

**Artículo especial****Sección Latinoamericana - Región Cono Sur****AIEPI. Experiencia nacional en Talleres para Facilitadores<sup>#</sup>**

Dres. EDUARDO MAZZI\*, MARTHA MEJIA\*\* y DILBERTH CORDERO\*\*\*

**RESUMEN**

En los países en vías de desarrollo, la morbimortalidad infantil en niños menores de 5 años es elevada y las causas más importantes de esta alta mortalidad son: la deshidratación secundaria a la enfermedad diarreica aguda, las infecciones respiratorias agudas (sobre todo neumonía), malaria, sarampión, patología propia del niño menor de dos meses de edad y en la mayoría se asocia la malnutrición.

La Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) nace con la finalidad de disminuir la morbimortalidad infantil en este grupo etario, causada por las enfermedades antes descritas, las cuales pueden ser evitadas o tratadas mediante la aplicación de normas apropiadas de evaluación, clasificación, tratamiento, seguimiento y consejos adecuados a la familia para la atención del niño en el hogar.

El presente trabajo describe los resultados encontrados con la realización de dos Talleres para Facilitadores realizados en La Paz y Santa Cruz. En general, los resultados de ambos cursos fueron satisfactorios y cumplieron los objetivos esperados.

**Palabras clave:** AIEPI, insuficiencia respiratoria aguda (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA), salud infantil.

**SUMMARY**

The morbi-mortality of children under five years of age is very high in underdeveloped countries, and the most important causes for this are: dehydration secondary to acute diarrhoea, acute respiratory infections, malaria, measles and diseases of the infant under two months of age. Malnutrition is a problem in the majority of cases.

The IMCI (Integrated Management of Childhood Illness) tries to decrease the high morbi-mortality seen in these children and caused by illnesses described before, which can be prevented or treated through the application of appropriate guidelines to evaluate, handle, follow up and give correct advice to parents regarding the care of the child.

The study describes the result found in two Workshops for Facilitators held in La Paz and Santa Cruz. In general, the workshops met their objectives and the results were encouraging.

**Key words:** IMCI, acute respiratory failure (ARF), acute diarrheic disease (ADD), childhood health.

Arch.argent.pediatr 1999; 97(4): 249

**INTRODUCCION**

En el mundo cada año mueren alrededor de 12 millones de niños antes de cumplir el quinto año de vida, de los cuales 257.000 corresponden a la región de las Américas.<sup>1</sup> Muchas de estas muertes ocurren el primer año. Siete de cada diez de estos niños mueren por diarrea, infección respiratoria aguda (sobre todo neumonía), sarampión, malaria y desnutrición, y en la mayoría de los casos se debe a una combinación de estas condiciones. Cada día, millones de padres acuden a los centros de salud buscando ayuda y al menos tres de cada cuatro de estos niños sufren de una de las cinco enfermedades enunciadas anteriormente. Proyecciones y estudios hechos por la OMS indican que estas condiciones continuarán siendo las mayores contribuyentes a la muerte de los niños hasta el

año 2020, a no ser que se desarrollen formas y esfuerzos para controlarlas.<sup>2</sup>

Las principales causas de muerte en niños menores de cinco años en los países en vías de desarrollo son las siguientes: IRA (19%), EDA (19%), sarampión (17%), malaria (5%), problemas perinatales (18%) y otras causas (32%). Aproximadamente el 70% de estas muertes están asociadas con una o más de estas cinco condiciones. Además se considera que un 54% de estos niños tienen problemas de desnutrición.<sup>3</sup>

Bolivia tiene una mortalidad infantil de 75 por mil nacidos vivos (1994) y una tasa de mortalidad de menores de cinco años de 116 por mil, lo que significaría que aproximadamente 25.000 a 28.000 niños menores de cinco años fallecen cada año.<sup>4</sup>

La Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) nace con la finalidad de disminuir la morbimortalidad en los menores de cinco años causada por las enfermedades descritas anteriormente, y que pueden ser evitadas o tratadas mediante la aplicación de normas eficaces de evaluación, clasificación, trata-

<sup>#</sup> Publicado en Revista Boliviana de Pediatría, 1997.

\* Sociedad Boliviana de Pediatría. Facultad de Medicina UMSA.

\*\* OPS/OMS. Bolivia.

\*\*\* BASICS, Bolivia.

miento, seguimiento y consejos apropiados a la familia para la atención del niño en el hogar. Además, busca mejorar la calidad de atención del niño en los servicios de salud e introducir aspectos de promoción y prevención de la salud infantil en la rutina de atención de los servicios.<sup>3,5</sup>

Este programa consiste en la implementación de una estrategia, mediante el mejoramiento de los conocimientos y habilidades clínicas del personal de salud, para el manejo adecuado y oportuno de las enfermedades prevalentes en los niños menores de cinco años. La AIEPI debe ser adaptada en cada país según sus necesidades, epidemiología local y característica de su población.

Bolivia es una de los primeros países en Latinoamérica que está adaptando las normas de AIEPI y ha desarrollado talleres de capacitación para facilitadores y para personal de salud operativo. Los objetivos de la estrategia AIEPI son reforzar el concepto de atención integral del niño en los servicios de salud, efectuando una evaluación global del niño y no sólo de la enfermedad, identificando los principales problemas que afectan al paciente y fortaleciendo la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, mediante una planificación adecuada y disponibilidad de insumos de trabajo.

El presente trabajo describe la experiencia obtenida con la realización de dos talleres departamentales de capacitación para facilitadores, que se llevaron a cabo en los Centros de Capacitación Clínica AIEPI de Santa Cruz y La Paz, Bolivia.

Posteriormente se describirán los talleres operativos y sus resultados.

## MATERIAL Y METODOS

Con la finalidad de evaluar la calidad de los cursos, se aplicó un instrumento diseñado por BASICS con apoyo de OPS. La aplicación de este instrumento permitió evaluar el grado de aprovechamiento, las habilidades adquiridas, la organización y la logística del curso.

Se estudiaron y evaluaron los resultados obtenidos en dos Cursos para Facilitadores llevados a cabo en las ciudades de Santa Cruz y La Paz, durante los meses de mayo (12 al 23) y junio (2 al 13) de 1997 respectivamente. Se capacitaron 18 facilitadores en Santa Cruz (11 pediatras, 3 médicos generales, 3 licenciadas en enfermería y un educador en salud). En La Paz asistieron 16 (8 pediatras, 4 médicos generales, un epidemiólogo, una licenciada en enfermería, una nutricionista y un cirujano pediatra). En cada taller los participantes fueron repartidos en dos grupos y cada uno de ellos contó con dos facilitadores, lo que dio una

relación facilitador/participantes de 1/4 en La Paz y de 1/4,5 en Santa Cruz. Además, cada curso tuvo un director responsable.

En Santa Cruz las prácticas se realizaron en tres Centros de Salud: Hospital de Niños "Mario Ortiz", Hospital Japonés y Maternidad Percy Boland. En La Paz se utilizaron cuatro centros: Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga U.", Hospital de la Mujer (Neonatología), Hospital 12 de Abril y Hospital Obrero.

La duración del curso en La Paz fue de 80 horas y en Santa Cruz de 82,5 y la relación teórico-práctica fue de 45/35 horas en La Paz y 52/32 horas en Santa Cruz, resultando así que casi un 35% del tiempo fue dedicado a la práctica en consulta externa y hospitalización.

Los facilitadores estaban entrenados en habilidades de facilitación y en la aplicación de la metodología original; hubo reuniones preparatorias técnico-administrativas antes de cada evento.

Ambos talleres contaron con el material de AIEPI adaptado a Bolivia.

Se evaluó al azar tanto a los participantes como a los facilitadores en conocimientos teóricos y habilidades clínicas, así como en el manejo de los pacientes según la metodología AIEPI.

Los cursos tuvieron una duración de 11 días con un trabajo práctico y teórico que se desarrolló todas las mañanas y tardes, con una carga horaria promedio de 80 horas curso.

Ambos cursos fueron organizados por las DIDES (Dirección Departamental de Salud) y los CCC (Centro de Capacitación Clínica) respectivos y contaron con la asistencia técnica de OPS y BASICS.

## RESULTADOS

En general, el curso fue calificado como muy bueno a excelente por la planificación, organización, metodología impartida, apoyo de los facilitadores, participación y dinamismo del curso, y además por la estricta exigencia en el cumplimiento de los horarios y de las actividades desarrolladas tanto en el curso como en la casa.

Los facilitadores fueron calificados por los participantes en forma positiva de acuerdo a las diferentes tareas desempeñadas (liderazgo y manejo de grupo, disponibilidad, calidad de enseñanza, enseñanza de técnicas de facilitación, calidad técnico científica y grado de empatía), encontrándose un desempeño muy bueno a excelente en el 90,5% de facilitadores en La Paz y 92% en Santa Cruz.

El promedio de pacientes de dos meses a cuatro años de edad vistos por participantes fue de 41

en La Paz y 18,8 en Santa Cruz. El promedio de niños menores de dos meses vistos por participantes en La Paz fue de 17 y en Santa Cruz de 4,2. Si se considera que un parámetro recomendado de calidad es de 20 pacientes por participante, ambos cursos cumplieron este requisito.

Los módulos utilizados en el curso fueron calificados de acuerdo a su utilidad, como muestra la *Tabla 1*.

En cuanto al tiempo que se dedicó a cada actividad, se calificó adecuado, según muestra la *Tabla 2*.

Los síntomas y signos que no se pudieron observar en las prácticas de ambos talleres en niños de dos meses a cuatro años fueron: erupción por sarampión y tumefacción dolorosa detrás de la oreja. Y en niños menores de dos meses no se pudo observar fontanela abombada, muchas pústulas, secreción ocular, diarrea persistente, disentería, moniliasis oral y bajo peso.

El 86% consideró el curso muy útil para ser un facilitador en el futuro, 93% consideró muy útil el curso para la práctica clínica propia y el 86% lo consideró muy útil para organizar nuevos cursos.

Las dificultades encontradas en el curso fueron debidas a falta de cumplimiento en el horario establecido para el inicio de las actividades diarias por alguno de los participantes: falta de disponibilidad de equipo de fotocopiadora, errores conceptuales y de transcripción en los módulos revisados. Igualmente, algunos participantes consideraron las jornadas agotadoras y a veces inadecuada la coordinación entre facilitadores y participantes. En uno de los cursos consideraron el refrigerio insuficiente y poco variado.

Durante las prácticas se observaron fallas en la sistematización, confusión en la forma de obtener signos de peligro y dificultades en la conserjería.

Otro aspecto importante de recalcar es que en algunas ocasiones la práctica fue difícil de conducir, especialmente cuando el servicio de salud en el que se desarrollaban las mismas no cumplía con las Normas Nacionales del Manejo del Niño con EDA o IRA.

## DISCUSION

La mayoría de los niños enfermos se presentan al Centro de Salud con signos y síntomas relacionados con más de una de las condiciones nombradas, por lo que muchos de los signos y síntomas se superponen y el tratar de hacer un diagnóstico aislado puede ser imposible o inapropiado. Además, el manejo de estas enfermedades se torna complicado por la necesidad de combinar tratamientos para varias condiciones. Así: la consulta por tos o respiración rápida puede deberse o asociarse a neumonía, anemia severa o malaria. La letargia o inconciencia puede deberse a malaria cerebral, meningitis, deshidratación severa o neumonía severa. La presentación de una erupción sarampionosa puede asociarse con neumonía, diarrea o infección de oídos. Finalmente, un lactante menor muy enfermo puede asociarse con neumonía, meningitis o sepsis.<sup>2,3,5</sup>

La estrategia de la AIEPI combina el manejo del niño enfermo con aspectos de promoción y prevención, como ser: vacunación, control de crecimiento, valoración del estado nutricional, lactancia materna, etc.

Por todo lo expresado anteriormente surge la necesidad de un enfoque integrado para manejar al niño enfermo y que los programas de salud infantil vayan más allá del tratamiento de una simple entidad, aplicándose programas en forma conjunta para mejorar la salud del niño.

Es importante notar que en los talleres llevados

**TABLA 1**  
**Módulos considerados de utilidad**

Módulos	La Paz	Santa Cruz
Evaluar y clasificar al niño de dos meses a cuatro años	80%	88%
Decidir el tratamiento	80%	82%
Tratar al niño	75%	70%
Aconsejar a la madre	63%	87%
Evaluar, clasificar y tratar al menor de dos meses	93%	77%
Las prácticas ambulatorias	80%	68%
Prácticas hospitalarias	93%	70%
Videos	93%	81%
Fotos	86%	73%

**TABLA 2**  
**Calificación de la adecuación del tiempo según actividades**

	La Paz	Santa Cruz
Ejercicios escritos	86%	70%
Ejercicios con fotos	80%	94%
Ejercicios con videos	86%	94%
Dramatizaciones	80%	58%
Discusiones en grupo	66%	56%
Ejercicios orales	100%	81%
Sesiones ambulatorias	66%	52%
Sesiones hospitalarias	94%	61%
Actividades como facilitador	74%	64%
Duración del curso	90%	80%

a cabo no se pudo observar niños con sarampión, lo que indicaría una disminución notable de la enfermedad, corroborada por las altas coberturas de inmunización contra el sarampión en nuestro país. En 1996 se informaron sólo 7 casos confirmados.<sup>6</sup> El Boletín mensual de la OPS,<sup>7</sup> que informa hasta el 28 de junio de 1997, indica que Bolivia es el único país de la región de las Américas que cumple con el requerimiento de más de 80% para los 5 indicadores de seguimiento de la vigilancia epidemiológica del sarampión. Pese a que esta enfermedad en la actualidad no representa una entidad de alta frecuencia, AIEPI la mantiene en los algoritmos con la finalidad de contribuir al Plan Nacional de Eliminación del Sarampión.

Los resultados encontrados muestran ciertas diferencias en ambos cursos. En cuanto a los módulos considerados de mucha utilidad, vemos que evaluar, clasificar y tratar el menor de dos meses, videos y las prácticas hospitalarias, Santa Cruz los encontró de menor utilidad en relación a La Paz; al mismo tiempo, el módulo aconsejar a la madre fue considerado de mayor utilidad en Santa Cruz y no así en La Paz.

Durante el desarrollo del taller se realizaron reuniones diarias con los facilitadores para intercambiar ideas, escuchar sugerencias y planificar el trabajo del día siguiente. También vale la pena mencionar que se encontraron las siguientes observaciones: mejorar la supervisión de los facilitadores a los participantes, evitar fallas en el material provisto, contar con una o dos secretarías, mejorar los ambientes de estudio y trabajo y que los hospitales participantes colaboren con las prácticas ambulatorias.

En cuanto a la adecuación del tiempo dedicado a cada actividad y a la duración del curso (11 días), la mayoría de los participantes de ambos cursos consideró adecuada la duración.

En general podemos decir que ambos cursos resultaron efectivos y se cumplieron la mayoría de las metas propuestas; los resultados descritos demuestran que las diferentes actividades programadas se llevaron a cabo en forma correcta. El entrenamiento de facilitadores servirá para contar con una masa crítica suficiente para seguir multiplican-

do los cursos y, sobre todo, entrenar al personal de salud de primer nivel. Ya se han llevado a cabo tres cursos operativos donde han participado varios de los facilitadores entrenados en dichos cursos y que será razón de un informe posterior.

Se espera que la aplicación de la estrategia de la AIEPI juegue un rol importante en la disminución de los elevados niveles de mortalidad en menores de 5 años. Por ello, el país es uno de los primeros que adopta la estrategia AIEPI y viene trabajando en forma conjunta con la Secretaría Nacional de Salud, OPS/OMS, BASICS, UNICEF, Sociedades de Pediatría, las universidades estatales y las DIDES, para la aplicación adecuada de la estrategia. Este trabajo mancomunado se viene realizando desde 1996, difundiendo y adaptando las Normas para su ejecución a nivel nacional.

La implementación de la estrategia AIEPI en Bolivia viene consolidándose de manera gradual desde 1996, a partir del Seminario Regional IRA/EDA realizado en Santa Cruz en febrero de 1996, donde los representantes de 18 países se comprometieron a apoyar la iniciativa AIEPI. En Bolivia, luego de la adaptación de los materiales AIEPI se realizó el primer curso nacional (diciembre 1996) donde se validaron los materiales. En relación al avance del proceso de implementación de la AIEPI, Bolivia marcha a la vanguardia a nivel internacional.

## BIBLIOGRAFIA

1. Programa Regional AIEPI. OPS/OMS, 1997.
2. IMCI Information. WHO. Geneva, Switzerland. June 1997.
3. OPS. Atención de las enfermedades prevalentes en el contexto de la salud integral del niño. Propuesta regional- Documento de referencia HCP/HCT/ARI/ 18.15. Washington DC, enero 1996: 96-118.
4. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA). Bolivia, 1994.
5. Benguigui Y. Atención a las enfermedades prevalentes en el contexto de la salud integral del niño. Rev Soc Bol Ped 1996; 35: 48-52.
6. Reunión Nacional de Evaluación del PAI. Boletín Informativo: Comité interinstitucional de apoyo a la eliminación del sarampión. Año 2, N° 2. La Paz, abril 1997.
7. Weekly Bulletin. OPS/OMS. Week ending 28th June 1997.