

Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia: su implementación programada

Dr. María A. Flores*

La estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia –AIEPI–, fue diseñada en conjunto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), como una intervención de atención primaria de la salud para reducir la mortalidad por los principales problemas y enfermedades que afectan a los niños menores de 5 años, disminuir la gravedad de la morbilidad y mejorar la calidad de la atención.

¿Por qué una estrategia y no un programa? Durante años las dos organizaciones desarrollaron y difundieron programas para el control y prevención de los principales problemas de salud infantil así como para la promoción de hábitos y conductas saludables. Esto brindó una enorme experiencia y tuvo un importante impacto, pero también permitió ver las ventajas que tendría una propuesta integrada sobre la población infantil. La estrategia AIEPI combina las principales actividades de estos programas en un accionar integrado focalizado en el niño y su familia con el propósito de maximizar recursos y no dejar oportunidades perdidas. Es una iniciativa eficaz y de bajo costo para mejorar la calidad de la salud infantil en los establecimientos de atención sanitaria así como en la comunidad. Se basa en intervenciones sencillas de salud pública, medidas preventivas en las casas y en la comunidad, el diagnóstico temprano, el tratamiento eficaz y el fortalecimiento de los sistemas de salud para reducir el riesgo de las enfermedades de la infancia y aumentar el acceso a los profesio-

nales de la salud.¹

En los establecimientos de salud, la estrategia de AIEPI promueve la identificación de las enfermedades infantiles en los ámbitos de atención ambulatoria, asegura el tratamiento combinado apropiado de las enfermedades graves más frecuentes, fortalece la orientación de los padres y la prestación de servicios preventivos y acelera la derivación de los niños gravemente enfermos. En el ámbito familiar y domiciliario, la estrategia promueve los comportamientos y prácticas apropiados para la búsqueda de atención, mejoras en la nutrición, atención preventiva y la ejecución correcta de los cuidados y tratamientos prescriptos.^{2,3}

*Ver artículo
relacionado
en la
página 22*

La implementación de la AIEPI tiene tres componentes: mejorar las aptitudes de los trabajadores de salud, elevar su capacidad para brindar

una atención de calidad y desarrollar las prácticas relacionadas con la salud infantil de las familias y de la comunidad. La integración y el funcionamiento coordinado de estos componentes permite alcanzar los objetivos mencionados y, de igual forma, la falta o la asimetría en el desarrollo de alguno de ellos pone en peligro el éxito a alcanzar.⁴

Las evaluaciones realizadas, luego de la aplicación sistemática en diversos países, mostraron una importante mejoría en la calidad de la atención del personal capacitado en la estrategia, particularmente en cuanto a la reducción del uso innecesario de antibióticos y el empleo de antibióticos de primera línea, contribuyendo al uso racional de medicamentos y a contener la resistencia bacteriana. También se observó una dismi-

* Consultora AIEPI-
OPS/OMS.
maflores@ucmisaud.gov.ar

nución del uso de medicamentos para la tos, innecesarios y potencialmente nocivos para el tratamiento de las enfermedades respiratorias en la niñez. Adicionalmente, se comprobó que el uso de AIEPI es eficaz para mejorar el conocimiento de la práctica de los padres y de la familia, en pro de la prevención y promoción de la salud.^{5,6}

Desde su concepción, la AIEPI planteó una propuesta genérica que cada país adaptaría a sus necesidades y requerimientos.⁵ Esta adaptación se basa en un diagnóstico epidemiológico de las enfermedades prevalentes y los principales problemas de salud pública, para así diseñar una combinación única de las intervenciones factibles y sustentables dependientes de las condiciones de salud imperantes. En esta línea se encuadra el trabajo del Dr. Genaro R. Gerbaudo, realizado en el año 2000 antes de la incorporación de la estrategia a los lineamientos programáticos de la provincia de San Luis. La revisión y el análisis cuidadoso de los principales problemas de salud infantil, el peso de la mortalidad por causas reducibles por diagnóstico y tratamiento oportuno sobre esta tasa y el porcentaje de internaciones por las enfermedades prevalentes en los hospitales provinciales son el motivo del informe que presenta y que sirvió de base para las decisiones locales sobre la incorporación de la AIEPI.

Es interesante la reflexión que realiza el autor sobre el bajo poder resolutivo del primer nivel de atención cuando se refiere a las referencias e internaciones debidas a

casos de diarrea y de patología respiratoria baja así como el impacto que esto tiene sobre la familia y el incremento de los costos al sistema de salud.⁷ ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Enfermedades Transmisibles. Niños saludables, meta 2002: para salvar 100 mil vidas. Washington, DC: OPS/OMS, 21 de noviembre de 2002. <<http://www.paho.org/Spanish/DPI/100/100feature46.htm>> [Consulta: 23 de noviembre de 2002].
2. OPS. División de Promoción y Protección de la Salud. Mejorando la salud de los niños. AIEPI 1999 Serie HCT/AIEPI 38.e/01-2000-5M.
3. Tulloch J. Integrated approach to child health in developing countries. *Lancet* 1999; 354 (suppl II): 16-20.
4. Chedala C, Horner MR. Midterm evaluation of the Latin America and the Caribbean Integrated Management of Childhood illness initiative. LTG Associates Inc and TvT Associates, Inc. United States Agency for International Development. Washington, DC: Monitoring, Evaluation and Design Support (MEDS) Project, Mayo de 2001. <<http://www.medsproject.com/form/imci.pdf>> [Consulta: 25 de noviembre de 2002].
5. The World Bank Group. Public Health. Child Health at a glance. [en línea] World Bank. Washington, DC:OMS, 2001. Actualización: Marzo de 2002 <<http://wbi0018.worldbank.org/HDNet/HDdocs.nsf/c840b59b6982d2498525670c004def60/45f1ac457b0990b985256a42005d5ef1?OpenDocument>> [Consulta: 25 de noviembre de 2002].
6. Lambrechts T, Bryce J, Orinda V, Integrated management of childhood illness: a summary of first experiences. *Bull WHO* 1999; 77(7): 582-94.
7. Nolan T, Angos P, Cunha A, Muhe L, Qazi S, Simoes E, Tamburlini G, Weber M, Pierce N. Quality of hospital care for seriously ill children in less-developed countries. *Lancet* 2001; 357:106-10.