transmisión del VIH, especialmente entre adolescentes y jóvenes, ha hecho de este un problema prioritario no solo para la atención del creciente número de personas que viven con esta infección y que padecen sida sino también para la prevención y atención de la transmisión vertical de la infección, dando lugar a un número creciente de recién nacidos infectados por la transmisión materna. Actualmente se estima que alrededor de uno de cada tres nuevos infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana en la Región de las Américas es menor de 24 años.

El contexto social también se ha modificado con la emergencia de la violencia doméstica y social como una causa



Fuente: Banco Mundial 2000

de morbilidad y mortalidad de importancia creciente en la mayoría de los países: solo en América central son alrededor de 100.000 los adolescentes miembros de pandillas, un tercio de las víctimas de homicidio tienen entre 15 y 24 años, y la violencia y el abuso sexual se han constituido en un motivo cada vez más frecuente de consulta o detección en los servicios de salud de todos los niveles.

De este modo, continuar y profundizar los avances realizados con el aumento de la esperanza de vida requerirá una acción conjunta en múltiples niveles y sectores, de manera de garantizar la debida atención a los problemas de salud que aún persisten como causa de morbilidad y mortalidad en áreas y grupos específicos de población y, simultáneamente, avanzar en el abordaje apropiado de las nuevas enfermedades y de los nuevos problemas que afectan la salud de toda la población.

RETOS

La persistencia de algunos problemas de salud y enfermedades, tales como las enfermedades infecciosas, las respiratorias y la desnutrición, reflejan su distribución desigual, que refleja grandes contrastes en la magnitud y tendencia de su incidencia, gravedad y mortalidad. Asimismo, pone de manifiesto, por un lado el impacto logrado en el control de estos problemas en algunos grupos de población y, por otro lado, el fracaso en brindar acceso universal a los beneficios de las intervenciones y estrategias utilizadas.

De esta manera, el **primer reto** que el continente enfrenta es identificar las áreas geográficas y los grupos de población más vulnerables a los problemas de salud y enfermedades para los cuales ya contamos con medidas eficaces de prevención y tratamiento, y diseñar estrategias apropiadas para poner estas intervenciones a disposición de toda esa población. De este modo se podrá reducir progresivamente la brecha existente en la distribución de los beneficios de salud y disminuir el riesgo relativo de enfermar y morir entre países, áreas hacia el interior de los mismos y grupos de población.

La implementación de las intervenciones con orientación

hacia áreas prioritarias, constituidas por los grupos de población en condición de mayor vulnerabilidad ha resultado en impactos detectables en muchos de los países de América; y ha contribuido a fortalecer los mecanismos de participación comunitaria y a hacer que las intervenciones sean más sostenibles en el tiempo. Estos procesos, sin embargo, requieren ajustes en los criterios de gestión de los programas de implementación de intervenciones, incorporando la participación y el compromiso comunitario, así como la cosmovisión de la propia comunidad, en todas las etapas de la planificación, puesta en práctica, seguimiento y evolución. Los procesos participativos comunitarios han contribuido a modificar la visión de las enfermedades y problemas de salud depositándolos en poblaciones específicas, lo que ha contribuido a una mejor identificación de los determinantes clave, a una visión interdisciplinaria del problema y a planes de acción que surgen de la propia comunidad y que se implementan con el compromiso y la participación de los diferentes sectores y actores sociales.

La incorporación de estos planes dentro de las líneas de acción que surgen de los objetivos para el desarrollo del milenio (ODM) brindará además una oportunidad de unificar metas e indicadores alineados con los objetivos internacionales y nacionales, cumpliendo de este modo con la premisa de avanzar desde lo local hacia lo nacional y global.

Para hacer que procesos de este tipo se multipliquen y se expandan en todo el continente se requiere la voluntad política de todos los países, traducida en la inversión social necesaria para llegar hasta las áreas y grupos de población prioritarios, lo que constituye el **segundo reto** que enfrenta la Región de las Américas. Este compromiso político debe orientarse especialmente hacia el logro de los ODM y, para esto, debe contemplar acciones específicas para mejorar la salud materna, neonatal e infantil, colocándolos en el centro de los derechos a la salud para toda la población, y especialmente para los grupos más vulnerables. También es esencial comprometer los recursos necesarios para poner en marcha mecanismos que aumente el financiamiento para las intervenciones de salud de manera sostenida.

La decisión política también es esencial para avanzar lo más rápidamente posible hacia la reducción de las inequidades en la salud y el acceso a los servicios básicos de salud para toda la población, para extender la protección social en salud y proveer a las poblaciones más necesitadas el acceso a las intervenciones fundamentales, y para acelerar el logro de la cobertura universal y del mejoramiento de la calidad de la atención que se brinda a toda la población.

El **tercer reto** para el continente americano consiste en asegurar enfoques sostenibles brindando un continuo en la atención que cubra las necesidades de la población a lo largo de todo el curso de vida, e integrando los diferentes programas e intervenciones disponibles para la prevención y tratamiento y para la promoción de la salud.

El enfoque de la atención en el curso de vida resulta esencial para considerar cada etapa como parte inseparable de un proceso continuo, que determina a su vez las condiciones de salud de cada una de ellas. En este sentido, el enfoque en la salud sexual y reproductiva, que incluye el embarazo, el parto y el período posneonatal, hasta la infancia, ha brindado una visión más integradora de la interrelación de los diferentes momentos, y ha permitido la detección precoz de problemas, la implementación de intervenciones más precoces, y la combinación de tratamientos y medidas preventivas de manera más eficiente.

El continuo de la atención también debe tener en cuenta los diferentes ámbitos en los que las personas viven, incorporando tanto las medidas que deben ser tomadas en el hogar como las que corresponden al ámbito escolar, al de los siguientes niveles de educación, y al de los espacios recreativos y laborales.

Finalmente, es esencial que las intervenciones organizadas a través de programas específicos de atención también constituyan un continuo y se complementen e interrelacionen. De esta manera se logrará una inversión más eficiente en la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud, considerando a cada programa como parte de la integralidad de la atención de la población para garantizarle mejores condiciones de salud en el ambiente en que vive.

El **cuarto reto** de los países de América es focalizar en intervenciones a nivel local que sumen voluntad política y participación comunitaria, para avanzar en el mejoramiento de la calidad de vida y de salud de la población más vulnerable. Estas intervenciones pueden basarse en las numerosas experiencias ya existentes en la mayoría de los países, que han contribuido a fortalecer la expansión de medidas de prevención como la aplicación de vacunas, detección precoz y tratamiento primario como en el caso de la diarrea y la neumonía, y promoción de hábitos saludables de vida como los referidos a la prevención de la infección con HIV y el sida, entre otros.

El **quinto reto** refiere a garantizar los recursos humanos necesarios para la atención calificada a las mujeres, sus hijos y familias en el marco de los continuos mencionados anteriormente. La expansión de la cobertura requerirá avanzar en una mayor disponibilidad de recursos humanos para la salud y en garantizar mecanismos de formación continua que permitan su actualización y adecuación a los nuevos enfoques y estrategias para mejorar la salud de la población. Este proceso deberá tener en cuenta además la necesidad de llegar a los grupos de población más vulnerables, que en ocasiones son de difícil acceso, tanto desde el punto de vista geográfico como cultural.

El **sexto reto** que enfrentan los países de América es la necesidad de reorientar los servicios de atención de salud con base en una estrategia renovada de Atención Primaria de Salud (APS) que reconoce en las familias y en las comunidades el sujeto para el cambio.

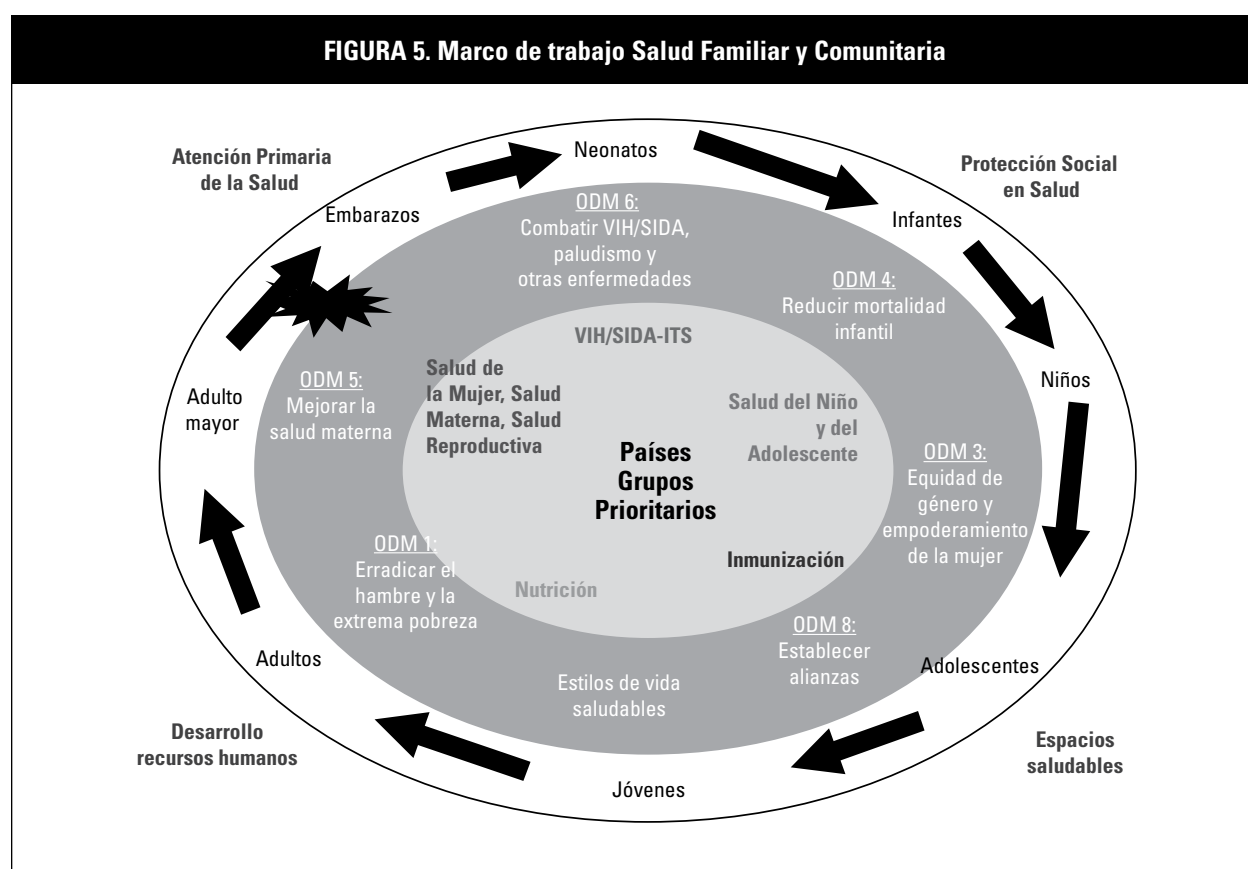
Por último, el **séptimo reto** para los países es el fortalecimiento de los planes nacionales a través de la adopción de políticas públicas, la coordinación nacional, intersectorial e interagencial, la adopción de normas técnicas y protocolos, la conducción de procesos de capacitación y supervisión continua, la garantía de provisión de insumos y la logística necesaria a cada nivel, la implementación de sistemas efectivos de vigilancia epidemiológica y operativa, la movilización social que incorpore a la comunidad en los mecanismos de información, educación y comunicación, y el fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y de evaluación para garan-

tizar que la inversión social está orientándose hacia el logro de los objetivos y las metas propuestas.

En el marco de los retos que los países enfrentan, la tarea del área de salud familiar y comunitaria no puede más que orientarse hacia la generación de mecanismos de respuesta adecuados y eficientes que apoyen a los países en sus esfuerzos por el logro de los ODM con un enfoque de equidad (Figura 5). Esto requiere contemplar la existencia de brechas entre países y hacia el interior de los mismos que ponen de manifiesto las áreas geográficas y los grupos de población que requieren de una inversión mayor para ubicar sus indi-

cadores de salud en niveles más aceptables, que ya han sido alcanzados por otros países a mediados del siglo XX.

Esta inversión podrá orientarse hacia las enfermedades y problemas de salud específicos contemplados por los ODM, y hacia las intervenciones disponibles para prevenir enfermedades y brindar servicios accesibles y aceptables para su detección precoz y tratamiento efectivo, englobando todos ellos en un enfoque integrado de promoción de la salud que contribuya al empoderamiento social a favor de la adopción de hábitos más saludables de vida.



La puesta en práctica de estas intervenciones deberá contemplar el continuo del ciclo de vida y garantizar la accesibilidad a los diferentes servicios de prevención y tratamiento en cada etapa de la vida, expandiendo la atención primaria de la salud para que llegue a todas las personas, garantizando la protección social en salud, organizando el desarrollo de recursos humanos adaptados a las necesidades y garan-

tizando a la población espacios saludables que reduzcan el riesgo de enfermar y contribuyan a mejores condiciones de salud para las comunidades.

Para lograr una efectiva implementación de este marco de trabajo, el área de salud familiar y comunitaria está llevando adelante las siguientes líneas de acción:

-
-
- ⊗ Privilegiar la cooperación técnica en poblaciones y áreas más vulnerables, apoyando los esfuerzos que los países están realizando para ampliar el acceso de la población a las intervenciones efectivas disponibles para mejorar la salud y para reducir las brechas existentes entre grupos de población.
 - ⊗ Fortalecer la capacidad nacional, sub-nacional y local, ya que de esta manera se contribuirá a hacer sostenibles las intervenciones y a multiplicar los procesos expandiendo su cobertura a todos los grupos que los necesiten.
 - ⊗ Priorizar el monitoreo y evaluación, medir resultados y documentar experiencias, lo que permitirá el intercambio horizontal de experiencias exitosas y la identificación de obstáculos que puedan ser aprovechados por otras áreas y países, en un proceso continuo de mejoramiento de la eficiencia de las intervenciones en salud.
 - ⊗ Fortalecer acciones en el marco del continuo materno-neonatal e infantil, teniendo en cuenta la prioridad global asignada por los ODM a la reducción de la mortalidad materna, infantil y de menores de cinco años, y el impacto que el logro de estos objetivos tienen en el aumento de la esperanza de vida de toda la población.
 - ⊗ Trabajar con los Gobiernos para visibilizar aun más los

compromisos hacia los ODM, haciendo que estos se constituyan en líneas de acción directrices no solo para las instituciones gubernamentales sino también para las organizaciones no gubernamentales y para el sector privado, reforzando el sentido que tienen de constituir objetivos sociales en todos los niveles.

- ⊗ Movilizar recursos, voluntades y alianzas en torno a objetivos y metas claros, que garanticen que los recursos que la comunidad destina al mejoramiento de la situación de salud se destinan a lograr resultados concretos, medibles y factibles de ser controlados, ampliando de este modo la participación comunitaria a los procesos de seguimiento y evaluación.

Estas líneas de acción se encuentran en el marco general de la visión de la OPS para la Región de las Américas que propone alcanzar un continente unido para alcanzar el grado más alto posible de salud para todos sus habitantes, con gobiernos que ejercen el liderazgo y la responsabilidad para convocar a la sociedad en su conjunto a mejorar la salud de la gente, y con individuos, familias y comunidades e instituciones empoderados para buscar la justicia social mediante la promoción de la salud y la protección de la vida¹.

¹ Dra. Mirta Roses Periago, Directora, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

4. Avances, desafíos y perspectivas en el mejoramiento de las condiciones de salud de la niñez y la adolescencia en el Continente Americano: el rol de la estrategia AIEPI en el contexto del Continuo Materno-Neonatal-Salud Infantil

Dr. Yehuda Benguigui

Jefe. Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, Área Salud de la Familia y Comunidad

EL CONTEXTO INTERNACIONAL

En los últimos años del siglo XX y en los primeros del presente siglo la humanidad fue testigo de asombrosos adelantos en el conocimiento y la comprensión de los factores que determinan la condición de salud de las personas. Muchos de estos adelantos han resultado en nuevos enfoques en el manejo de las enfermedades y problemas que afectan la salud, así como en la creación de nuevas respuestas para la prevención y el tratamiento. Como resultado de este proceso, así como del mejoramiento de las condiciones de vida de la población, la esperanza de vida se ha prolongado y, en 2004, ya en nueve países esta ha alcanzado o superado los 80 años de edad¹.

Este importante avance, sin embargo, es aún empañado por la persistencia de enfermedades y problemas de salud que pueden ser fácilmente evitados o efectivamente tratados, y que continúan amenazando la supervivencia infantil y el crecimiento y desarrollo saludables. También en 2004, en siete países del mundo la esperanza de vida se encuentra por debajo de los 40 años de edad y, en dos de ellos, por debajo de los 35.

Todos los días el mundo asiste a una irremediable pérdida de vidas humanas, la mayoría de las cuales ocurre en los países en desarrollo. Cada minuto una mujer muere durante el embarazo o el parto, siete recién nacidos mueren antes de alcanzar el mes de edad y veinte niños no alcanzan su quinto cumpleaños². De esta manera, la supervivencia de la madre y el niño se ha convertido en el mundo en un desafío cotidiano que enfrenta la pérdida anual de más de medio millón de vidas de mujeres durante el embarazo o el parto, de más de 10 millones de muertes de niños y niñas antes de los cinco años de edad, entre los cuales 4 millones ocurren durante las primeras semanas de vida, y de alrededor de 3 millones anuales de mortinatos.

La distribución desigual de estas muertes entre los países pone de manifiesto el importante contraste en la situación de cada uno de ellos con relación a los indicadores básicos de salud. Más del 95% de las muertes de mujeres durante el embarazo o el parto ocurren en los países en desarrollo, principalmente en países de África y Asia. A su vez, hacia el interior de los países, las familias más pobres, las localizadas en el área rural, y los grupos indígenas o étnicamente minoritarios son los más afectados.

1 United Nations Development Program (UNDP). Human Development Report 2006. Beyond Scarcity: Power, Poverty and the Global Water Crisis. UNDP, New York, 2006.

2 The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. Improving Health, Saving Lives.

La comparación de las tasas de mortalidad de menores de cinco años muestra que, mientras en algunos países solo seis o cinco de cada 1.000 nacidos vivos no alcanzan el quinto año de vida, en otros esta cifra es 40 veces mayor (Figura 1).

En los países del continente americano las tasas de mortalidad de menores de cinco años se encuentran muy por debajo de los niveles que alcanzan en algunos de los países en desarrollo de África o Asia. Los recién nacidos en Haití, que es el país con mayor mortalidad de menores de cinco años del continente americano, tienen un riesgo relativo de morir que es la mitad o menos del que registran los recién nacidos en Sierra Leona, Afganistán o Liberia.

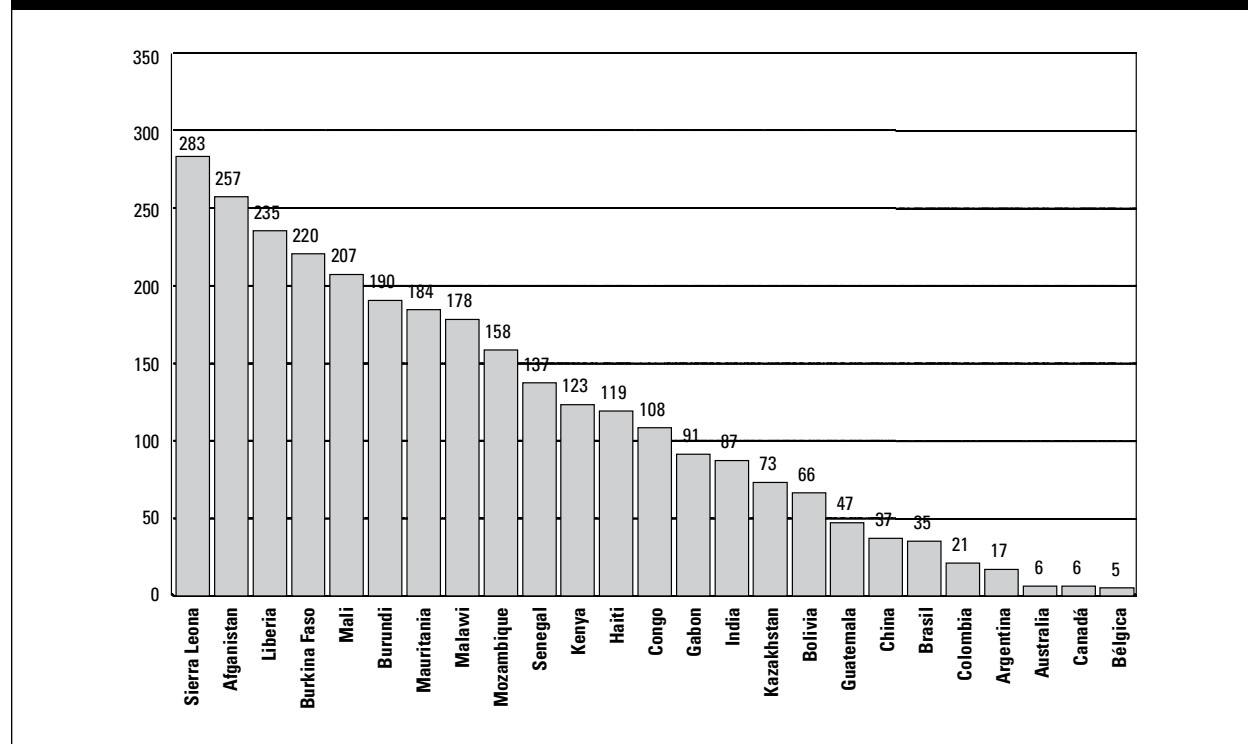
No obstante, hacia el interior del continente aún persisten grandes contrastes en la situación: el riesgo relativo de morir de los recién nacidos en Haití es aún veinte veces superior al que registran los nacidos vivos en Canadá, y seis veces mayor al que registran los nacidos vivos en Colombia.

Este contraste en la situación de salud de la infancia persiste a pesar de los avances que se han logrado en los últimos decenios. Entre 1990 y 2000 la Región de las Américas registró una disminución en un tercio de la mortalidad infantil y de la mortalidad de menores de cinco años, cumpliendo de este modo con la meta propuesta en la Cumbre Mundial a favor de la Infancia. Sin embargo, esta meta lograda globalmente en el continente americano no fue alcanzada por algunos de los países que lo integran.

El contraste en la evolución de los indicadores de salud en los diferentes países se observa no solamente en la Región de las Américas sino en el nivel mundial; y fundamenta la importancia asignada por los organismos internacionales de cooperación técnica a la reducción de la brecha entre países y no solo al logro de metas globales de reducción de la mortalidad.

Muchos países del mundo redujeron considerablemente

FIGURA 1: Mortalidad de menores de cinco años en algunos países del mundo
Tasas por 1.000 nacidos vivos



Fuente: The World Health Report 2005. World Health Organization, Geneva, 2005.

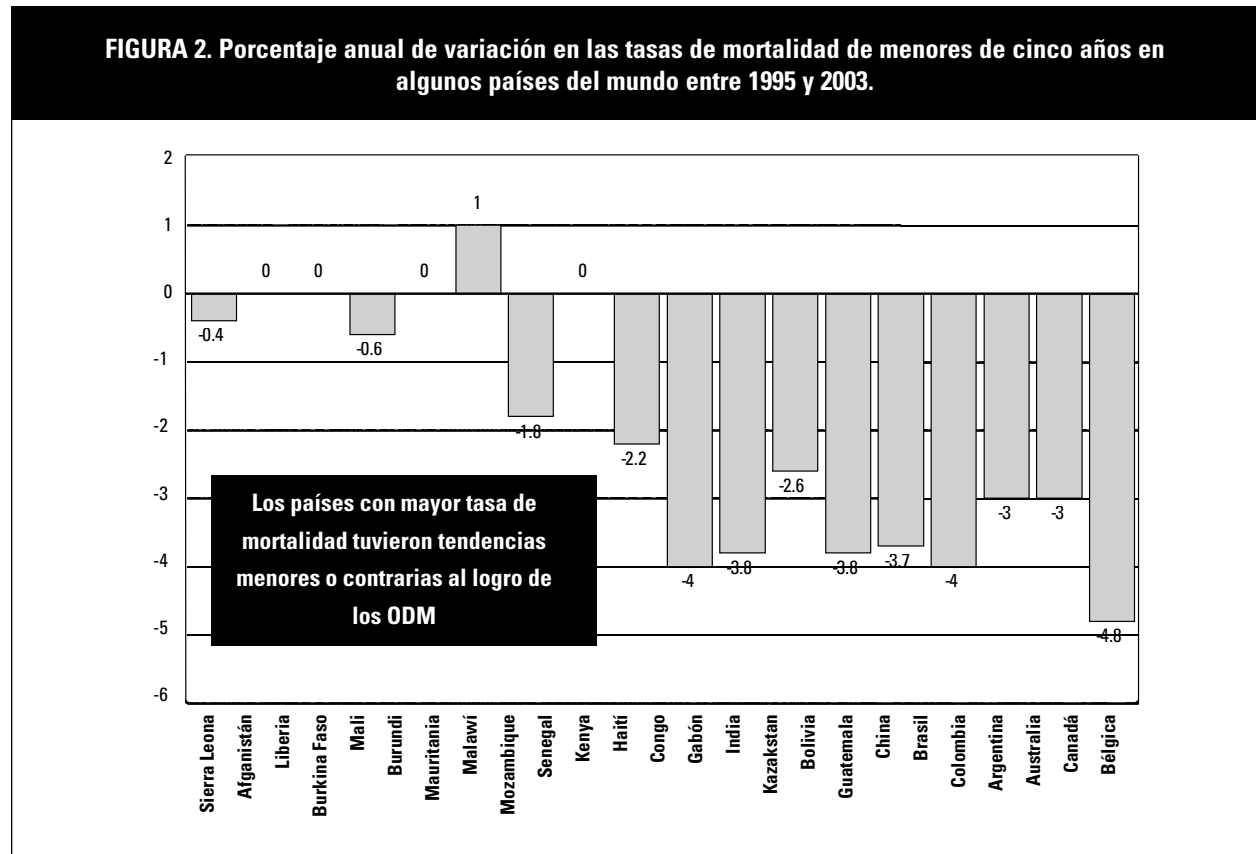
la mortalidad de menores de cinco años durante el último quinquenio del siglo XX y los primeros años del siglo XXI; y esta reducción se debió en gran medida a la drástica disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas. Como resultado, el peso que estas enfermedades representaban como factor de daño para la salud durante los primeros años de vida disminuyó notablemente.

No obstante, los países con mayores niveles de mortalidad progresaron más lentamente que los países con menor mortalidad y, en algunos de ellos, la situación de salud de la niñez permaneció igual o se deterioró aún más durante los últimos años.

Este contraste en la evolución de la mortalidad de menores de cinco años en los diferentes países queda puesto de manifiesto al comparar la diferencia en el ritmo de disminución alcanzado en la tasa de mortalidad en este grupo de edad (Figura 2).

Tres países del mundo con tasas de mortalidad de menores de cinco años superiores 230 por 1.000 nacidos vivos (Sierra Leona, Afganistán y Liberia) registraron un leve descenso o una estabilidad en la evolución de este indicador durante los últimos años del siglo XX y los primeros del siglo XXI. En contraste, durante el mismo período tres países con tasas de mortalidad de seis o menos por 1.000 nacidos vivos registraron una reducción anual promedio de dicho indicador del 3% o más, llegando a alcanzar un 5% de descenso anual en el caso de Bélgica.

La combinación de elevadas tasas de mortalidad durante los primeros cinco años de vida y una baja velocidad de descenso de la misma es la causa de la persistencia del elevado riesgo de morir al que están expuestos los recién nacidos en muchos países en desarrollo. El hecho de que, simultáneamente, se registren importantes ritmos de descenso en los países en los que ya poseen bajas tasas de mortalidad



Fuente: The World Health Report 2005. World Health Organization, Geneva, 2005.

contribuye a incrementar la brecha que los separa, resultando en una situación de cada vez mayor inequidad entre los países.

Esta situación de contraste que se observa en el nivel mundial también se observa en el continente americano. Entre 1995 y 2003, el país con mayor tasa de mortalidad de menores de cinco años (Haití) registró un ritmo de descenso anual que fue casi la mitad del que se registró en el país del continente con menor mortalidad en menores de cinco años (Canadá). Como resultado, el riesgo relativo de morir de los recién nacidos en Haití con respecto a los recién nacidos en Canadá se incrementó considerablemente en ese período.

El contraste entre los países en cuanto a la tendencia registrada en la mortalidad de menores de cinco años también se observó entre los países en desarrollo: el ritmo de descenso registrado en Haití entre 1995 y 2003 fue la mitad del registrado en Bolivia, que es el segundo país con mayor tasa de mortalidad en menores de cinco años del continente, después de Haití.

El elevado número de muertes durante la infancia, así como el alto número de defunciones maternas que aún se registran en muchos de los países del mundo representan una asignatura pendiente, teniendo en cuenta la existencia de intervenciones y medidas que permiten prevenir y tratar eficazmente la mayoría de las enfermedades y problemas de salud que las causan. La efectividad de estas medidas ha sido puesta de manifiesto no solamente mediante las evaluaciones realizadas en numerosos ámbitos y condiciones de trabajo, sino también a través de los resultados observados en la evolución de las tasas de mortalidad en muchos de los países del mundo que las han implementado desde hace varios decenios.

Las últimas estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que alrededor de tres de cada cuatro muertes maternas que ocurren anualmente en todo el mundo pueden ser evitadas lo cual representa la posibilidad de salvar aproximadamente 375.000 vidas de mujeres en edad fértil que todos los años fallecen como resultado del proceso de la gestación, el parto y el puerperio. También se estima que alrededor de dos de cada tres muertes de menores de cinco años que ocurren anualmente

puede evitarse, lo que significaría evitar 7.000.000 de defunciones anuales de niños que ocurren durante sus primeros cinco años de vida.

La magnitud de la pérdida anual de vidas que todavía ocurre en los países, sumada a la desigual distribución de las mismas que pone injustamente en mayor riesgo a las madres y recién nacidos que pertenecen a las poblaciones más vulnerables y con mayor necesidad de atención, pone de manifiesto la importancia de asumir el principal desafío que la comunidad internacional enfrenta para el siglo XXI, consistente en poner nuestro conocimiento y la tecnología disponible en acción, a favor de una mejor situación de salud y una mayor equidad.

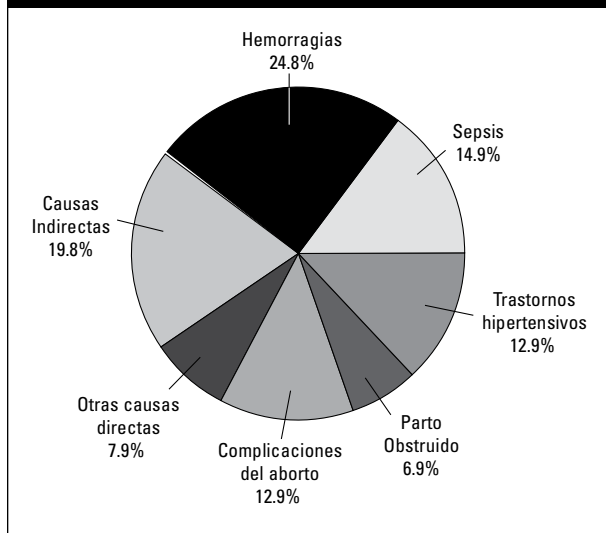
LA SITUACIÓN REGIONAL

En el Continente Americano, la salud materna, neonatal e infantil ha sido una prioridad durante los últimos decenios y continúa siendo una de las principales líneas de acción de los gobiernos de todos los países, en el contexto de los compromisos adoptados como parte de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio.

Los avances registrados han sido destacados y se reflejaron en el logro de las metas de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia tanto en lo que refiere a la reducción de la mortalidad materna como a la disminución de la mortalidad infantil y en la niñez, en general y por algunas causas específicas como las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas y la desnutrición. El impacto logrado en la reducción del número de muertes por estas causas repercutió directamente en el incremento de la esperanza de vida de la población de la Región de las Américas durante los últimos veinticinco años, pero los beneficios de esta mayor esperanza de vida no se recibieron por igual en la población de todos los países ni hacia su interior.

Todos los años ocurren en el continente americano 22.000 muertes de mujeres en edad fértil por causas asociadas al embarazo, el parto y el puerperio, que podrían evitarse mediante la aplicación de medidas sencillas y efectivas de prevención y de tratamiento (Figura 3).

FIGURA 3. 22.000 Muertes maternas evitables al año



Una de cada cuatro muertes maternas se debe a hemorragias, las que representan la principal causa de muerte de mujeres por causas asociadas al embarazo y el parto en el continente americano. Junto a la septicemia y a los trastornos hipertensivos, estas tres causas dan cuenta de una de cada dos defunciones maternas en los países de América.

Las complicaciones del aborto son también otra causa de mortalidad materna importante. Las cifras disponibles en el nivel regional indican que más de 2.500 defunciones anuales se producen en todo el continente que pueden atribuirse al aborto. Sin embargo, esta cifra puede ser aún mayor si se tiene en cuenta que en muchos países existen aspectos legales que afectan el registro del aborto como una causa básica de la defunción, lo que resulta en un incremento en el número de muertes debidas a septicemia u otras causas pero que tienen su origen en un procedimiento abortivo.

También todos los años alrededor de medio millón de niños y niñas mueren en el continente americano antes de alcanzar su quinto año de edad; y una proporción importante de estas muertes ocurren por causas que podrían ser evitadas o efectivamente tratadas, si son detectadas precozmente.

Aunque la mayoría de las muertes de menores de cinco años ocurre durante el primer año de vida y, en particular, durante el primer mes de vida, las enfermedades infecciosas, las enfermedades respiratorias y la desnutrición aún

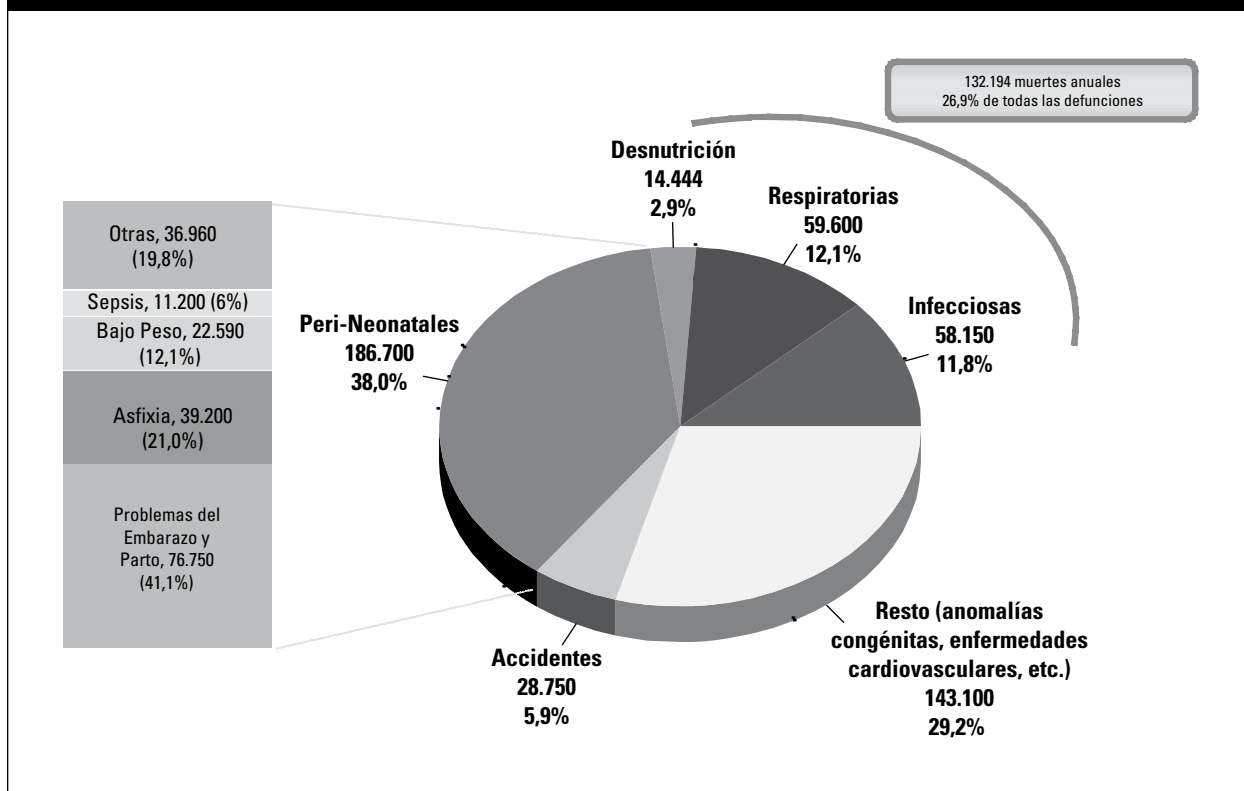
eran responsables de por lo menos una de cada cuatro de las muertes que se registraban durante los primeros cinco años de vida a inicios del siglo XXI (Figura 4). Se estima que anualmente alrededor de 60.000 niños y niñas morían antes de los cinco años debido a una enfermedad respiratoria y una cifra prácticamente igual fallecía debido a una enfermedad diarreica. También anualmente se estima que más de 14.000 niños y niñas morían a causa de la desnutrición, y esto no incluye las defunciones por otras causas que son más complicadas de tratar por asociarse a una condición nutricional deficiente, que incrementa el riesgo de infección y reduce las defensas naturales del organismo para combatirla, aún cuando se reciban los tratamientos específicos recomendados.

Sin embargo, y aunque este conjunto de enfermedades continúa siendo una causa importante de mortalidad durante la niñez, el perfil epidemiológico del continente americano al inicio del siglo XXI muestra que los problemas perinatales son los principales responsables de la mortalidad, dando cuenta de alrededor de cuatro de cada diez muertes de menores de cinco años y de más de la mitad de las muertes que ocurren durante el primer año de edad. Entre estos problemas, la septicemia, el bajo peso y la asfixia al nacer ocasionan durante los primeros días de vida un número de muertes similar al que ocasiona la diarrea o las enfermedades respiratorias agudas entre el mes y los cinco años de edad.

No obstante, el mayor peso sobre la mortalidad neonatal en el continente americano es ocasionado por los problemas asociados al embarazo y al parto, que ocasionan la mayoría de las muertes que se registran durante el primer mes de vida y un número de defunciones superior al conjunto de las que ocasionan las enfermedades respiratorias y la desnutrición juntas.

La distribución actual de la mortalidad en los primeros cinco años de vida en los países del continente americano muestra por lo tanto la persistencia de enfermedades y problemas de salud típicos de los países en desarrollo, como las enfermedades infecciosas, las respiratorias y la desnutrición, que se asocian a la creciente importancia que han adquirido los pro-

FIGURA 4. Principales causas de mortalidad de menores de cinco años en la Región de las Américas, 2000



Fuente: Estimaciones de la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente (FCH/CA), con base en datos de la Unidad de Análisis de la Situación de Salud y Tendencias (AIS). Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2004.

blemas peri-neonatales como causa de enfermedad y muerte, siendo actualmente estos últimos los principales responsables de la mortalidad durante los primeros años de vida.

Este perfil epidemiológico combinado se asocia además con una marcada desigualdad en la distribución de las muertes infantiles que hace que los niños y niñas que nacen en algunos de los países del continente tengan un riesgo entre cuatro y 16 veces más elevado de morir que los que nacen en otros (Figura 5).

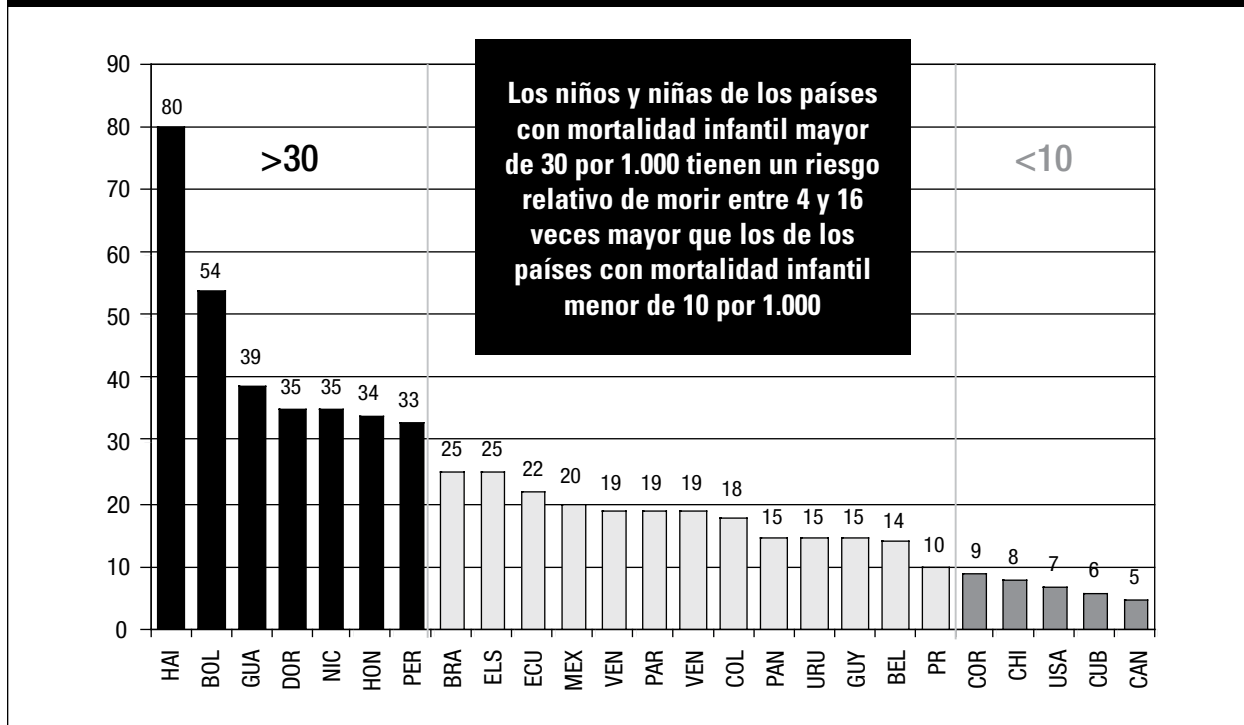
Las diferencias en el riesgo de morir durante la primera infancia no solo se observan entre los países en desarrollo y los países desarrollados, sino también entre estos últimos. Por lo menos tres países en desarrollo, Cuba, Chile y Costa Rica, han logrado que su tasa de mortalidad infantil se ubique por debajo de 10 por 1.000 nacidos vivos en 2005, mientras que siete países del continente aún registran tasas de mortalidad infantil superiores a 30 por 1.000 nacidos

vivos, y en dos de ellos estas tasas superan los 50 por 1.000 nacidos vivos.

El contraste entre las tasas de mortalidad infantil que se registran en los distintos países del continente muestra la desigualdad que aún persiste en la distribución de los beneficios que los conocimientos y las tecnologías sencillas de prevención y tratamiento pueden brindar para mejorar la supervivencia infantil. Esta desigualdad también se observa hacia el interior de cada país, teniendo en cuenta que las tasas de mortalidad, al ser promedios nacionales, ocultan las diferencias existentes entre las diferentes regiones, provincias, departamentos o grupos humanos.

El análisis de las tasas de mortalidad materna en los distintos SILAIS (Sistemas Locales de Atención en Salud) de Nicaragua demuestra que el riesgo de morir de las mujeres en edad fértil asociado a la gestación puede ser más de veinte veces mayor en algunas áreas del país, alcanzando tasas

FIGURA 5. Tasas de Mortalidad Infantil en la Región de las Américas por 1,000 nacidos vivos. Estimaciones de FCH/CA. OMS/OPS, 2005



de mortalidad materna de más de 500 por 100.000 nacidos vivos (Figura 6). De esta manera, el promedio nacional oculta la brecha existente entre los diferentes SILAIS, que pone de manifiesto la falta de acceso de una parte de la población a los beneficios de prevención y tratamiento que sí están disponibles para otra parte de la población.

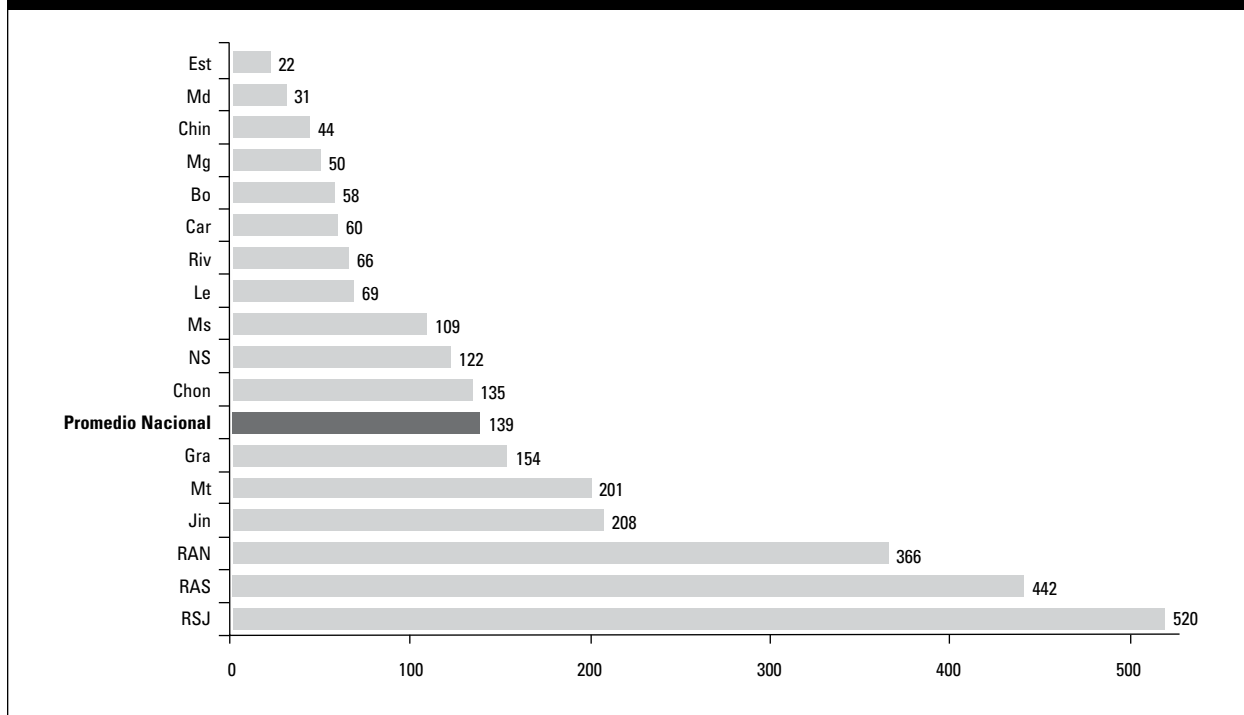
Las diferencias no solo se observan al comparar áreas hacia el interior de los países sino que también se encuentran cuando se analiza la situación de distintos grupos de población. En todos los casos los promedios compensan los valores extremos e impiden visualizar que, simultáneamente, coexisten valores mucho mayores, indicativos de una situación particularmente grave, con valores mucho menores que pueden indicar el logro de avances importantes en la prevención y control de las enfermedades y problemas de salud que afectan a la población. Por esta razón, el análisis de la situación de salud hacia el interior de los países para identificar las áreas con indicadores más críticos resulta esencial para orientar la implementación y reforzamiento

de las acciones de control.

Con el énfasis dado en los últimos años al logro de condiciones más equitativas en la distribución de los beneficios que se pueden lograr en la salud como resultado de la aplicación de los conocimientos y tecnologías disponibles, la identificación de los grupos de población en condiciones de mayor vulnerabilidad se ha constituido en una prioridad. Esto ha permitido establecer la situación de particular vulnerabilidad de algunos grupos poblacionales, tales como las poblaciones indígenas que habitan los diferentes países del continente, entre las cuales pueden observarse en general tasas de morbilidad y mortalidad más elevadas a las que se registran en el promedio de la población.

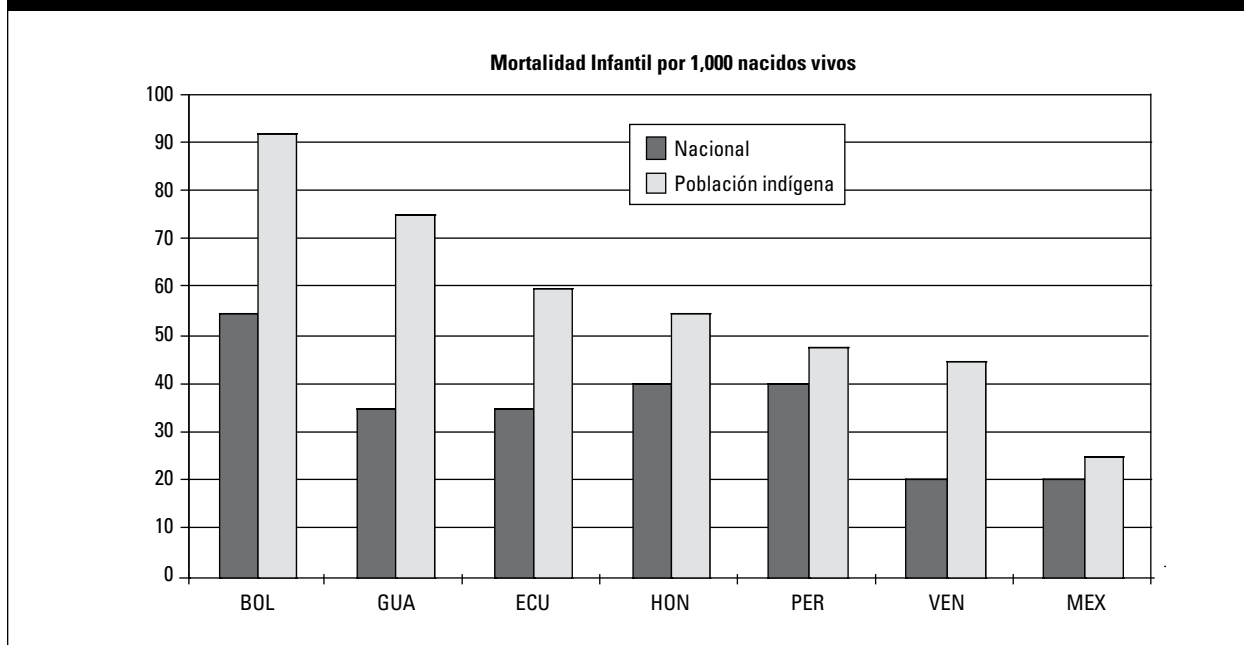
La comparación de las tasas de mortalidad infantil en distintos países de América Latina desagregando el promedio nacional según se trate o no de población indígena ha demostrado que estos grupos registran tasas hasta dos veces más altas que las que se observan en la población general (Figura 7).

FIGURA 6. Razones de Mortalidad Materna por SILAIS - Nicaragua (por 100.000 n.v.)



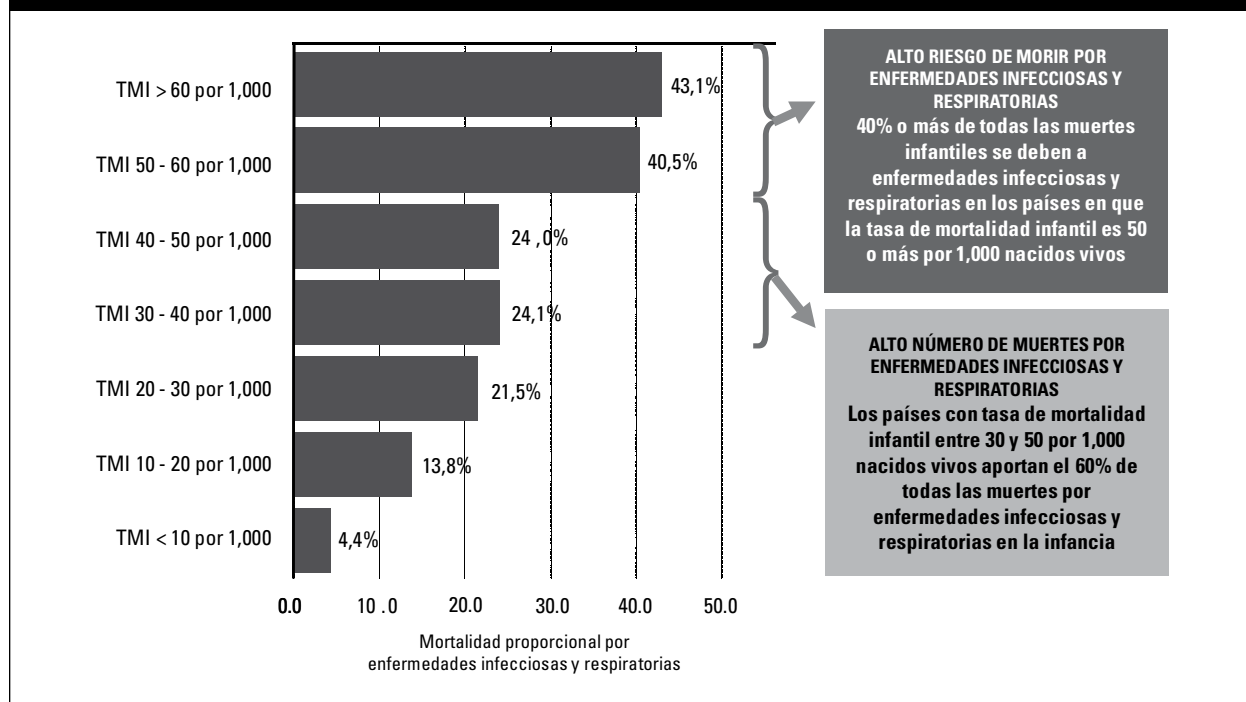
Fuente: Sistema de Vigilancia MM, MINSA 2001

FIGURA 7. Mortalidad infantil a nivel nacional y en poblaciones indígenas de países seleccionados de las Américas



Fuente: OPS/OMS 2000

FIGURA 8. Diferencias en la proporción de muertes debidas a enfermedades respiratorias e infecciosas en los países de América según el valor de su tasa de mortalidad infantil. Estimaciones circa 2003



Fuente: Estimaciones de la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente (FCH/CA), sobre la base de la información disponible en la Unidad de Análisis de Situación de Salud y Tendencias (AIS). Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2004.

Estas mayores tasas indican que la supervivencia infantil está más amenazada para las poblaciones indígenas, con el consiguiente efecto negativo que esto tiene para garantizar la diversidad étnica en el continente. La principal amenaza proviene en estos casos de la persistencia de enfermedades y problemas de salud que pueden ser en general fácilmente prevenidos o tratados, y que ya no representan un problema de salud pública de elevada magnitud en otros grupos de población no indígena.

El análisis del perfil de la mortalidad en los países del continente americano de acuerdo con el nivel de su tasa de mortalidad infantil demuestra que en los países con elevadas tasas las enfermedades infecciosas y las enfermedades respiratorias aún representan una proporción muy importante de las muertes durante el primer año de edad, llegando a ocasionar más del 40% de todas las muertes registradas en ese período de la vida (Figura 8). En contraste, en los países en los que la tasa de mortalidad infantil ha alcanzado

niveles más bajos, estas enfermedades no representan un problema de magnitud importante, siendo responsables de menos del 10% de todas las muertes que ocurren durante el primer año de edad.

El menor peso de las muertes debidas a enfermedades infecciosas y respiratorias demuestra, además, la factibilidad de reducción de estos problemas y el impacto que esto tiene en la reducción de la mortalidad global, tal como se ha observado en el continente americano durante los últimos veinticinco años, durante los cuales la reducción de la mortalidad por diarrea y por enfermedades respiratorias produjo la mayor contribución al incremento de la esperanza de vida de la población.

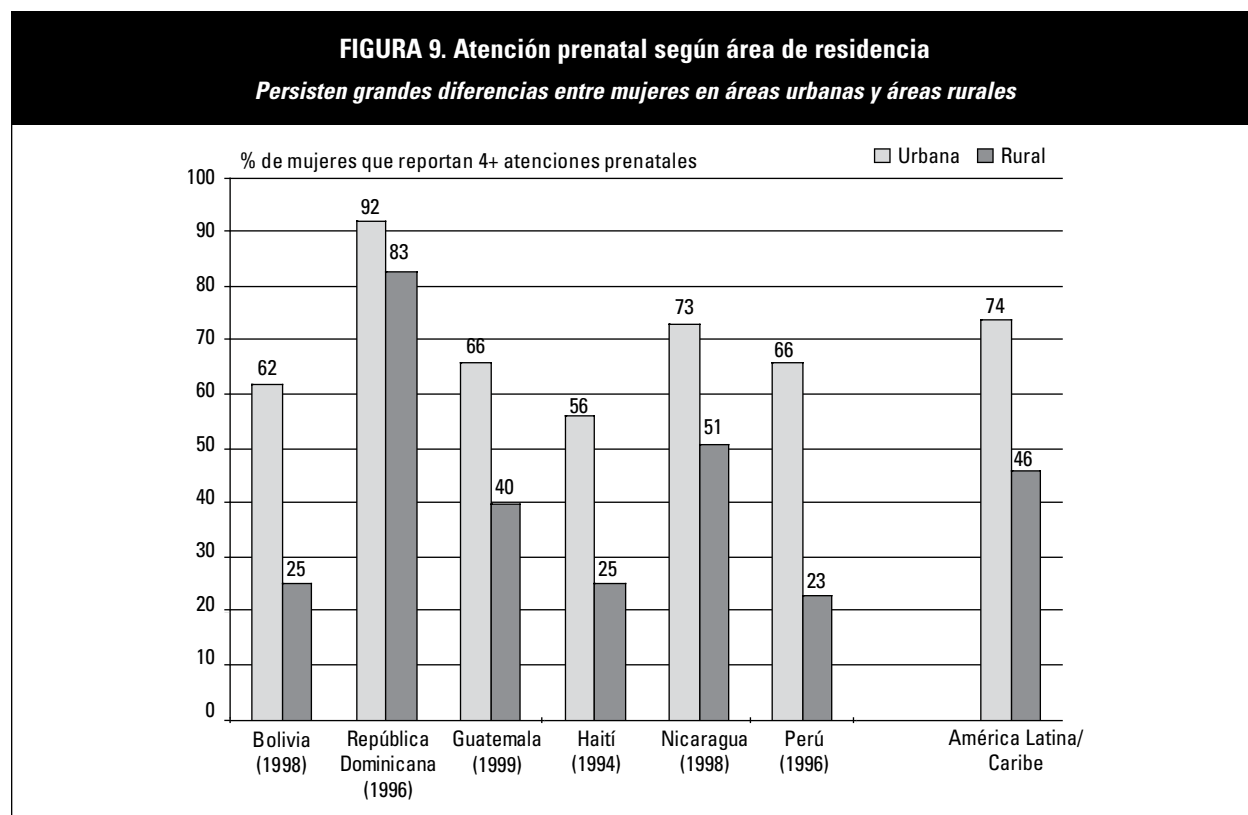
Aunque las razones por las cuales la reducción de estas enfermedades no se extiende al resto de los países del continente son diversas, la falta de acceso equitativo a las medidas de prevención y de tratamiento es considerada una de las principales determinantes de la persistencia del problema.

Por esta razón, la extensión de la cobertura de aplicación de las intervenciones disponibles que, por otra parte, ya han mostrado su efectividad en la práctica en diversos países del continente, se ha transformado en uno de los principales desafíos para los gobiernos y para la sociedad civil.

A inicios del siglo XXI todavía existen diferencias en el acceso de parte de la población a las medidas de prevención y atención básica que pueden garantizar mejores condiciones de salud. Estudios realizados sobre la atención prenatal demuestran que la proporción de mujeres que tuvieron acceso a por lo menos cuatro controles del embarazo antes del parto es considerablemente más baja entre aquellas que habitan el área rural en comparación con las que habitan el área urbana (Figura 9). En algunos países, esta diferencia es de dos o más veces, indicando que menos de la mitad de las mujeres que habitan el área rural ha logrado por lo menos cuatro visitas prenatales, en comparación con la proporción de mujeres del área urbana que han tenido acceso a este número de controles.

Teniendo en cuenta la importancia que tiene el control precoz, periódico y adecuado del embarazo para disminuir el riesgo de enfermedades y problemas que pueden afectar la salud tanto de la madre como del recién nacido, el menor acceso al control prenatal en las mujeres del área rural puede considerarse entre los determinantes más importantes de las mayores tasas de mortalidad materna y neonatal que se registran en la población rural en la mayoría de los países.

Esta inequidad en la distribución del acceso a las tecnologías disponibles para la prevención y el control se combina con las diferencias existentes en otros factores y determinantes clave de la supervivencia materna e infantil y del crecimiento y desarrollo saludables durante la infancia. Entre estos pueden destacarse la condición económica de la población y, particularmente, los elevados niveles de pobreza que se registran tanto en el área rural como urbana y peri-urbana, el nivel educativo de los padres y el analfabetismo, especialmente de la madre o de la persona que tiene a su cargo el cuidado y atención de los niños y niñas pequeños, la



Fuente: AbouZahr y Wardlaw, 2002

condición nutricional de la mujer antes del embarazo y a partir del inicio de la gestación, así como el estado nutricional de los niños y niñas durante sus primeros años de vida, las condiciones ambientales en el domicilio, el peridomicilio y la comunidad, que determinan la mayor exposición a riesgos para la salud y para el crecimiento y el desarrollo, que pueden expresarse tanto en la niñez como en la edad adulta.

Los embarazos no deseados y la falta de acceso a medidas culturalmente aceptables destinadas a la salud reproductiva también representan un factor de importancia como determinante de las condiciones de salud de la mujer, la infancia y la familia. Asociados a esto se encuentran también otros hábitos de vida familiar y comunitaria que pueden constituirse en un riesgo presente y futuro para el crecimiento y desarrollo saludables de los niños y las niñas.

La mayor exposición a riesgos de enfermar y morir resulta en general en una prevalencia e incidencia aumentada de enfermedades y problemas de salud que, en otros contextos, pueden ser prevenidos o tratados efectivamente siempre que sean precozmente detectados.

Pero las brechas en la situación de salud materna e infantil no solo están determinadas por los factores sociales, económicos y culturales de las familias y las comunidades. Contribuye a reducir las o a profundizarlas la forma en que se distribuyen e implementan las intervenciones disponibles para la prevención y el tratamiento. De este modo, el acceso de la población a servicios de salud materna, neonatal e infantil, así como de planificación familiar, de salud familiar y de salud comunitaria es un factor de la mayor importancia que influye en el resultado final que se expresa en las cifras de morbilidad y mortalidad de este grupo de población. También lo hace la disponibilidad continua de los suministros básicos para garantizar que las medidas de prevención y tratamiento puedan aplicarse efectivamente, la calidad con la que se brindan dichos servicios de prevención y tratamiento, y el acceso de la población a servicios y contenidos de información y educación sobre la salud que sean brindados en forma adecuada, comprensible y aceptable para la población a la que van destinadas.

Junto a los anteriores también debe destacarse como un determinante de la mayor o menor equidad en la distribución de las intervenciones la existencia de sistemas de información apropiados que brinden una indicación precoz y oportuna de la condición de salud de la población, permitiendo la rápida identificación de situaciones de mayor riesgo que permita orientar y reforzar las acciones y actividades de salud de manera de compensar las diferencias en el acceso a las intervenciones y el impacto de las mismas en términos de la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna, perinatal e infantil.

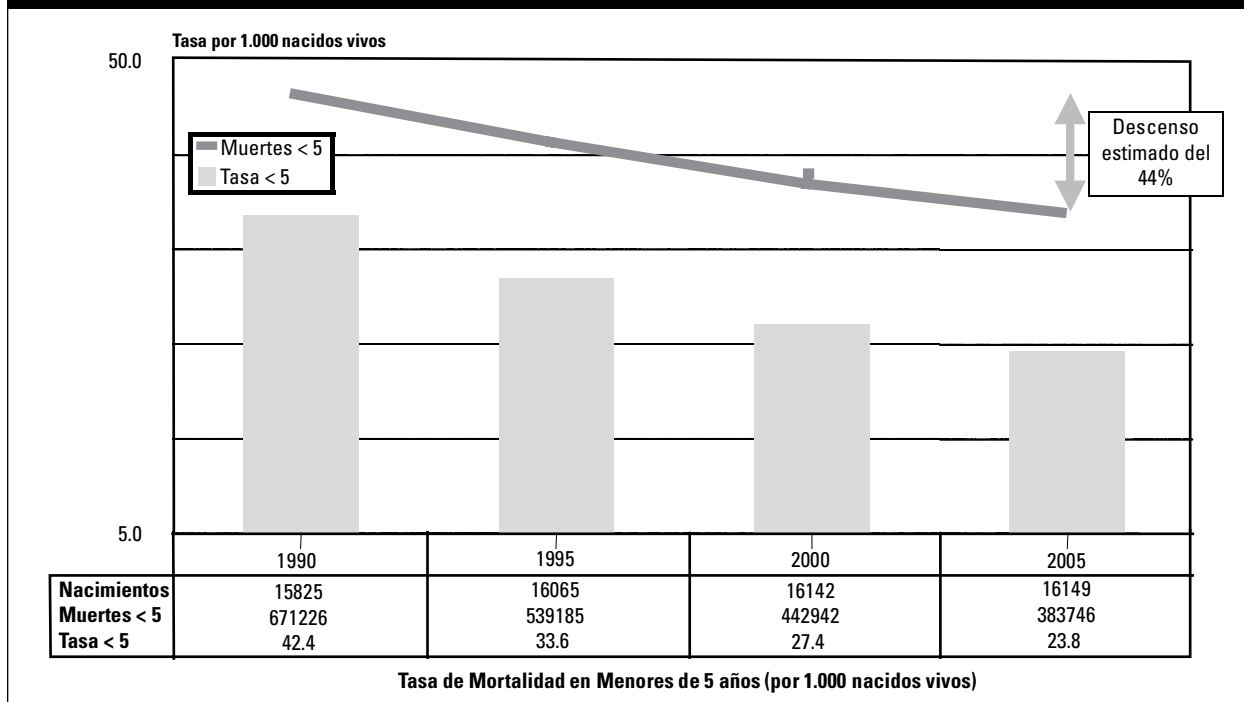
Encarar en forma simultánea estos y otros determinantes y factores clave, tanto asociados a las características de las poblaciones como a la cobertura, calidad y oportunidad de las acciones que se realizan para mejorar la salud es, actualmente, un importante desafío para los países y, de encararlo, depende el éxito que pueda obtenerse en la búsqueda de menores niveles de morbilidad y mortalidad en la población y de una menor brecha entre países, áreas hacia su interior y grupos de población.

AVANCES

Durante los últimos años los países del continente americano han avanzado en el logro del desafío de alcanzar mejores niveles de salud materna e infantil y esto se ha reflejado en el logro de los compromisos adoptados en la Cumbre Mundial a favor de la Infancia que proponía, entre otras metas, reducir en un tercio la mortalidad de menores de cinco años durante el decenio 1990-2000. Este logro se alcanzó gracias a un incremento en la velocidad de descenso que la tasa de mortalidad en este grupo de edad registró durante este período, cuando se lo compara con el que había registrado durante la década de los ochenta, y contribuyó a acelerar la caída de la tasa de mortalidad de menores de cinco años y a salvar un gran número de vidas en todo el continente.

La continuidad de los esfuerzos nacionales y regionales más allá de 2000 permitió proyectar la importante tendencia lograda durante el decenio de los noventa y, hasta 2005, la Región de las Américas acumuló una caída del 44% en la tasa de mortalidad de menores de cinco años (Figura 10).

FIGURA 10. Evolución de la mortalidad estimada de menores de cinco años. Número de nacimientos y muertes y tasas estimadas por 1.000 nacidos vivos. 1990-2005



Fuente: Estimaciones de la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH/CA), con base en "Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2004". Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (AS). Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), 2005.

Este descenso de la mortalidad redujo el número de defunciones de menores de cinco años prácticamente a la mitad entre 1990 y 2005, llevando el riesgo de morir durante los primeros años de vida de un valor superior a 40 por 1.000 nacidos vivos a una cifra cercana a la mitad de ese valor.

A pesar de este importante avance, el ritmo de descenso logrado durante los últimos años no resulta suficiente para cumplir con el compromiso adoptado por los países como parte de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio de llegar, en 2015, a una tasa de mortalidad en menores de cinco años que sea sólo un tercio de valor que se registraba en 1990 (Figura 11).

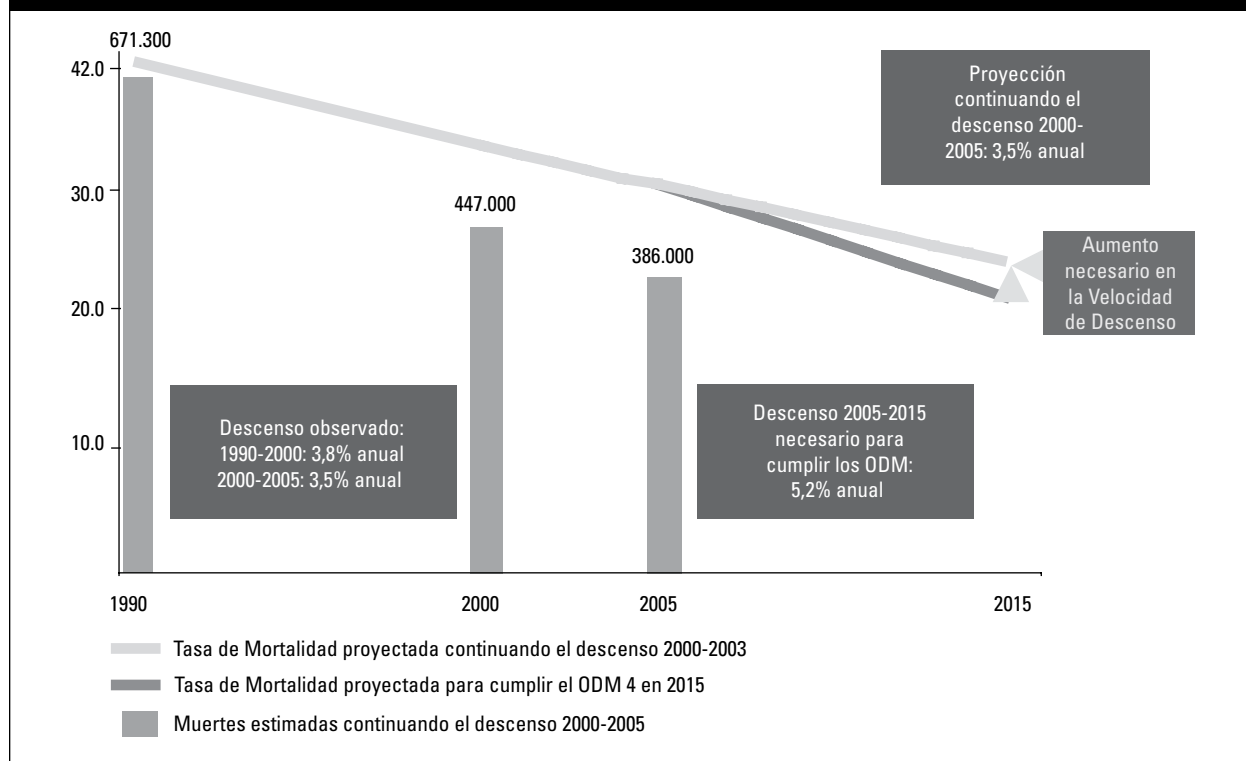
En los próximos diez años la tasa de mortalidad de menores de cinco años deberá incrementar su ritmo de descenso hasta alcanzar un 5,2% anual, que es una cifra 48% más alta que la velocidad de descenso que se registró durante los primeros cinco años del siglo XXI. De esta manera, el logro de

la reducción comprometida en los ODM solo podrá alcanzarse acelerando la velocidad de disminución de la tasa de mortalidad de menores de cinco años, lo que requiere no solamente sostener los esfuerzos realizados hasta la fecha para la implementación de las intervenciones disponibles de prevención y tratamiento de enfermedades y problemas de salud sino también expandir su cobertura para alcanzar a los grupos de población más vulnerables.

Pero incrementar globalmente la velocidad de descenso de la mortalidad en el continente no es el único desafío que enfrentan los países para los próximos años; especialmente si se pretende que el logro de las metas comprometidas en los ODM contribuya a una simultánea reducción de la brecha entre países y grupos de población para alcanzar de este modo condiciones más equitativas de salud en el continente.

En los últimos años se ha observado en muchos países un

FIGURA 11. Evolución de la mortalidad estimada de menores de cinco años. Número de nacimientos y muertes y tasas estimadas por 1.000 nacidos vivos. 1990-2005



Fuente: Estimaciones de la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente (FCH/CA), con base en datos de la Unidad de Análisis de la Situación de Salud y Tendencias (AIS). Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2004.

menor ritmo de descenso de la mortalidad en menores de cinco años. A su vez, no todos los países han mostrado ritmos de descenso similares de la mortalidad de menores de cinco años, y no siempre los países que registraban mayores índices de mortalidad alcanzaron la mayor velocidad de descenso (Figura 12). Ninguno de estos hallazgos resulta compatible con el logro de las metas comprometidas en los ODM y con el logro de condiciones más equitativas para la infancia en la Región de las Américas.

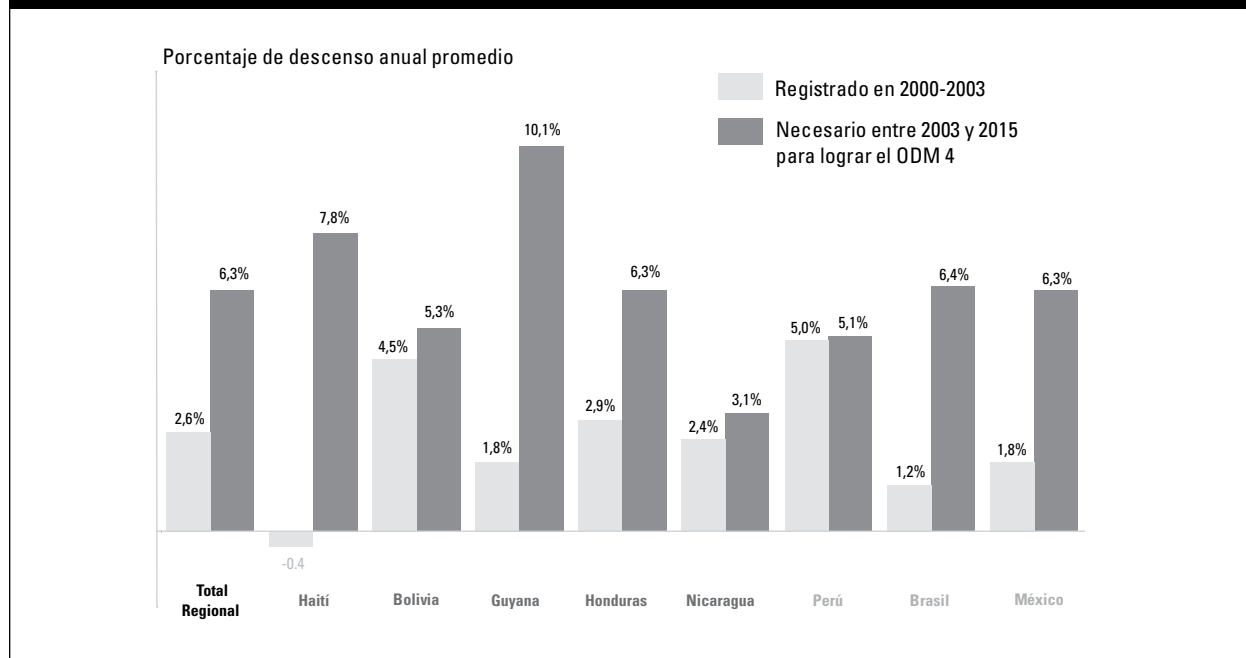
En el nivel regional el ritmo de descenso registrado durante el primer quinquenio del siglo XXI debe más que duplicarse para que se alcance la meta propuesta en los ODM para el año 2015 y, aunque por lo menos uno de los países del continente ha registrado un ritmo de descenso similar al que debe continuar logrando para alcanzar la meta, en algunos países el incremento que debe lograrse en los próximos

años es entre cinco a siete veces el que se logró durante el primer quinquenio posterior a 2000.

Esta situación es particularmente comprometida en los países con mayor tasa de mortalidad en menores de cinco años que, para reducir la brecha que los separa del resto de la Región deben incrementar considerablemente la velocidad de descenso de la tasa de mortalidad en menores de cinco años. Solo de esta manera se podrá alcanzar las metas propuestas no solamente a nivel continental sino en cada país, contribuyendo además a reducir el riesgo relativo de morir de los nacidos vivos en un país con respecto a los de otro país.

La comparación de lo ocurrido en los países, no obstante, aporta ejemplos concretos con respecto al éxito que puede lograrse mediante la implementación de intervenciones de prevención y tratamiento que han contribuido a lograr descensos de hasta el 5% anual en algunos países. Aprovechar

FIGURA 12. Velocidad de descenso anual promedio de la tasa de mortalidad en menores de 5 años en la Región de las Américas. Comparación de los valores observados y los valores propuestos por las Cumbres Internacionales



Fuente: Estimaciones de la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente (FCH/CA), con base en datos de la Unidad de Análisis de la Situación de Salud y Tendencias (AIS). Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2004.

de estas experiencias para adecuarlas a las necesidades del resto de los países puede contribuir a acelerar el descenso de la mortalidad en los próximos años, especialmente en los países de mayor riesgo.

Desafíos y Perspectivas

El renovado compromiso de los países del mundo para continuar reduciendo la mortalidad materna, perinatal e infantil reflejado en las metas propuestas para 2015 como parte de los ODM representan en la actualidad una confirmación de la importancia asignada a la supervivencia infantil y al crecimiento y desarrollo saludables. Esta importancia se refleja también en otros acuerdos y declaraciones internacionales tales como la Declaración de Nueva Delhi sobre la salud de la madre, el recién nacido y el niño; la Resolución de la Organización Mundial de la Salud sobre el continuo salud materna – neonatal e infantil; y la conformación de la Alianza Mundial para la salud de la madre, del recién nacido y de la niñez (The Partnership).

En la Región de las Américas estos compromisos fueron además reforzados mediante la presentación realizada al Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud de la Estrategia Regional de Reducción de Mortalidad y Morbilidad Materna (2002), la presentación de la Estrategia Regional y del Plan de Acción sobre nutrición y desarrollo (SPP 2006) y el documento la salud neonatal en el contexto de la atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los objetivos de desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (2006).

Estas iniciativas tanto globales como regionales contribuyen no solamente a reforzar la importancia de la salud materna, perinatal e infantil como parte de la agenda internacional y nacional, sino a sentar las bases para una colaboración entre países y organismos internacionales que acelere la puesta en práctica de planes concretos de acción que tiendan a llevar a los grupos de población más vulnerables la información y las medidas de prevención y tratamiento que contribuirán a reducir la incidencia y la gravedad de las enfermedades y problemas de salud que amenazan la supervivencia infantil.

La Región de las Américas tiene grandes oportunidades de alcanzar las metas propuestas, aún cuando su logro representará en los próximos años un importante desafío para el conjunto de los países que la integran. Esta perspectiva favorable para el logro de las metas se basan en el impulso logrado en la implementación de intervenciones y estrategias de salud materna e infantil durante los últimos veinticinco años, que han permitido el logro de las metas de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia que se habían comprometido en 1990 para ser alcanzadas en 2000. También el fortalecimiento de la atención primaria de la salud como un eje para la organización del sistema de salud y para llegar a los grupos de población más vulnerables, que ha sido adoptado como enfoque rector por la mayoría de los países en desarrollo del continente.

El proceso de integración de intervenciones que ha resultado en el desarrollo de nuevos modelos de atención, que superaron los enfoques dirigidos a la enfermedad, reforzando una visión más orientada a la evaluación de la condición general de salud, también ha permitido hacer un uso más eficiente de los recursos tanto para la implementación como para la atención que se brinda en el primer nivel.

Sobre la base de estas experiencias y desarrollos, y teniendo en cuenta el proceso seguido durante la década de los noventa, y como parte de la iniciativa regional para el logro de las Metas de la Cumbre, la mayoría de los países han desarrollado planes y están diseñando e implementando políticas nacionales y locales dirigidas a fortalecer la coordinación intersectorial, fomentar la participación comunitaria y hacer un uso más eficiente de los recursos disponibles, especialmente para enfocarlos al logro de las metas de salud materna e infantil comprometidas en los Objetivos para el Desarrollo del Milenio.

En este sentido ha sido de gran ayuda la experiencia acumulada en el proceso de implementación de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, AIEPI, que ha contemplado no solamente el componente de los servicios de salud, sino también el componente comunitario y la amplia participación de diversas instituciones, especialmente aquellas destinadas a la formación del personal

de salud como las Facultades de Medicina y las Escuelas de Enfermería.

La experiencia de AIEPI también ha resultado clave como un ejemplo del proceso de integración de intervenciones en una única estrategia destinada a hacer que las mismas lleguen a toda la población. Esto ha incluido la expansión no solamente de la cobertura geográfica de la estrategia sino, mediante un proceso continuo de adaptación a las necesidades y realidades de los países y de sus áreas prioritarias, de incorporación de nuevos componentes que, según el perfil epidemiológico existente, resultaban claves para mejorar la salud infantil, y de incorporación de la comunidad como un actor clave del proceso de aplicación, monitoreo y evaluación de los resultados.

Más recientemente, la estrategia AIEPI también ha ampliado y fortalecido su rol como puerta de entrada para brindar un enfoque basado en el ciclo de vida, que permita la atención integrada no solamente de la niñez sino también de la madre, la mujer y la familia. De este modo también está contribuyendo al diseño e implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud materna, neonatal e infantil, que contribuirá a un mayor conocimiento de la situación epidemiológica local y nacional y, de este modo, permitirá orientar más eficientemente los recursos disponibles en función de las mayores necesidades.

Aún en el marco de estas oportunidades clave que la Región tiene para lograr exitosamente las metas comprometidas en los ODM, el camino hacia ellos no está exento de retos importantes que deben ser enfrentados.

Es necesario continuar enfatizando la necesidad de avanzar hacia la acción, trabajando para que los conocimientos y las tecnologías de las que ya se dispone se pongan al alcance de toda la población y, particularmente, de aquellos grupos de población en condiciones de mayor vulnerabilidad.

Para esto se hace cada vez más imperativo contar con la voluntad política de los gobiernos de todos los países tanto en el nivel nacional como en el nivel local, y lograr que esta voluntad se traduzca en las acciones y decisiones neces-

rias para contar con los recursos y la inversión necesaria para poner a disposición de la población las intervenciones y estrategias de prevención, tratamiento y promoción de la salud materna, perinatal e infantil.

También se debe asegurar el uso de enfoques sustentables que garanticen la continuidad de las intervenciones y estrategias, más aún teniendo en cuenta que el logro de las metas comprometidas para mejorar la salud materna e infantil requiere su más sistemática y más amplia aplicación para llegar a toda la población.

Esta continuidad también requiere que se garantice la existencia de recursos humanos calificados para la atención materna e infantil en todos los niveles, pero particularmente en el primer nivel de atención y en el nivel comunitario, teniendo en cuenta que aún una importante proporción de la población de la Región no cuenta con acceso a los servicios institucionales de salud.

La reorientación de los servicios de salud sobre la base de la renovación de la atención primaria de la salud (APS) también constituye un reto para los próximos años, tratando de expandir la visión del personal y de los servicios del nivel local para reforzar un enfoque basado en la salud, que tenga en cuenta sus múltiples determinantes, y que aproveche todas las oportunidades para la información, el intercambio y conocimiento, la prevención, la detección precoz y el tratamiento.

Finalmente, es necesario que los gobiernos enfrenten el reto que representa garantizar a la población la protección social en salud, que permita a todas las madres y sus familias gozar de los beneficios que las medidas de prevención y tratamiento pueden brindarles, pero también reforzar sus conocimientos y prácticas para hacerlos actores más activos en la conservación de la salud y el fomento del desarrollo.

En los próximos años deberá por lo tanto reforzarse la implementación de las intervenciones y estrategias efectivas que ya han demostrado su impacto sobre la salud materna, perinatal e infantil. Orientando el proceso de expansión de estas estrategias hacia las áreas geográficas y grupos de población más prioritarios se podrá lograr el impacto bus-

cado en términos no solo de la reducción de la mortalidad y la morbilidad, sino de disminución de la brecha entre grupos de población.

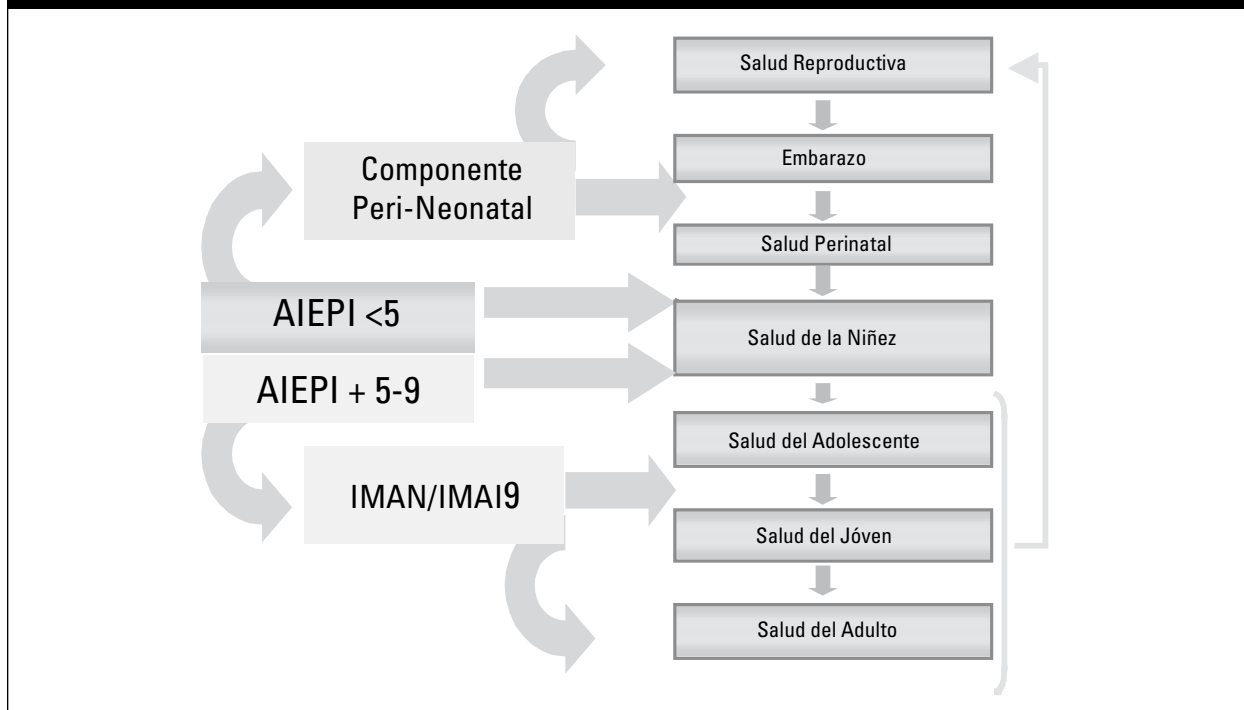
Para sostener este proceso durante el tiempo necesario para alcanzar las metas comprometidas en los ODM resultará clave que los países logren un consenso intersectorial y legislativo que garantice que las políticas de salud y los recursos necesarios para sostenerlas se constituyan en políticas públicas de Estado. Esto incluye no solamente la aprobación de planes que puedan sostenerse a lo largo de las diferentes gestiones de gobierno, sino la incorporación de las necesidades de recursos humanos y materiales para sostenerlos como parte del presupuesto regular de funcionamiento del sector público.

El uso de enfoques sustentables para mejorar las condiciones de salud materna, perinatal e infantil resulta esencial en este contexto, teniendo en cuenta que su implementación y expansión constituirá una de las principales actividades de los planes de acción nacionales para los próximos años. Con base en la experiencia adquirida en los países y en la región durante la adaptación y posterior implementación de la estrategia AIEPI, y dada la necesidad de continuar fortaleciendo el enfoque integrado de la atención, los próximos pasos deben orientarse hacia el logro de un abordaje basado en el ciclo de vida, que vincule las diferentes intervenciones y estrategias entre sí para brindar una respuesta continua a las distintas necesidades de cada grupo.

La expansión de la estrategia AIEPI para abordar la atención de los niños y niñas de cinco a nueve años, y su vinculación con las estrategias destinadas a la atención del adolescente y el adulto y del período perinatal brindan una oportunidad para dar una respuesta más integradora de la atención, especialmente a través de la atención primaria de la salud (Figura 13).

Este conjunto de estrategias integradas permitirán a su vez fortalecer las acciones de los servicios de salud y en la comunidad destinadas a la familia, haciendo que la atención de cada etapa de la vida se constituya en un espacio para la promoción de la salud y para explorar la presencia de posibles signos de enfermedades o problemas que puedan afectar la

FIGURA 13. Enfoques sustentables y estrategias integradas a lo largo del Ciclo de Vida: una respuesta a los nuevos desafíos



Adaptación del Módulo Introductorio sobre salud de la niñez y la adolescencia. Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH/CA). Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2004 (en prensa)

supervivencia y el crecimiento y desarrollo saludables.

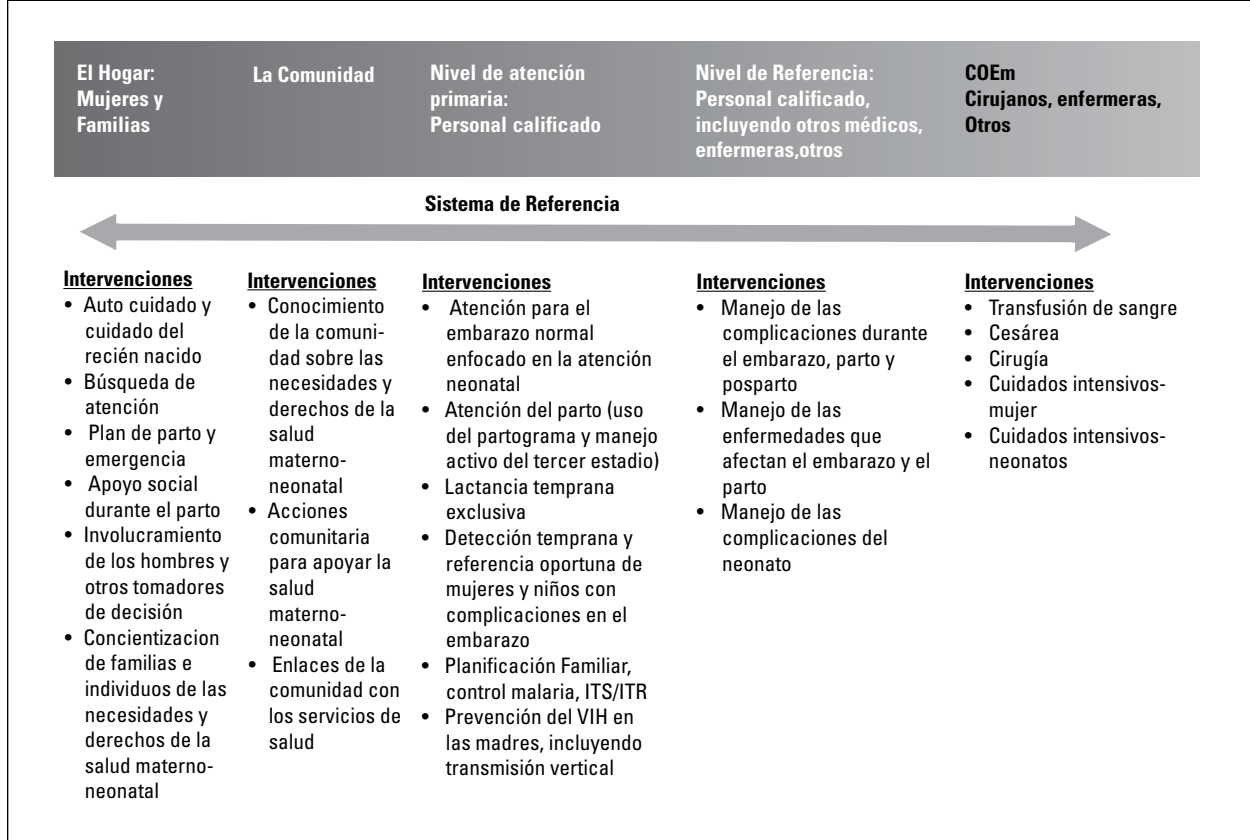
La implementación de estas estrategias y de las intervenciones que las integran contemplará además la intervención de los diferentes niveles tanto en las instituciones de salud como en la comunidad y en la familia, brindando de esta manera la oportunidad de una activa participación intersectorial y comunitaria (Figura 14). Esto contribuirá a fortalecer el papel de cada uno de los integrantes de la familia y de la comunidad en el cuidado y en la protección de la salud, y a brindarle la información, el conocimiento y las prácticas necesarias para que puedan tomar decisiones fundamentadas sobre su propia salud y sobre la salud de sus familiares, que contribuyan a mejorar el crecimiento y el desarrollo y a reducir el riesgo de enfermedad.

En los próximos años se continuará ampliando el horizonte de los logros que podrán alcanzarse y de la forma en que se puede llegar a ellos, contemplando no solamente la búsqueda de mejores y más equitativas condiciones de salud

materna-perinatal, infantil y familiar, sino alcanzando las mismas gracias a la activa participación de la propia familia y de la comunidad.

Adoptando estrategias integradas para la atención que cubran todo el ciclo de vida, promoviendo su más amplia adaptación nacional y local para adecuarlas a las diferentes necesidades de cada lugar, garantizando que las mismas lleguen a los grupos de población que más las necesitan, y garantizando el seguimiento, supervisión y evaluación de sus resultados se estará contribuyendo a reforzar las bases de una participación más activa y democrática de la población en la salud, en el marco de la concepción de la salud como un derecho humano fundamental.

FIGURA 14. Un continuo de atención y de cuidados en construcción



BIBLIOGRAFÍA

1. United Nations Development Program (UNDP). Human Development Report 2006. Beyond Scarcity: Power, Poverty and the Global Water Crisis. UNDP, New York, 2006.
2. World Health Organization. The World Health Report 2006: working together for health. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2006.
3. Lawn JO, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Way. The Lancet Series on Neonatal Survival. March 2005.
4. Darmstadt GL, Bhutta, ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions how many lives of newborn babies can we save? The Lancet Series on Neonatal Survival, March 2005.
5. Black R, Morris S, and Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? The Lancet, Child Survival Series., Lancet 2003; 362: 65-71.
6. Pan American Health Organization, Health Statistics from the Americas, 2003 Edition. PAHO, Washington DC, USA
7. Organización Panamericana de la Salud, Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 2002. OPS/OMS, Washington DC, USA, 2002.
8. UNICEF. The State of the World's Children 2005. Childhood under Threat. UNICEF, New York, USA, December 2004.
9. Organización Panamericana de la Salud. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. OPS/OMS, Washington, D.C., U. S. A., 2004.
10. OPS/OMS. Los objetivos de desarrollo del milenio y las metas de salud. 45º Consejo Directivo, CD45/8. Washington, DC, Septiembre de 2004.
11. BouZahr C, Wardlaw t. Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress? Bull World Health Organ vol.79, no.6, Ginebra, 2001.
12. Donoso S E, Oyarzún E E. Análisis comparativo de la mortalidad materna en Chile, Cuba y Estados Unidos de Norteamérica. Rev. Chil Obstet Ginecol 2004; 69(1): 14-18.
13. Rodríguez García J. Desigualdades socioeconómicas entre departamentos y su asociación con indicadores de mortalidad en Colombia en 2000. Rev Panam Salud Publica. 2007;21(2/3):111-124
14. Gattini C, Sanderson C, Castillo-Salgado C. Variación de los indicadores de mortalidad evitable entre comunas chilenas como aproximación a las desigualdades de salud. Rev Panam Salud Publica. 2002;12(6):454-461
15. O'Rourke K, Howard-Grabman L, Seoane G. 2 Impact of community organization of women on perinatal outcomes in rural Bolivia. Revista Panamericana de Salud Pública, vol. 3, no. 1, Washington, Jan. 1998.
16. WHO. The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children. A review. WHO, Geneva, 2004.
17. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2006. UN, New York, USA, 2006.
18. UNICEF. A World Fit for Children. UNICEF, New York, 2006.
19. Mason E. Child survival: time to match commitments with action. The Lancet, Volume 365, Issue 9467, Pages 1286-1288. The Lancet, 2005.
20. PAHO, UNFPA, UNIFEM. Gender, Health and Development in the Americas. Basic Indicators, Washington, D. C., 2006.
21. Organización Mundial de la Salud. Un enfoque de la salud que abarca todo el ciclo vital. Repercusiones para la capacitación. WHO/NMH/HPS/00.2. OMS, Geneva, 2000.

5. La respuesta del Texas Children's Hospital frente al Huracán Katrina: evolución de los hechos y lecciones aprendidas

Dr. Fernando Stein
Medical Director, Texas Children's International
Associate Professor, Baylor College of Medicine

INTRODUCCIÓN

En agosto de 2005, sobre las islas Bahamas, se formó el Huracán Katrina, que cruzó el Sur de la península de Florida como un huracán moderado de categoría 1, causando daños y algunas muertes. Luego de su paso por el área, el huracán tomó fuerza rápidamente durante el cruce del Golfo de México y se convirtió en uno de los huracanes de mayor fuerza de los que se tiene registro.

El Huracán Katrina produjo los daños más costosos y ocasionó un número de muertes tal que lo hacen hasta el momento el huracán más mortífero en la historia de los Estados Unidos de Norteamérica. Fue el sexto huracán más fuerte del que se haya tenido registro entre los que tocaron tierra en el territorio continental y devastó importantes áreas de la zona norte y centro de la costa del Golfo de México de los Estados Unidos.

El daño ocasionado por el Huracán Katrina, tanto en términos materiales como humanos, fue mayor en la ciudad de New Orleans y en la costa del río Mississippi adquiriendo, en la primera de ellas dimensiones catastróficas. Los daños que ocasionó el Huracán Katrina en la ciudad de New Orleans resultaron en la inundación del 80% de la ciudad y de importantes áreas suburbanas, que permanecieron en estas condiciones durante semanas.

Al menos 1.800 personas perdieron su vida durante el Huracán Katrina y la inundación subsiguiente ocasionada por el, lo que hace de este Huracán el más mortífero desde 1928. El daño ocasionado por la tormenta se estimó en 81,2 mil millones de dólares estadounidenses, lo que hace del

Huracán Katrina el desastre natural más costoso en la historia de los Estados Unidos de Norteamérica.

La respuesta al Huracán Katrina fue, por su dimensión y gravedad, un desafío para toda la estructura de atención de la salud. De particular importancia fue la desplegada para paliar los efectos de esta catástrofe natural sobre la salud infantil, teniendo en cuenta que los niños y las niñas son los más vulnerables frente a los riesgos ambientales.

La organización de la respuesta pediátrica a los daños ocasionados por el Huracán incluyó no solamente la atención de los miles de evacuados de las áreas afectadas por el Huracán, sino de los cientos de niños internados en los hospitales pediátricos de las ciudades golpeadas por este desastre natural, que resultaron inundados y debieron ser evacuados.

El Texas Children's Hospital de la ciudad de Houston, Texas, lideró la respuesta pediátrica al daño que el Huracán Katrina produjo en la ciudad de New Orleans y en las áreas cercanas, poniendo a prueba su capacidad de respuesta rápida frente a las consecuencias de un desastre natural de dimensiones poco frecuentes. Esto representó un desafío médico y organizativo que contribuyó a paliar las consecuencias del Huracán sobre la salud de la infancia, y fortalecer la experiencia y capacidad del equipo profesional y técnico del Texas Children's Hospital para actuar frente a una emergencia de dimensiones masivas.

CONSIDERACIONES INICIALES

La inminencia de la llegada del Huracán Katrina a la costa

estadounidense del Golfo de México y la fuerza adquirida por el Huracán en su tránsito posterior a atravesar la península de La Florida dieron la primera señal de alerta al equipo profesional del Texas Children's Hospital (TCH) sobre la necesidad de contar con un plan de respuesta rápida en el caso de que el Huracán ocasionara daños que requirieran una asistencia externa.

Esta previsión de la posibilidad de actuación de TCH en la asistencia a la catástrofe permitió que pudiera brindarse una respuesta rápida a los primeros pedidos de auxilio provenientes del área de la catástrofe. Inmediatamente después de la ruptura de las defensas que contenían el agua del lago Pontchartrain, el 29 de agosto de 2005. De este modo, la solicitud de ayuda del Hospital de Niños de Tulane recibió una rápida atención y 19 pacientes que estaban en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de dicho establecimiento fueron transferidos al TCH, utilizando helicópteros. El mismo día, la Agencia Federal de Gestión de Emergencias (FEMA, por su sigla en inglés) solicitó al TCH la disponibilidad de transporte y, posteriormente, se inició la transferencia de 14 pacientes del Hospital de Niños de New Orleans.

Pero la ayuda inicial para brindar respuesta a la necesaria evacuación de los hospitales afectados por la inundación iba pronto a ser complementada por una necesidad más amplia: la atención de miles de personas que, habiendo perdido sus viviendas como consecuencia del desastre, iban a ser alojadas en el Astro Arena y el Estadio de Houston (Superdome).

Esta experiencia puso a prueba la capacidad de organización y respuesta rápida de TCH, ejercitada en años anteriores porque siendo Houston una ciudad costera ha tenido que enfrentar desastres naturales por muchos años. Este fue el caso del desastre ocasionado por el famoso Huracán Carla que mató a más de 1.000 personas en la ciudad de Galveston que dejó, entre otras experiencias, el uso del código *Carla* para todas las ocasiones en que se enfrenta una emergencia hospitalaria. El código *Carla* activa una serie de procesos administrativos y de seguridad, que ponen a toda la institución en emergencia.

ORGANIZACIÓN DE LA RESPUESTA: PREPARACIÓN DE LAS INSTALACIONES

La activación del código *Carla* desencadenó dos procesos simultáneos: la organización de las instalaciones del TCH para prepararlo para la atención de los niños provenientes de los hospitales evacuados, y la organización de la respuesta asistencial para los niños de las familias evacuadas que, eventualmente, podrían o no requerir hospitalización. Ambos procesos implicaron actividades relacionadas con la infraestructura física, la provisión de insumos médicos esenciales y la disponibilidad de recursos humanos apropiados.

El primer proceso desencadenado por el código *Carla*, referido a la organización interna de las instalaciones del TCH también representó un desafío: requirió multiplicar el espacio disponible para la atención de pacientes hospitalizados, teniendo en cuenta la llegada de aquellos provenientes de hospitales evacuados del área afectada por el Huracán.

- En primer lugar se realizó una **estimación del número de niños que requerirían hospitalización** entre los que se estaban evacuando de los Hospitales afectados, a partir de lo cual se pudo determinar la necesidad de espacio físico adicional al ya disponible en TCH.
- En segundo lugar se implementó un **proceso intensivo de evaluación interna de los pacientes hospitalizados, con la finalidad de racionalizar al máximo el uso de los recursos de hospitalización**. Esto resultó en una estricta evaluación de cada paciente para determinar quiénes podían prescindir del uso de asistencia respiratoria mecánica, quienes podían recibir atención fuera de la unidad de cuidados intensivos y quiénes podían ser externados para hospitalización domiciliaria o para tratamiento ambulatorio. Esto permitió liberar camas de distinto nivel de complejidad que, de este modo, se sumaban a las camas adicionales que podían instalarse en cada servicio ante situaciones de emergencia.
- En tercer lugar se relevó la **condición interna del TCH y se organizó la respuesta ante la posible llegada del Huracán Katrina o de otros Huracanes**, diseñando programas de evacuación interna, identificando los espacios más seguros del edificio, el funcionamiento de los

generadores de emergencia, los sistemas de control de inundación, y los suministros médicos, de alimentos y de todos los insumos necesarios para mantener en funcionamiento el TCH durante una situación de emergencia que lo afecte.

- En cuarto lugar se organizó un **grupo de coordinación interno** que, entre sus tareas, tuvo que organizar el registro de los nombres de pacientes que se trasladaban hacia el TCH, el archivo de los registros médicos existentes, y la notificación a sus familias, muchas de las cuales no se encontraban en el Hospital del que provenía el niño al momento de realizarse el traslado a TCH.

El segundo proceso implicó, además, la adopción de decisiones rápidas con respecto a la disponibilidad de espacio físico apropiado para brindar respuesta a una masiva demanda de atención por parte de miles de familias que, de no encontrar contención, concurriría al TCH saturando las instalaciones de consulta ambulatoria. Esto motivó la decisión de TCH de conformar una estructura de atención ambulatoria en el Astrodromo que acercara la respuesta al sitio en que las familias se encontraban alojadas y previniera el flujo masivo de personas a las instalaciones específicas de TCH que, de este modo, podrían brindar una mejor respuesta a todos los pacientes que requirieran hospitalización.

EVACUACIÓN DE LOS NIÑOS DESDE LOS HOSPITALES EN LA ZONA AFECTADA

La efectiva evacuación de los niños desde los hospitales requirió organizar la logística y funcionamiento de las unidades de transporte, incluyendo en estas las necesidades de insumos y recurso humano capaces de brindar la mejor respuesta a las necesidades en el lugar de la catástrofe. Estas unidades de traslado fueron concebidas, además, como oportunidades para apoyar los esfuerzos de atención en el sitio de la catástrofe, por lo cual contribuyeron a proveer de insumos básicos esenciales que fueron trasladados desde TCH hacia el lugar afectado.

Para llevar a cabo esta tarea, se modificaron los equipos de traslado del TCH para aumentar la capacidad de transporte,

que está integrada habitualmente por tres equipos disponibles las 24 horas al día. Estos equipos están compuestos por un equipo de neonatología, uno de cuidado intensivo pediátrico para distancias de menos de 60 millas, y uno de cuidado intensivo pediátrico para distancias mayores. Estos dos últimos equipos tienen en cuenta la necesidad de contar con el combustible e insumos necesarios para tener independencia durante el traslado, reduciendo el riesgo de tener que interrumpirlo por razones no médicas cuando se traslada un niño grave.

También se apeló al uso de las reservas de insumos y equipos con las que cuenta el TCH, lo que demostró ser invaluable al momento de brindar una respuesta rápida a una situación de catástrofe.

Finalmente, requirió reorganizar el recurso humano para mantener equipos capacitados en condiciones adecuadas para afrontar las tareas de traslado, garantizando el descanso necesario del personal. En este aspecto fue muy importante la organización de una respuesta eficiente frente a las ofertas de personal de salud voluntario que se presentó inmediatamente para ofrecer su ayuda en la tragedia. La organización de la respuesta a esta situación fue clave, teniendo en cuenta que no es posible incorporar personal voluntario sin la posibilidad de verificar sus antecedentes y credenciales.

La puesta en práctica de los sistemas de evacuación y transporte debió tener en cuenta algunas consideraciones prácticas fundamentales al momento de ejecutarlas.

- La **coordinación con el resto de los hospitales pediátricos** que estaban prestando asistencia durante el desastre fue esencial para organizar los esfuerzos de evacuación y asistencia y no superponer esfuerzos y trabajo de los equipos de traslado. Esto permitió brindar una respuesta coordinada más eficiente a las necesidades de evacuación de los hospitales pediátricos en las zonas afectadas por el Huracán Katrina.
- La **identificación de las áreas disponibles para aterrizar los aviones y helicópteros y sus condiciones**, para participar en el esfuerzo de traslado también resultó esencial para garantizar la seguridad de los vuelos y de todo el proceso. Esas áreas debían contar con torre de control y, habiendo

otros aviones ofreciendo ayuda y muchas veces llegando al mismo tiempo como voluntarios, debían garantizar condiciones de seguridad que evite el riesgo de un accidente aéreo. También debían informar sobre las posibilidades de abastecimiento de combustible, o la necesidad de asumir que cada vuelo debía tener independencia de ir y volver con la gasolina abastecida localmente.

- La **seguridad de las unidades de traslado**, teniendo en cuenta que se registraban hechos de violencia incluyendo el ataque con armas de fuego a las ambulancias y a los helicópteros que ponían en riesgo la vida de las personas que intervenían en el esfuerzo de asistencia médica. Esto requirió la organización de traslados sucesivos para trasladar a los pacientes de la ciudad de New Orleans a un centro de comando con capacidad para cuidados mini-intensivos en Houma, Louisiana; y la intervención de la Guardia Nacional y otras fuerzas de seguridad para que realizaran estos traslados.
- La **utilización de las unidades de traslado como oportunidad para llevar provisiones e insumos**, que implicó cargar los aviones con insumos médicos, agua y comida para asistir a las personas que estaban brindando apoyo en el lugar de la catástrofe.
- La **organización de la respuesta a las familias de los niños que se trasladaban**, teniendo en cuenta también las situaciones en que ellas no se encontraban en el hospital al momento de realizarse el traslado. Para esto se elaboró un listado de los pacientes que se trasladaban a TCH y se obtuvo el registro original de información médica (historia clínica) no solo para contar con los datos clínicos y de tratamiento sino también para obtener los datos de contacto de la familia.
- La **coordinación de los vuelos de regreso** para garantizar que los niños fueran llevados al hospital indicado y para organizar el arribo y atención de llegada de los niños en cada hospital.
- La **respuesta a las demandas de información pública**, lideradas por los numerosos periodistas que requerían datos sobre la situación y que en muchos casos entorpecían el trabajo de las unidades de traslado y de recepción de pacientes. Esto requirió la intervención del equipo de relaciones públicas del TCH y la elaboración de cuatro

comunicados de prensa diarios, así como la designación del personal médico responsable que intervendría para mantener la unidad de los mensajes que se brindaban.

- La **respuesta a las demandas de información de las familias ya en el TCH**, que concurrían para conocer el destino de sus niños y que transitaban por el hospital con fotos y colocaban cuadros en el lobby, en el área de cuidados intensivos y requerían información y ayuda para ubicar a sus niños.

LECCIONES APRENDIDAS

Aún con la mayor de las experiencias para brindar asistencia en situaciones de desastre, la participación del TCH durante el Huracán Katrina puso a prueba no solamente los mecanismos de respuesta rápida elaborados previamente sino especialmente la capacidad de adaptarlos, adecuarlos y superarlos en medio de la ejecución de las actividades programadas. Esta última situación es la que representó el mayor desafío para el TCH y requirió de su personal la flexibilidad y la capacidad necesarias para diversificar las alternativas sin perder de vista el objetivo principal: brindar una respuesta oportuna y eficiente que contribuya a reducir el daño a la salud infantil ocasionado por el huracán.

En el desarrollo de las actividades de organización tanto como en su puesta en práctica, la participación del TCH en la asistencia al desastre ocasionado por el Huracán Katrina dejó numerosas lecciones:

- Responder primero
- Hacer lo mejor que se puede
- Trabajar con lo que se tiene
- Aplicar el conocimiento básico
- Mantener las cosas simples
- Pensar con facilidad
- Recordar a los amigos

Lección Número 1: Responder primero

La preparación iniciada por TCH incluso antes de ser solicitada su participación por parte del gobierno federal fue clave para la oportunidad, la calidad y la eficiencia de la respuesta brindada. Las catástrofes naturales no anuncian muchas

veces la magnitud del daño que están a punto de producir y el grado de preparación ante los potenciales problemas que ocurran es clave para brindar una respuesta oportuna.

En el caso del Huracán Katrina, la magnitud del desastre no había sido prevista y la necesidad de evacuación de miles de personas requirió un despliegue operativo de grandes dimensiones. La previa preparación de TCH para asistir en esta situación lo colocó en un primer nivel de respuesta llegando al lugar de los hechos de inmediato en condiciones de brindar una respuesta apropiada.

Esto pudo lograrse, por un lado, con base en los planes de contingencia para situaciones de catástrofe con los que contaba TCH, pero por otro lado gracias a la decisión del equipo profesional y técnico del hospital que amplió las previsiones de esos planes tomando la decisión de estar en condiciones de responder primero. Ambos hechos determinaron no solamente la posibilidad de respuesta rápida sino el éxito de la misma, lo que contribuyó tanto a salvar vidas de niños y a reducir el daño sobre su salud, como a disminuir los costos de la respuesta mediante una acción programada que evitó la superposición de esfuerzos y optimizó el uso de los recursos.

Lección Número 2: Hacer lo mejor que se puede

Los recursos disponibles deben ser organizados para brindar con ellos la mejor respuesta y, siendo necesario asistir la salud de los niños afectados por el Huracán Katrina, TCH puso al servicio de ellos su mejor recurso: personal de salud entrenado, con alta motivación para brindarse en la prevención y contención del daño a la salud infantil, que se desempeñó con los recursos de que disponía.

La magnitud del desastre ocasionado por el Huracán puso de hecho a prueba todas las previsiones y demostró rápidamente la necesidad de multiplicar cualquier organización y cálculo de insumos para poder brindar una cobertura completa. Sin embargo, la asistencia inmediata brindada con los recursos tanto humanos como materiales existentes, organizados y actuando con la mejor calidad posible resultó clave para brindar una repuesta oportuna y reducir de este modo el daño ocasionado por la catástrofe.

Muchos servicios de salud, instituciones y grupos de personas contienen su respuesta en espera de recursos, insumos y materiales que no estuvieron disponibles en las primeras etapas del desastre. TCH asumió que la mejor respuesta es la que, con la mejor calidad posible, llega a tiempo y no la que podría ser mejor en cantidad y calidad pero que no termina de arribar en el momento en que es necesaria.

La respuesta inmediata, no obstante, no significa un descuido por la calidad. En primer lugar porque un estándar de calidad de atención ya está garantizado cotidianamente en el accionar estandarizado y pautado de los equipos de salud y, en segundo lugar, porque la garantía de la mejor calidad de respuesta debe hacer parte de la organización de toda respuesta rápida siempre que se quiere que la misma tenga un efecto positivo en la contención del daño, la prevención de complicaciones y el tratamiento apropiado de todos aquellos que lo necesiten.

Cuando TCH, luego de brindar respuesta inmediata a las necesidades de evacuación de los hospitales pediátricos afectados por la inundación, tuvo que organizar la atención infantil de los miles de evacuados que eran alojados en el Astrodome de Houston, brindó la mejor calidad de atención con los recursos de los que disponía. Se organizó en un espacio abierto del Astrodome la manera de contar con áreas de registro y triage, atención ambulatoria y contención de las familias, siempre teniendo en cuenta las condiciones básicas de prevención de infecciones y contagio. Esto requirió la organización del recurso humano disponible y la convocatoria de personal adicional retirado del hospital que pudo integrarse al trabajo con acreditación y certificación suficiente y disponible. Se organizaron mesas de vacunación, se organizó la atención de enfermería y se implementó un sistema ordenado de registro.

Hacer lo mejor con aquello de que se dispone fue por lo tanto esencial para dar respuesta a la emergencia y fue una de las claves de la tarea llevada a cabo por TCH en la atención pediátrica durante el desastre ocasionado por el Huracán Katrina.

Lección Número 3: Trabajar con lo que se tiene

La organización de los recursos existentes llevada a cabo

por TCH también resultó clave para brindar una respuesta eficiente a las necesidades de la catástrofe ocasionada por el Huracán Katrina. Tanto optimizando los recursos de hospitalización existentes mediante una revisión cuidadosa de las posibilidades de desocupación de camas de diferente complejidad, como relevando los recursos materiales y humanos existentes para organizarlos de manera de ponerlos al servicio de una respuesta apropiada.

Adoptando la decisión de brindar respuesta con los recursos disponibles, TCH pudo estar en la primera línea de atención ingresando los pacientes que fueron evacuados de los hospitales afectados por la inundación y organizando la atención pediátrica ambulatoria fuera del ámbito del hospital, en el mismo sitio en que fue alojada la mayoría de las familias evacuadas. De este modo, se desplegó un pequeño hospital y clínica en el Astrodome en el que se organizaron áreas de atención y de tratamiento que trabajaron las 24 horas del día.

Trabajar con los recursos disponibles permitió entonces no demorar la respuesta acomodando los insumos, materiales y personal existente para poder intervenir rápidamente en la asistencia pediátrica necesaria. Esta decisión también estuvo en la base de la inmediata respuesta que TCH pudo brindar a los hospitales pediátricos del área afectada por el Huracán y, ya en Houston, fue la principal estrategia que permitió acercar la atención al sitio en que las familias evacuadas fueron localizadas, permitiendo el funcionamiento normal de las instalaciones del TCH que, de otro modo, se hubieran visto saturadas por un incremento exponencial de los niños y familias a asistir.

Lección aprendida Número 4: Aplicar el conocimiento básico

La asistencia pediátrica en condiciones de catástrofe expone al personal de salud a un conjunto básico de situaciones conocidas que pueden ser abordadas adecuadamente con base en los conocimientos y prácticas clínicas, diagnósticas y terapéuticas habituales en consultorios ambulatorios. Un conjunto de medidas complementarias de prevención de enfermedades son necesarias para reducir los riesgos de diseminación y contagio en aglomerados de población incluyendo las medidas básicas de higiene. Y también un conjunto de

situaciones son esperables y pueden, potencialmente, resultar amenazas para la condición de salud general e infantil entre las poblaciones evacuadas en situación de catástrofe.

Utilizando estos conocimientos se previó inmediatamente la instalación de lavamanos como parte del área de atención, que permitieron reducir los riesgos de diseminación de enfermedades.

El uso de los conocimientos básicos de la clínica, la semiología y la terapéutica, así como de la epidemiología resulta esencial tanto para organizar la respuesta como para la atención infantil, en este caso, de la población que fue evacuada durante el desastre ocasionado por el Huracán Katrina.

Esto permitió organizar la atención teniendo en cuenta los principales problemas de salud encontrados en la población infantil asistida, que coincidieron con los descritos en la literatura en este tipo de situaciones, incluyendo diarreas y otros trastornos gastrointestinales, enfermedades respiratorias, infecciones de la piel y exacerbaciones o crisis de enfermedades ya existentes como asma, diabetes o afecciones del corazón.

De este modo, la aplicación del conocimiento básico tanto epidemiológico como clínico resultó esencial para organizar los recursos materiales y humanos preparándolos para brindar atención enfocada hacia los problemas que con mayor probabilidad iban a requerir asistencia; y esto resultó en un ahorro de tiempo y recursos clave para hacer más eficiente la respuesta del TCH y permitir la cobertura más amplia de atención.

Lección aprendida Número 5: Mantener las cosas lo más simples posible

Brindar una respuesta eficiente ante una situación inesperada que sobrecarga la posibilidad habitual de atención requiere mantener las cosas lo más simples posible. De este modo, sobre la base del conocimiento básico existente es fundamental organizar la respuesta orientándola hacia las necesidades que con mayor probabilidad se presentarán y organizándola de la manera más simple posible.

El empleo de los contenidos básicos de la estrategia AIEPI

(atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia) y, particularmente, de los signos de alarma que recomienda para el abordaje inicial de la atención infantil, resultó en este sentido clave para la detección precoz de niños graves o con riesgo de agravamiento, así como para orientar el orden de la atención.

De esta manera, el uso de una estrategia simple pero de alta eficiencia para brindar una respuesta de calidad a la atención de salud pediátrica, resultó clave para hacer un uso eficiente de los recursos, reducir el uso innecesario de técnicas complementarias de diagnóstico y para racionalizar el empleo de los medicamentos y otras medidas de tratamiento.

Lección aprendida Número 6: Pensar con facilidad

Dado que la atención en situaciones de catástrofe expone a eventos inesperados y a cambios en aquellos acontecimientos que pueden predecirse, mantener la simplicidad en el pensamiento para abordar estas situaciones es esencial para una respuesta rápida y eficiente.

La organización de la respuesta del TCH a la emergencia suscitada por el Huracán Katrina tuvo que enfrentar numerosas situaciones inesperadas que requirieron revisar la programación inicial y tomar rápidamente decisiones sobre la marcha para adecuarla a un escenario en continuo cambio.

Un ejemplo de esto fue la respuesta brindada al brote de diarrea que, aunque haga parte de los conocimientos básicos de epidemiología en poblaciones de evacuados, requirió adecuar la organización de la atención y de la asistencia de los evacuados a la necesidad de contener la diseminación de la enfermedad. El uso de las normas de rehidratación oral de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) resultó esencial, tanto como la rápida identificación del micro organismo causal: norovirus, único germen identificado entre el conjunto de los estudiados en los aislamientos realizados.

Las normas implementadas para la contención de la diseminación del brote fueron las recomendadas para estos casos incluyendo el tratamiento de los casos con la rehidratación

oral, el aislamiento por 48 horas de los nuevos casos, la distribución de gel para lavado de manos, y el reforzamiento del lavado de manos apropiado, especialmente entre el personal de salud.

Lección aprendida Número 7: Recordar a los amigos

Dada la magnitud del desastre ocasionado por el Huracán Katrina y la dimensión del esfuerzo que se requirió para mitigar sus efectos y brindar a la población pediátrica la atención necesaria, la respuesta individual dista de mucho de ser suficiente, mientras que la coordinación de esfuerzos y la convocatoria a todos aquellos que pueden de una u otra manera contribuir a una respuesta conjunta resulta esencial para el éxito.

El TCH lideró, en este sentido, una respuesta de un conjunto edificado durante años en la continua coordinación de actividades, planes y programas que se llevan a cabo con el aporte de numerosos socios. Estos amigos respaldaron la tarea del TCH y canalizaron sus esfuerzos, su apoyo y su contribución a través de la organización de la respuesta que resultó en la asistencia pediátrica esencial que los afectados por el Huracán requirieron.

Recordar la necesidad de las alianzas en la organización de la respuesta ante los desastres y actuar activamente en la coordinación de los esfuerzos y voluntades resulta esencial para mejorar la calidad y la capacidad de respuesta ante un desastre de las dimensiones del Huracán Katrina.

CONSIDERACIONES FINALES

La respuesta del TCH al desastre ocasionado por el Huracán Katrina representó un compromiso de todo su personal para paliar del mejor modo posible los efectos que esta catástrofe produjo en la salud de los niños y niñas residentes en New Orleans. Implicó, además, la organización de recursos tanto materiales como humanos para garantizar la asistencia habitual que el TCH presta a su población usuaria brindando además una atención de calidad y oportunidad apropiadas para los evacuados, tanto en forma ambulatoria como en sus servicios de hospitalización. Como resultado,

numerosos niños y niñas se beneficiaron de los servicios que presta TCH (Figura).

Lograr estos resultados fue una tarea que se apoyó tanto en las previsiones existentes a través de los planes de contingencia frente a situaciones de desastre con que cuenta TCH, como en la capacidad técnica, compromiso y moti-

vación de todo su personal. Ambas cosas contribuyeron a organizar los recursos de la manera más eficiente para brindar una respuesta oportuna y de alta calidad, que contribuyó a garantizar la atención más adecuada a la salud pediátrica y a mitigar los efectos y daños ocasionados por el Huracán.

FIGURA. Resumen

Total de admisiones de residentes de Nueva Orleans al TCH (30/08/05-30/11/05)	233
Censo del máximo número de pacientes en un día en el TCH	51
Total de visitas a la sala de emergencia de los residentes de Nueva Orleans al TCH (6/9/05-30/11/05)	876
Visitas totales a la Clínica AstroArena	3520
Número máximo de visitas a la Clínica Astro Arena en un día	304
Número máximo en camas con IV en AstroArena	103

6. Conclusiones y Recomendaciones

CONCLUSIONES

EL GATA considera de gran importancia el aumento de la esperanza de vida de la población del Continente Americano que se ha registrado en las últimas décadas, y destaca especialmente la contribución que la reducción de la mortalidad de menores de cinco años, y especialmente de la mortalidad infantil, ha tenido en este logro. También considera que el aporte que ha tenido en esta reducción la implementación de intervenciones específicas para el control de las enfermedades diarreicas y de las enfermedades respiratorias, así como las que se han integrado posteriormente como parte esencial de la estrategia AIEPI, demuestra el potencial de cambio que los países tienen para mejorar la situación de salud de la infancia en todo el continente.

Sin embargo advierte que, a pesar de estos importantes avances, ni el aumento de la esperanza de vida de la población ni la reducción de la mortalidad en la niñez se ha distribuido de manera uniforme entre los países y hacia su interior, incrementando en muchos casos las brechas entre ellos y entre los diferentes grupos de población. Particular importancia adquiere, en este contexto, el contraste entre las tasas de mortalidad en la niñez en las poblaciones urbanas y rurales, y en los grupos de población indígena, así como entre la población con niveles más elevados de pobreza.

Adicionalmente, el GATA destaca la importancia que ha adquirido el cambio ocurrido en el perfil de la mortalidad en la niñez, coexistiendo en la actualidad las enfermedades infecciosas y la desnutrición con otros problemas y enfermedades asociados al período perinatal, a las malformaciones congénitas, a los tumores, a las lesiones no intencionales, a la violencia y a la obesidad, entre otras. Este nuevo escenario epidemiológico es en gran medida el resultado de la combinación de determinantes ambientales y sociales que afectan

simultáneamente la salud de los niños y niñas y de sus familias, así como la situación de las comunidades en que habitan, y también la organización y prestación de los servicios destinados a la atención de su salud.

El GATA considera que la estrategia AIEPI, además de su aporte en la expansión de la cobertura de prevención y control de enfermedades y de promoción de una niñez saludable, ha reforzado la integración de las acciones en los servicios de salud y la comunidad, la visión de la familia como un ámbito clave para la supervivencia y el crecimiento y desarrollo saludables, y la importancia de extender la atención a lo largo de todo el ciclo de vida.

Por estos motivos, el GATA considera que la AIEPI tiene un enorme potencial para brindar respuesta a los nuevos desafíos, tanto en términos del nuevo perfil epidemiológico, proveyendo guías simples y basadas en la evidencia científica disponible para la prevención, tratamiento y promoción de la salud, y actuando como puerta de entrada para brindar servicios de prevención, tratamiento y promoción de la salud de la niñez y adolescencia, de la mujer y de la familia.

RECOMENDACIONES

1. ***El GATA en el contexto del continuo madre-recién nacido-niño-adolescente:*** Ampliar la tarea de los miembros del GATA, en el contexto del continuo madre - recién nacido – niño, en consonancia con los nuevos desafíos epidemiológicos que enfrentan los países para mejorar la situación de salud de la niñez, el papel esencial que la familia y la comunidad tienen para lograr la supervivencia infantil y el crecimiento y desarrollo saludables, y la necesidad de reforzar la integración de intervenciones y estrategias fortaleciendo el enfoque en el ciclo de vida.

-
-
2. **Sostenibilidad de la AIEPI:** Apoyar a los países para lograr la sostenibilidad de los programas de salud familiar, materna e infantil a través de los cuales se implementa la estrategia AIEPI, comprometiendo la adopción de las medidas administrativas y gubernamentales necesarias para dotarlos de los recursos que permitan la expansión de las acciones y el logro de una cobertura universal y de adecuada calidad, enfatizando la llegada a los grupos más vulnerables; y promover el compromiso de los grupos profesionales, académicos y científicos, a través de sus instituciones gubernamentales, no gubernamentales y privadas para sostener, fortalecer y expandir estos programas y sus acciones.
 3. **Apoyo al enfoque de salud familiar:** Los miembros del GATA reiteran su apoyo a la Resolución CD 44-R12 sobre la familia y la salud, pues consideran que las decisiones más importantes acerca de la calidad de vida y la salud del niño se toman en el seno de la familia. Al respecto insisten en la importancia de que el componente comunitario de la AIEPI sea un instrumento fundamental de apoyo para reforzar la capacidad de la familia para favorecer la crianza de los niños y para promover y proteger la salud de todos sus integrantes.
 4. **La estrategia AIEPI y el logro de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio:** Promover a través de la estructura de la Organización Panamericana de la Salud la institucionalización de la estrategia AIEPI en los Ministerios de Salud y en la Seguridad Social de los países, destacando el papel que esta estrategia puede cumplir para el logro de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio, tanto aquellos específicamente dirigidos al mejoramiento de la salud de la niñez, como los relacionados con la salud materna, el control de las enfermedades emergentes y el mejoramiento de la condición nutricional.
 5. **El papel de la AIEPI en las situaciones de desastre:** Fortalecer la incorporación de la AIEPI como una estrategia clave para la atención durante los desastres naturales y avanzar en el desarrollo y diseño de materiales que complementen sus contenidos actuales para adecuarlos a la respuesta necesaria para prevenir y controlar enfermedades y problemas de salud en la niñez y la familia en estas situaciones, así como en circunstancias de emergencia por nuevas enfermedades y otras amenazas para la salud.
 6. **Contribución de la AIEPI a la prevención de muertes fetales:** Destacar la importancia que la mortalidad fetal tiene en el continente y la necesidad de que en conjunto con el CLAP y otros programas técnicos de la OPS/OMS se incremente el conocimiento sobre la magnitud, distribución y características de la mortalidad fetal en la región y sus países, y reforzar el papel de la AIEPI para la prevención de muertes fetales, fortaleciendo su coordinación con otras intervenciones de salud y educación de la mujer y de salud materna y familiar.
 7. **Módulo introductorio sobre salud familiar y comunitaria para los cursos de capacitación existentes de la AIEPI:** Desarrollar en conjunto con el CLAP y otros programas técnicos de la OPS/OMS materiales de capacitación para personal de salud destinados a brindar una introducción a la salud familiar y comunitaria (módulos introductorios a los cursos de capacitación existentes) que sirva como marco de referencia para la estrategia AIEPI y otras estrategias e intervenciones complementarias de prevención, tratamiento y promoción de la salud, con especial orientación a la formación de médicos generalistas o de familia. Especial importancia debe asignarse al enfoque en el continuo madre - recién nacido, infantil y al enfoque de salud familiar, incorporando su utilización para el personal de salud involucrado en la atención de la mujer y de las embarazadas, así como a la niñez y la adolescencia.
 8. **La educación continua y a distancia de las actividades de la AIEPI:** Avanzar en el diseño y utilización de nuevas tecnologías y estrategias educativas para el personal de salud, destacando especialmente el papel que puede cumplir la educación a distancia para acelerar el acceso universal de la población a la estrategia AIEPI, y para garantizar la educación continua que actualice al personal capacitado en los nuevos avances, resultados y desarrollos de la estrategia.
 9. **Investigaciones sobre la aplicación de la estrategia AIEPI y su impacto:** Reforzar la coordinación con instituciones académicas y científicas, especialmen-

te Facultades de Medicina, Escuelas de Enfermería y de Salud Pública, entre otras, brindándoles materiales dirigidos a incorporar la estrategia en las asignaturas de tocoginecología, obstetricia y pediatría así como fomentar las investigaciones epidemiológicas y operativas en salud infantil y en los resultados de la aplicación de la estrategia AIEPI, que contribuyan a incrementar la evidencia de su impacto, y a mejorar el conocimiento sobre la situación de salud de la niñez y sus determinantes.

10. La AIEPI en las escuelas de Medicina y de Enfermería:

Fortalecer y expandir la utilización de la estrategia AIEPI por parte de las Facultades de Medicina y Escuelas de Enfermería del continente como herramienta para el desempeño de los estudiantes del último año de las carreras de medicina y enfermería, en el ejercicio de su año rural o social, y expandiendo su empleo en todas las unidades de salud que cubren dichas instituciones.

11. Los estudiantes como promotores de las prácticas clave de la AIEPI:

Impulsar las iniciativas destinadas a la participación de grupos de estudiantes en los niveles locales para actuar como promotores de las prácticas clave para la supervivencia, el crecimiento y desarrollo infantil y para incrementar la cobertura de atención de la AIEPI, bajo la supervisión y control de los Ministerios de Salud, los Municipios y otros niveles de atención, en coordinación con las instituciones académicas de formación.

12. Presencia de la estrategia AIEPI en las consultas de control de la salud:

Para evitar las oportunidades perdidas promover, a nivel de los centros locales de atención primaria, la implementación de los contenidos de la estrategia AIEPI en las consultas de control de la salud de los niños y las niñas ('control del niño sano'), de control de la salud de los mayores de cinco años, de atención durante la adolescencia y de control preconcepcional y del embarazo. Además, dentro de esta estrategia, el GATA recomienda que se articule de rutina la consulta conjunta de la madre puerpera con la del control del niño/a sano/a, coordinándose las fechas de las visitas según las necesidades mutuas de control de salud de la madre y su niño/a.

13. Inclusión de la estrategia AIEPI en las prestaciones básicas de los países:

Apoyar a los Ministerios de Salud para que se incorpore la estrategia AIEPI en los programas y servicios de la seguridad social, mutuales médicas y cooperativas de salud, incluyéndola entre las prestaciones básicas que deben brindarse junto a otras intervenciones y estrategias destinadas a la salud de la mujer, la madre y la familia.

14. Requisitos básicos para tratar las emergencias obstétricas y neonatales del parto y las emergencias de las enfermedades prevalentes de la infancia:

Para contribuir a reducir las morbimortalidad materna-neonatal, en coordinación con los programas y grupos que trabajan para mejorar la salud de la mujer y de la embarazada, el GATA sugiere que AIEPI coopere en reforzar las acciones para que se difunda e implemente, en todas las instituciones (públicas y privadas) que atienden partos, la totalidad de los requisitos de "las condiciones obstétricas y neonatales esenciales" sugeridas por la OMS para enfrentar con eficacia una emergencia materna-neonatal durante el parto, enfatizando el acceso de los grupos de población más vulnerables.

15. Revisión de prácticas clave:

Revisar las prácticas clave para la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo saludables durante la infancia y la niñez, adecuándolas a los nuevos enfoques de la estrategia AIEPI y su integración con otras intervenciones y estrategias destinadas al continuo madre – recién nacido – niñez – adolescencia; y explorar nuevos mecanismos de difusión y diseminación hacia el personal de salud y la población en general.

16. Comunicación de la situación de salud y diseminación de las actividades de la AIEPI:

Continuar fortaleciendo las estrategias y actividades de comunicación relacionadas con la situación de salud de la niñez en el continente, el avance en la implementación de la estrategia AIEPI, los resultados obtenidos en el continente, los países y hacia su interior, los desafíos que se enfrentan y las prácticas clave que se recomiendan para fomentar la participación de toda la población en el mejoramiento de la salud de la niñez y la familia.

17. Seguimiento de indicadores: Apoyar a los países para reforzar los mecanismos de seguimiento de los indicadores clave destinados a evaluar el avance hacia los logros de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio referidos a la salud infantil e incorporar indicadores complementarios del proceso y resultados de las acciones, contemplando mediciones de la efectividad, la eficiencia y la satisfacción, y promoviendo la participación intersectorial en los procesos de medición y análisis, con especial atención a la incorporación de la comunidad.

18. Monitoreo y evaluación: Difundir entre los países las experiencias de monitoreo y evaluación para la salud neonatal -como por ejemplo la realizada en Bolivia- promoviendo el uso de la capacidad regional para fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación y garantizar el uso de la información para la orientación de las acciones a favor del logro del acceso a las estrategias por parte de los grupos más vulnerables.

19. Fortalecimiento del financiamiento para implementar

la estrategia AIEPI: Ampliar las alianzas estratégicas con instituciones y grupos en el nivel regional, nacional y local, como mecanismo para fortalecer el financiamiento de los programas que implementan la estrategia AIEPI, teniendo especialmente en consideración aquellas que han participado en las diferentes etapas de implementación de la AIEPI en el pasado; y promover la participación activa de los miembros del GATA en la coordinación con estas instituciones.

20. Elaboración de planes y proyectos de cooperación que contribuyan a fortalecer las acciones dirigidas a expandir la AIEPI: Identificar un conjunto de temas clave para fortalecer y expandir la AIEPI, así como instituciones y organizaciones que puedan considerar los mismos dentro de su agenda, y realizar reuniones de coordinación, con participación de los miembros del GATA, destinadas a elaborar planes y proyectos de cooperación que contribuyan a fortalecer las acciones dirigidas a expandir la AIEPI con vistas al logro de los ODM referidos a la situación de salud de la niñez.

7. Anexos

Propósito y objetivos de la Reunión

ANTECEDENTES

Luego de transcurrido un tercio del período comprometido para el logro de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio referidos a la salud de la infancia, la niñez y la adolescencia, los países enfrentan el desafío de acelerar el ritmo de descenso de la mortalidad y extender los beneficios de las medidas de prevención y tratamiento de enfermedades, y de promoción de hábitos saludables de vida para que estas alcancen a toda la población. Luego de haberse comprobado el incremento en la brecha entre países, la Región de las Américas enfrenta, además, el compromiso de lograr un ritmo de descenso más elevado de las tasas de mortalidad en la infancia en aquellos países, y áreas de su interior, en las cuales se mantienen elevados niveles de mortalidad, cercanos a los registrados más de cincuenta años atrás en los países desarrollados del continente.

La expansión lograda en los últimos años en la aplicación de la estrategia AIEPI (atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia), el fortalecimiento de sus vínculos con otras intervenciones y estrategias destinadas a la promoción y protección de la mujer, las madres, la niñez y la familia, y la progresiva participación de la comunidad, en conjunto con los servicios de salud, en el compromiso por la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo en la infancia, han contribuido a sostener los logros obtenidos durante la década de los noventa, y proyectarlos al siglo XXI. También han reforzado la importancia de considerar las acciones dirigidas a la niñez como una parte del trabajo destinado a mejorar la salud durante todo el ciclo de vida, y a incorporar de manera sistemática a la familia y a la comunidad no solo en la ejecución de las acciones, sino en su diseño, planificación, seguimiento y evaluación.

Estos importantes avances han puesto de manifiesto la necesidad cada vez mayor de integrar los esfuerzos a favor de

la salud de la niñez y la familia en todos los niveles, y de diseñar mecanismos de participación más amplios y efectivos que permitan disponer de los distintos conocimientos y prácticas que determinan la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo infantil saludables.

En esta tarea de expansión y coordinación, el *Grupo Asesor Técnico sobre AIEPI (GATA)* ha tenido un papel esencial, y se ha constituido en un foro permanente para la discusión y el intercambio de ideas, iniciativas y proyectos que, durante los últimos cinco años, han contribuido a un continuo crecimiento de la estrategia AIEPI y a su expansión no solo en términos de la cobertura alcanzada en el continente sino de sus componentes y de las intervenciones asociadas.

Los próximos cinco años constituyen un período clave para consolidar los avances realizados y acelerar la caída de la mortalidad en la niñez en todo el continente, con vistas al logro de una tasa de mortalidad en menores de cinco años que no supere un tercio de la registrada en 1990. Lograr que esto resulte de una mayor caída en los niveles de mortalidad de los países menos desarrollados del continente y que, de esta forma, contribuya a una mayor equidad en la distribución de los beneficios de las acciones de salud, es un desafío aún mayor; como también lo será garantizar, a los que sobreviven, las condiciones que promuevan su crecimiento y su desarrollo saludables a lo largo de todo el ciclo de vida.

En este contexto, el análisis y las discusiones propuestas para esta *Quinta Reunión del Grupo Asesor Técnico sobre la AIEPI (GATA)*; permitirán abordar temas clave que permitirán que las herramientas de que disponemos para mejorar la salud infantil y familiar estén rápidamente accesibles para todos los grupos de población más vulnerables, y para continuar fortaleciendo la expansión de la AIEPI como estrategia esencial para mejorar la salud de la niñez y la adolescencia, en un contexto de salud familiar.

OBJETIVOS DE LA REUNIÓN

1. Actualizar la situación de la estrategia AIEPI en los países de América, y de su expansión de cobertura y contenidos para reforzar su papel en el cuidado y protección de la salud a lo largo del ciclo de vida.
2. Identificar y analizar los aspectos clave que podrán contribuir a acelerar la expansión de la estrategia AIEPI en los países, con énfasis en su llegada a los grupos de población más vulnerables, en la coordinación de los distintos sectores y actores que intervienen en el cuidado y atención de la salud de la niñez, y en la participación activa de la comunidad.
3. Proponer líneas de acción, actividades y planes que contribuyan a fortalecer la implementación de la estrategia AIEPI en los países, y que refuercen el monitoreo y evaluación de los logros, con vistas a identificar lo avanzado en el logro de los ODM.
4. Analizar la contribución de la AIEPI al mejoramiento de la salud familiar y proponer planes y actividades que favorezcan su visualización como estrategia integrada de otras intervenciones y acciones para la protección y cuidado de la salud.

Agenda

PRIMER DÍA: MARTES 16 DE MAYO DE 2006

- 8:00 – 8:15 Traslado al Texas Children’s Hospital
- 8:15 – 9:00 Desayuno y Palabras de Bienvenida: Mr Mark Wallace, President, Chief Excecutive Officer, Texas Children’s Hospital – Administration Board Room.
- 9:00 – 9:15 Traslado a la sala de Conferencias – Sam Fomom Room - CNRC Building
- 9:15 – 9:30 Inauguración y Presentación de los participantes
Dra. Gina Tambini, Jefe, Área de Salud Familiar y Comunitaria, OPS/OMS.
Dr. Yehuda Benguigui, Jefe, Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, Área de Salud Familiar y Comunitaria, OPS/OMS
Dr. Fernando Stein, Texas Children’s Hospital, Houston, TX, USA.
- 9:30 – 10:00 Descripción de la mecánica de la reunión, designación del coordinador y relator de la reunión, y aprobación de la agenda.
- 10:00 – 10:30 Presentación: “La salud familiar y de la comunidad como eje para contribuir a la equidad en salud en el Continente Americano”. *Dra. Gina Tambini, Jefa, Área de Salud Familiar y Comunitaria, OPS/OMS.*
- 10:30 – 11:00 Presentación: “Avances, desafíos y perspectivas en el mejoramiento de las condiciones de salud de la niñez y la adolescencia en el Continente Americano: el rol de la estrategia AIEPI en el contexto del Continuo-Materno-Neonatal-Salud Infantil”. *Dr. Yehuda Benguigui, Jefe, Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, Área de Salud Familiar y Comunitaria, OPS/OMS*
- 11:00 – 11:15 Receso
- 11:15 – 12:00 Trabajo en grupo: “Abogacía por la estrategia AIEPI y su potencial integrador de intervenciones para la protección y cuidado de la salud infantil y de la familia”.
- 12:00 – 12:30 Discusión Plenaria
- 12:30 – 14:00 *Almuerzo*
- 15:00 – 15:30 Elaboración de recomendaciones para abogar por la estrategia AIEPI en el contexto de la salud de la familia y la comunidad.
- 15:15 – 15:45 Receso
- 15:45 – 16:30 Trabajo en grupo: “Inserción de la estrategia AIEPI y su componente Neonatal en la agenda pública: de la supervivencia infantil al crecimiento y desarrollo saludables, de la salud del niño a la salud familiar y comunitaria; el potencial integrador de la estrategia”

16:30 – 17:00	Recomendaciones para reforzar la inserción de la AIEPI en la agenda pública.
17:00 – 17:15	Regreso al Hotel
18:30 – 21:00	Cena ofrecida por el Texas Children’s Hospital - TBD

SEGUNDO DÍA: MIÉRCOLES 17 DE MAYO DE 2006

8:00 – 8:15	Traslado al Texas Children’s Hospital
8:15 – 8:45	Desayuno.
8:45 – 9:00	Auditoria del proceso de la reunión.
9:00 – 9:30	Presentación: La experiencia del TCH en la situación de emergencia en el Katrina. Dr. Fernando Stein. Texas Children’s Hospital, Houston, TX, USA
9:30 – 10:15	Trabajo en grupo: “Análisis de la estrategia AIEPI y su potencial de integración con otras intervenciones para mejorar la salud a lo largo del ciclo de vida: actividades y planes para potenciar la integración y expansión”, el Continnum Materno-Recién Nacido-Salud Infantil.
10:15 – 10:30	Receso.
10:30 – 11:00	Recomendaciones para fortalecer la expansión de AIEPI en el contexto de otras intervenciones y estrategias de prevención, protección y cuidado de la salud familiar y comunitaria.
11:00 – 12:45	“Scaling-up” Extensión de cobertura de AIEPI y sus componentes a nivel de los Servicios y la Comunidad.
12:45 – 13:45	Almuerzo.
13:45 – 14:15	Trabajo en grupo: “Alianzas estratégicas y movilización de recursos en apoyo a la estrategia AIEPI en el Continente Americano: fortalecimiento y expansión en el próximo decenio”.
14:15 – 15:00	Elaboración de las recomendaciones de la reunión.
15:00 – 15:15	Receso.
15:15 – 15:45	Conclusiones y recomendaciones.
15:45 - 16:45	Lectura, discusión y aprobación del documento final.
16:45 – 17:00	Clausura: Dr. Fernando Stein, Baylor College of Medicine, TCH; Dra. Gina Tambini, Jefe del Área de Salud Familiar y Comunitaria, y Dr. Yehuda Benguigui, Jefe de la Unidad Salud del Niño y del Adolescente, Programa Salud Familiar y Comunitaria – Organización Panamericana de la Salud.

Miembros del GATA



Dr. Stephen Berman

Ex Presidente
American Academy of Pediatrics
Children's Hospital
Denver, Estados Unidos

Dr. Alberto Bissot

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

Dr. David E. Bratt

University of West Indies
Eric Williams Medical Sciences Complex
Puerto España, Trinidad & Tobago

Dra. Anamaria Cavalcante e Silva

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

Dr. Deise Granado-Villar MD, MPH, FAAP (*)

Jefe del Departamento de Pediatría
Miami Children's Hospital
Miami, FL., Estados Unidos.

Dra. Elsa Moreno

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

Dr. Antonio Sáez Crespo

Presidente de la Asociación Iberoamericana
de Salud Escolar
Madrid, España

Dr. Fernando Stein

Profesor Asociado de Pediatría
Baylor College of Medicine
Director Médico
Texas Children's International
Houston, TX, Estados Unidos

Dr. Javier Torres Goitia

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

Dr. Manual Katz (*)

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

Dr. Ricardo Schwarcz

Ginecólogo-Obstetra
Ex-director del CLAP
Montevideo-Uruguay

(*) No pudo asistir

Consultores OPS/OMS

Dra. Gina Tambini

Gerente de Área
Salud Familiar y Comunitaria (FCH)
Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud
Washington, D.C., E. U. A.

Dr. Yehuda Benguigui

Jefe de Unidad
Salud del Niño y del Adolescente (CA)
Salud Familiar y Comunitaria (FCH)
Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud
Washington, D.C., E. U. A.

Sr. Christopher J. Drasbek

Asesor Regional
Salud del Niño y del Adolescente (CA)
Salud Familiar y Comunitaria (FCH)
Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud
Washington, D.C., E. U. A.

Dr. Rolando Cerezo

Consultor AIEPI Neonatal
Salud del Niño y del Adolescente (CA)
Salud Familiar y Comunitaria (FCH)
Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud
Washington, D.C., E. U. A.

Dr. Juan Carlos Bossio (*)

Consultor
Salud del Niño y del Adolescente (CA)
Salud Familiar y Comunitaria (FCH)
Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud
Washington, D.C., E. U. A.

Miembros del Texas Children's Hospital

Mark A. Wallace

Presidente
Director Ejecutivo
Texas Children's Hospital

Dr. Ralph D. Feigin

Jefe
Departamento de Pediatría
Baylor College of Medicine
Médico en Jefe
Texas Children's Hospital

Dr. Fernando Stein

Profesor Asociado de Pediatría
Baylor College of Medicine
Director Médico
Texas Children's Hospital

Cheryl Stavins

Vice Presidente ejecutiva (Actualmente retirada)
Texas Children's Hospital

Dr. Gerardo Cabrera-Meza

Profesor Asociado de Pediatría
Baylor College of Medicine
Director Médico
Neonatología Internacional
Texas Children's Hospital

Sr. Edgar Antístenes Vesga

Agregado Internacional
Texas Children's Hospital

Tandy Mellard, RN

Texas Children's Hospital.

Sra. Claudia Flores

Agregado Internacional
Texas Children's Hospital

(*) No pudo asistir



Organización Panamericana de la Salud



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

525 23rd Street, N.W., Washington, D.C. 20037-2895

Tel: (202) 974-3798 • Fax: (202) 974-3724

www.paho.org