

Artículos Especiales

Expandiendo la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia a nivel nacional: logros y retos en el Perú *

Luis Huicho ¹, Miguel Dávila ², Miguel Campos ³, Christopher Drasbek ⁴, Jennifer Bryce ⁵, César G Victora ⁶

Resumen

Este artículo presenta el primer reporte publicado de un esfuerzo nacional de implementación de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (Aiepi) en gran escala. Es el primer reporte publicado de un esfuerzo nacional de implementación de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (Aiepi) en gran escala. Aiepi fue introducido en el Perú a finales de 1996; la fase de implementación inicial empezó en 1997 y la de expansión en 1998. Comunicamos aquí los resultados de una evaluación retrospectiva diseñada para describir y analizar el proceso de captación de Aiepi a nivel nacional en el Perú, evaluación conducida como parte de los cinco estudios de la evaluación multipaís de la efectividad, costo e impacto de Aiepi (EMP), coordinada por la Organización Mundial de la Salud. Supervisores capacitados visitaron las 34 direcciones de salud (Disas) del Perú, entrevistaron al personal de las Disas y revisaron los registros existentes. Los resultados muestran que Aiepi no fue institucionalizado en el Perú; fue implementado paralelamente a los programas existentes de control de infecciones respiratorias agudas y diarrea, compartiendo con ellos presupuesto y personal. El número de personal de salud capacitado en Aiepi aumentó hasta 1999 y luego disminuyó en el 2000 y el 2001, con una cobertura para médicos y enfermeras estimada en 10,3%. La implementación del componente comunitario de Aiepi empezó el año 2000 con la capacitación de agentes comunitarios de salud, pero no se efectivizaron las sinergias esperadas entre las intervenciones en los establecimientos de salud y las intervenciones comunitarias, pues las Disas en los que la capacitación clínica fue más intensa no fueron las mismas en las que la capacitación en Aiepi comunitario fueron las más fuertes. Se presenta las limitaciones encontradas para la expansión nacional de Aiepi y las implicancias políticas de los hallazgos. Hubo pocos documentos de monitoreo para documentar la implementación de Aiepi, lo que limitó la posibilidad de realizar evaluaciones retrospectivas para contribuir en la mejoría de los programas. Incluso indicadores básicos recomendados para el monitoreo nacional no pudieron ser calculados a nivel nacional ni distrital (Disas). Los hallazgos documentan las debilidades en la política y en los aspectos de soporte programático para Aiepi, debilidades que podrían quebrar cualquier intervención brindada a través del sistema de prestaciones de los establecimientos de salud. El Ministerio de Salud está trabajando en el esfuerzo de vencer estas limitaciones; otros países empeñados en el mismo esfuerzo para lograr cobertura alta y equitativa con las intervenciones de supervivencia infantiles pueden sacar valiosas lecciones de esta experiencia.

* Versión traducida de: Luis Huicho, Miguel Dávila, Miguel Campos, Christopher Drasbek, Jennifer Bryce y César G. Victora. *Scaling up integrated management of childhood illness to the national level: achievements and challenges in Peru. Health Policy and Planning. 2005;20(1):14-24.*

¹ Instituto de Salud del Niño y Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

² Organización Panamericana de la Salud. Lima, Perú.

³ Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

⁴ Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, USA.

⁵ Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente. Ginebra, Suiza.

⁶ Universidad Federal de Pelotas. Brasil.

Palabras clave: Salud infantil; atención integral de la salud; Perú, salud infantil.

Scaling up integrated management of childhood illness to national level: achievements and challenges in Peru

Abstract

This paper presents the first published report of a national-level effort to implement the integrated management of childhood illness (IMCI) strategy at scale. IMCI was introduced in Peru in late 1996, the early implementation phase started in 1997, with the expansion phase starting in 1998. Here we report on a retrospective evaluation designed to describe and analyze the process of taking IMCI to

scale in Peru, conducted as one of five studies within the multi-country evaluation of IMCI effectiveness, cost and impact (MCE) coordinated by the World Health Organization. Trained surveyors visited each of Peru's 34 districts, interviewed district health staff and reviewed district records. Findings show that IMCI was not institutionalized in Peru; it was implemented parallel to existing programmes to address acute respiratory infections and diarrhoea, sharing budget lines and management staff. The number of health workers trained in IMCI case management increased until 1999 and then decreased in 2000 and 2001, with overall coverage levels among doctors and nurses calculated to be 10,3%. Efforts to implement the community component of IMCI began with the training of community health workers in 2000, but expected synergies between health facility and community interventions were not done because districts where clinical training was most intense were not those where community IMCI training was strongest. We summarize the constraints to scaling up IMCI, and examine both the methodological and policy implications of the findings. Few monitoring data were available to document IMCI implementation in Peru, limiting the potential of retrospective evaluations to contribute to programme improvement. Even basic indicators recommended for national monitoring could not be calculated at either district or national levels. The findings document weaknesses in the policy and programme supports for IMCI that would cripple any intervention delivered through the health service delivery system. The Ministry of Health in Peru is now working to address these weaknesses; other countries working to achieve high and equitable coverage with essential child survival interventions can learn from their experience.

Keywords: Child health; comprehensive health care; Peru, child health.

INTRODUCCIÓN

La estrategia atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (Aiepi) fue lanzada en 1996 por la Organización Mundial de la Salud y Unicef para reducir la mortalidad de los menores de cinco años ⁽¹⁾, particularmente por neumonía, diarrea, sarampión, malaria y desnutrición. Aiepi tiene tres componentes principales:

(a) Mejorar el rendimiento del personal de salud a través de capacitación de trabajadores del primer nivel de atención y una visita de seguimiento dentro del mes luego de la capacitación, para reforzar la aplicación de las nuevas habilidades en el centro de trabajo del personal capacitado;

(b) Mejorar el soporte del sistema de salud para Aiepi a través de esfuerzos para asegurar la disponibilidad de medicamentos y vacunas, fortalecer las actividades de supervisión, aumentar el acceso y mejorar la calidad de atención en los establecimientos de salud de referencia y construir el soporte administrativo necesario para Aiepi al nivel nacional y distrital (Disa); y

(c) Mejorar las prácticas familiares y comunitarias relacionadas a la salud y desarrollo del niño. Las áreas específicas identificadas incluyen inmunización, lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, ingesta de micronutrientes, higiene personal y doméstica, uso de mosquiteros tratados con insecticidas para la prevención de malaria, alimentación continuada e ingesta de mayor cantidad de líquidos durante la enfermedad, manejo correcto en casa de enfermedades infecciosas, búsqueda apropiada de atención de salud, cumplimiento con las recomendaciones del personal de salud sobre transferencia a otros establecimientos y seguimiento, promoción del desarrollo mental y social y uso de servicios de atención prenatal ⁽²⁾.

Las guías genéricas para la implementación de Aiepi a nivel nacional distinguen tres fases. La introducción de Aiepi implica la adaptación de las guías genéricas globales a las condiciones nacionales. La fase de implementación inicial incluye la evaluación en campo de Aiepi en uno o dos distritos piloto en cada país. En la fase de expansión, la experiencia ganada en las fases previas es usada para diseminar Aiepi ampliamente a nivel nacional ⁽³⁾.

La evaluación multipaís (EMP) empezó en 1998, como un esfuerzo colaborativo diseñado para evaluar si la estrategia Aiepi tiene un impacto significativo sobre la salud y la mortalidad de los niños y para evaluar si es costo-efectiva ⁽⁴⁾. Estudios de EMP están en curso en Bangladesh, Brasil, Tanzania y Uganda, así como en el Perú. Cada estudio utiliza un diseño diferente en

base a la fase de implementación de Aiepi en el sitio de estudio, así como en base a la disponibilidad de fuentes de datos y oportunidades de diseño. Sin embargo, cuantifica un conjunto estándar de indicadores con métodos ampliamente comparables. El del Perú es el único estudio dentro de la EMP basado enteramente en un diseño retrospectivo, haciendo uso extenso de fuentes de datos rutinarios de nivel distrital. El grupo técnico consultivo externo de la EMP apoyó la inclusión del Perú, en un esfuerzo para demostrar que era factible realizar evaluaciones costo-efectivas con potencial para producir datos útiles para los encargados de diseñar políticas de salud y de tomar decisiones de políticas de salud.

Otra razón para incluir al Perú en la EMP fue que había sido uno de los primeros países en las Américas en introducir Aiepi, en 1996, y había lanzado oficialmente la fase de expansión de la implementación en 1998. Actualmente, Aiepi ha sido implementado en el Perú en la mayor parte del territorio nacional. La selección de países a ser incluidos en la EMP se basó en un proceso consultivo que involucró la identificación por parte de las oficinas regionales de la OMS de aquellos países con la más alta probabilidad de lograr una fuerte implementación de AIEPI dentro del período de cinco años que suponía la evaluación (4). Una visita *in situ* llevada a cabo con el personal regional de la OMS confirmó que el Perú era el país de la Región América con mayor probabilidad de lograr este objetivo.

En este artículo describimos los niveles y las tendencias en la implementación de Aiepi en los 34 distritos de salud (Disas) del Perú. Luego, analizamos los hallazgos para identificar las limitaciones encontradas en el esfuerzo de expandir Aiepi a nivel nacional, en base al marco conceptual desarrollado por Hanson y colaboradores (5). En nuestras conclusiones enfatizamos lecciones metodológicas aprendidas y nos centramos en las implicancias de la experiencia peruana de expansión nacional

de Aiepi para otros países que están buscando lograr coberturas altas y equitativas con intervenciones de salud infantil esenciales.

Salud del niño y la introducción de Aiepi en el Perú

La Tabla 1 presenta indicadores demográficos y socioeconómicos seleccionados para el Perú, así como los estimados más recientes disponibles de acceso a la atención de salud, fuentes de la atención de salud y estadísticas de servicios de salud (6,7,8,9,10). Más de la mitad de las muertes infantiles registradas ocurre en el período neonatal (los primeros 7 días de vida) (6). Otras causas comunes de muerte entre los niños menores de cinco años incluyen infecciones respiratorias (18,8%) y diarrea (5,6%). Uno de cada cuatro niños tiene desnutrición crónica, con talla baja para la edad, y 0,9% de menores de cinco años fueron calificados como desnutridos agudos, con peso bajo para la edad (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2001).

El Perú atraviesa un período de cambios políticos rápidos y esto se refleja en el sector salud. Se han sucedido nueve ministros de salud desde que Aiepi empezó a implementarse en 1996. Tal como se muestra en la Tabla 1, el Ministerio de Salud (Minsa) informó en el 2001 que 75% de la población peruana tenía acceso a la atención de salud e identificó a los principales cuatro proveedores: 1) el Minsa, que brindaba atención de salud aproximadamente a 40% de la población, principalmente a los pobres de las zonas urbanas y a aquellos de las zonas rurales con acceso a un establecimiento de salud; 2) el sistema de seguridad social (EsSalud), con una cobertura de 20% de la población, principalmente aquellos con un puesto de trabajo regular y sus familias, que contribuyen mensualmente al sistema; 3) la sanidad de las fuerzas armadas y policiales, que brinda cobertura al 3% de la población; y, 4) el sector privado, al alcance del 12% que puede pagarlo (9).

Tabla 1. Características seleccionadas demográficas, socioeconómicas y de sistemas de salud del Perú.

Características	Estimado
Demográficas	
Población total	25 millones ^a
Menores de cinco años	2,9 millones ^a
Tasa cruda de nacimientos	22 por 1000 ^a
Tasa de mortalidad infantil	33 por 1000 ^a
% población rural	36%
Socioeconómicas	
Producto nacional bruto per cápita (2002)	US\$2050 ^b
Gasto gubernamental per cápita en salud (2000)	US\$26 ^c
Gasto total en salud per cápita (2000)	US\$102 ^c
Sistema de salud	
% de la población con acceso a atención de salud (2001)	75% ^d
<i>Proveedor de atención:</i>	
Ministerio de Salud (Minsa)	40% ^d
Seguridad social	20% ^d
Sanidad Fuerzas Armadas y Policiales	3% ^d
Privado	12% ^d
<i>Recursos humanos (2001):</i>	
Número de personal de salud empleado por el Minsa	66000 ^e
% doctores	13 ^e
Número de trabajadores de salud empleados por la Seguridad social	34 000 ^e
% doctores	19 ^e
<i>Establecimientos de salud (2000):</i>	
Hospitales de referencia	503 ^f
Centros de salud periféricos	1777 ^f
Puestos de salud periféricos	5226 ^f
<i>Número de distritos de salud (Disas):</i>	
Mediana de población de las Disas (rango)	628 000 ^e (84 000 - 3 186 000)

^a Encuesta Demográfica y de Salud familiar (Endes) 2000 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales 2001).

^b Banco Mundial (sin fecha).

^c OPS (2002a).

^d Solari de la Puente (2002).

^e Oficina de Estadística e Informática (2001).

^f Ministerio de Salud/OPS/OMS (2003).

^a Los n° s se refieren ya sea a niños o a establecimientos de salud, según el indicador que se está estudiando.

^b Los valores de p se refieren a comparaciones pareadas de Pasco versus Cusco y Ucayalí versus Madre de Dios. *Fuente:* Encuesta de establecimientos de salud, Perú, 1999 (Ministerio de Salud 2000).

El Perú está dividido en 34 distritos de salud denominados Direcciones de Salud o Disas. La atención de salud que está a cargo del gobierno es brindada a través de tres tipos de establecimientos de salud: hospitales

referenciales, centros de salud periféricos y puestos de salud periféricos. Todos los hospitales en el Perú están ubicados en áreas urbanas y la mayor parte de centros y puestos de salud se localizan en áreas socioeconómicamente pobres, tanto en zonas rurales como en zonas urbanas.

Tanto instituciones internacionales como bilaterales colaboraron con el Minsa en la introducción de Aiepi, en 1996. Las guías genéricas de manejo de casos fueron adaptadas para reflejar el contexto epidemiológico y cultural del Perú; el material de capacitación fue adaptado, traducido e impreso y se llevaron a cabo cursos iniciales para el personal del nivel central de Minsa y para los facilitadores de los cursos de capacitación.

El grupo de planificación de Aiepi tomó dos decisiones durante la fase introductoria, las mismas que tuvieron importantes implicancias en la experiencia posterior de extensión nacional de las actividades de capacitación de Aiepi. Primero, el Minsa definió como el grupo blanco inicial para la capacitación de manejo de casos según Aiepi a los médicos y enfermeras que estaban involucrados en la atención de menores de cinco años. Esta decisión estuvo fuertemente influenciada por los resultados de una encuesta de establecimientos de salud realizada en 1995 en 9 de las 25 regiones políticas del país. La encuesta fue realizada para evaluar la calidad de atención que se estaba brindando a los niños con infecciones respiratorias agudas (IRA). Los resultados indicaron que 75% de niños menores de 5 años que acudían para solicitar atención habían sido atendidos por médicos y el restante 25% por enfermeras y auxiliares de enfermería.

La segunda decisión importante tomada durante la fase introductoria de Aiepi fue el acortamiento de los cursos de capacitación de los 11 días originales a 7 días, con las consiguientes reducciones en la cantidad de práctica clínica supervisada que podía ser

realizada dentro del programa de los cursos. Las dos razones más importantes para este cambio fueron que el personal de salud tendría que ausentarse de sus centros de trabajo por períodos más cortos y que se necesitaría menos recursos humanos y financieros para realizar las capacitaciones. Una razón adicional fue que los médicos y enfermeras seleccionadas para ser capacitadas tenían por lo menos 4 años de educación superior y muchos habían participado en cursos de capacitación previos relacionados a manejo de casos de IRA o diarrea, que incluían alguna superposición con las habilidades que se enseñaba en los cursos de capacitación de Aiepi.

El Perú avanzó rápidamente en la fase inicial de introducción de Aiepi, identificando seis Disas pilotos y trabajando con el personal de las mismas para capacitar una alta proporción de médicos y enfermeras. El Minsa declaró su compromiso de implementar Aiepi en las 34 Disas del país en 1997, incluso antes de los resultados de una encuesta de establecimientos de salud

realizada en 1999. Dicha encuesta demostró que la calidad de atención recibida por los niños en los establecimientos de salud periféricos de dos Disas en los que Aiepi había sido introducido era mejor en muchos aspectos que el recibido en los establecimientos de dos Disas en los que Aiepi aún no había sido introducido (11). Esta encuesta mostró también que en aproximadamente 50% de establecimientos de salud muestreados en las Disas piloto para Aiepi, al menos 60% de trabajadores de salud había sido capacitado al momento de la encuesta. Los principales resultados de la encuesta se muestra en la Tabla 2.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue llevado a cabo en las 34 Disas del Perú. Los investigadores utilizaron los indicadores estándar de la EMP y desarrollaron adicionalmente un grupo de indicadores sobre implementación distrital, los cuales fueron luego revisados y adoptados por todo el grupo de la EMP. La

Tabla 2. Rendimiento de los trabajadores de salud en Disas Aiepi y no Aiepi.

	Pasco (Aiepi)		Cusco (No Aiepi)			Ucayali (Aiepi)		Madre de Dios (no Aiepi)		
	%	n ^a	%	n ^a	p ^b	%	n ^a	%	n ^a	p ^b
Niños evaluados por tres signos generales de alarma	35	141	5	78	0,00	40	153	4	56	0,00
Niños evaluados por presencia de tos, diarrea y fiebre	82	141	68	78	0,03	90	153	70	56	0,00
Peso del niño verificado contra una gráfica de crecimiento	66	141	40	78	0,00	65	153	34	56	0,00
Estado de vacunación verificado	52	141	41	78	0,10	59	153	34	56	0,00
Se prescribe correctamente medicamento(s) a niño que requiere antibiótico oral y/o antimalárico	14	22	53	15	0,01	10	62	5	20	0,05
Niño que no requiere antibiótico deja el establecimiento sin antibiótico	92	128	79	63	0,02	78	130	86	51	0,19
Niño que requiere vacunas deja el establecimiento con todas las vacunas requeridas	6	18	8	12	0,77	5	20	0	3	0,31
Madre de niño al que se prescribe sales de rehidratación oral y/o antibiótico oral y/o antimalárico puede describir cómo dar el tratamiento	73	26	68	28	0,67	74	53	41	17	0,02
Establecimiento de salud recibió en los 6 meses previos al menos una visita de supervisión con observación de manejo de casos	43	30	45	20	0,91	53	30	30	10	0,17
Establecimiento de salud tiene todos los equipos e insumos esenciales para proveer Aiepi	83	30	70	20	0,28	70	30	90	10	0,11
Establecimiento de salud tiene equipo e insumos para proveer vacunaciones completas	80	30	75	20	0,68	90	30	40	10	0,00

recolección de datos incluyó tanto la revisión como abstracción de los registros del Minsa, así como la recolección de nuevos datos a través del uso de un cuestionario estándar.

El cuestionario incluyó seis tópicos: 1) planificación y presupuestación distrital; 2) capacitación y supervisión Aiepi; 3) soporte del sistema de salud a Aiepi; 4) actividades Aiepi relacionadas con la mejora de las prácticas en el hogar y en la comunidad; 5) actividades y programas de salud del niño presentes en la Disa (incluyendo proyectos de ONGs) diferentes de las relacionadas a Aiepi; y, 6) información general sobre los establecimientos de salud de las Disas.

El investigador principal (L. Huicho) y otros investigadores capacitados en Aiepi visitaron cada una de las 34 Disas entre marzo y setiembre de 2001. Las visitas fueron coordinadas anticipadamente con el personal de las Disas y cada una duró entre 3 a 4 días. Se solicitó al personal de las Disas que revisara y completara en lo posible el cuestionario antes de la visita de los investigadores. Durante la visita, los investigadores entrevistaron al personal de cada Disa responsable de las actividades relacionadas con la salud del niño (típicamente los responsables del Programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y del Programa de Control de Enfermedades Diarreicas (CED), utilizando como hoja de trabajo el cuestionario parcialmente completado. Se recolectó información adicional de los coordinadores de otras unidades, incluyendo el Programa Ampliado de Inmunización, el Programa de Crecimiento y Desarrollo, el Programa para la Prevención de Deficiencias de Minerales y Micronutrientes y las Oficinas de Participación Comunitaria, Estadística y Epidemiología, Economía, Personal, Planificación y Presupuesto y la Oficina de Capacitación. En lo posible, los entrevistadores verificaron las respuestas a través de inspección visual de los registros escritos.

La información obtenida durante las visitas fue ingresada en una base de datos y se realizó un análisis preliminar utilizando SPPSS versión 10,0. Se utilizó distribución de frecuencias y otras estadísticas resumen para verificar la información. Se identificó datos faltantes, incompletos o inconsistentes para verificación adicional.

Las actividades de control de calidad incluyeron contactos adicionales a nivel de las Disas para verificar datos faltantes o cuestionables. En lo posible los datos obtenidos en las Disas fueron contrastados con los registros escritos del Minsa central, de la Oficina Regional de la OMS (OPS) y de Unicef. Adicionalmente, se contactó con representantes de las organizaciones no gubernamentales (ONGs) y se consultó las páginas web para obtener información sobre actividades de salud del niño diferentes de Aiepi. Uno de los autores (M. Dávila) tiene una larga experiencia en la implementación de Aiepi a nivel nacional en el Perú. Él se encargó de identificar posibles problemas o inconsistencias en los datos obtenidos, los que fueron resueltos luego a través de verificación adicional a nivel de las Disas y a nivel central.

RESULTADOS

Implementación de Aiepi a nivel de Disas

La primera sección del cuestionario investigó si Aiepi había sido incorporado en las actividades de planificación, gerencia y presupuestación de la Disa. Hasta agosto de 2002, Aiepi no se había reconocido como un programa separado en ninguna de las 34 Disas y no habían sido nombrados coordinadores de Aiepi a nivel de las Disas. El Minsa asignó las responsabilidades de las actividades Aiepi en los establecimientos de salud al personal del Programa IRA y la responsabilidad de la capacitación de los agentes comunitarios de salud (ACS) al personal de Programa CED. Puesto que Aiepi no fue definido como un programa

separado, no fue incluido en el formato de los planes operativos de las Disas y no tenía una línea presupuestaria específica.

Si bien los planes operativos a nivel de las Disas eran actualizados anualmente, las actividades Aiepi no eran específicamente incluidas en dichos planes. No se obtenía datos de monitoreo sobre la implementación de Aiepi a nivel de las Disas y, por tanto, no estaban disponibles como información para los efectos de planificación.

Durante las visitas a las Disas, tratamos de obtener información sobre cuánto se estaba gastando en Aiepi y otras actividades de salud del niño. Muy pocos gerentes de dicho nivel pudieron brindar información confiable sobre las asignaciones presupuestarias, de modo que fue imposible obtener cantidades exactas. Sin embargo, era claro que solamente una pequeña proporción del presupuesto total de las Disas estaba dirigida a presupuestar actividades específicas de salud del niño.

Capacitación del personal de salud

Intentamos recolectar datos sobre diferentes variables relacionadas a coberturas de capacitación en Aiepi. Había información anual disponible sobre el número de trabajadores de salud capacitados en manejo de casos según Aiepi, pero el denominador, vale decir el número total de trabajadores en una Disa estaba disponible solamente para 1996 y 1999, años en los que se llevó a cabo censos de establecimientos de salud. Para estimar la cobertura de capacitación en el tiempo, se obtuvo datos adicionales sobre el número de trabajadores que dejaron la Disa y cuántos trabajadores de salud llegaron a la Disa. Había información sobre las reasignaciones de personal de una Disa a otras, pero no la relacionada con el movimiento del personal de una Disa externa a la que se estaba estudiando. Por lo tanto, los cálculos de coberturas de capacitación implican varias suposiciones.

La Figura 1 muestra el número anual de trabajadores de salud capacitados en manejo de casos según Aiepi, entre 1996 y el 2001, según lo reportado a nivel nacional y de las Disas. La tasa de capacitación alcanzó su máximo en 1999 y declinó posteriormente. El análisis por tipo de personal de salud capacitado indica que la decisión de capacitar primero a los médicos y enfermeras fue implementada; 48% los capacitados en Aiepi durante este período fueron médicos y 41% enfermeras. Los principales socios involucrados en la capacitación del personal clínico en el Perú son el Minsa, EsSalud, OPS, Unicef, ONGs y universidades.

En ausencia de datos a nivel nacional o de las Disas, se utilizó la base de datos de la OPS para estimar la cobertura acumulada de capacitación por Disa para el período 1996-2001 (Tabla 3). Estas cantidades no tienen en cuenta la movilización del personal y la tasa de subregistro se estima en 30% (M. Dávila, estimados no publicados). El denominador fue el número de trabajadores de salud involucrados en salud del niño de acuerdo al censo de establecimientos de salud de 1999. Un análisis de los censos de 1996 y 1999 demostró solamente una pequeña variación de un año al otro, sugiriendo ser razonable extrapolar estos resultados al 2001.

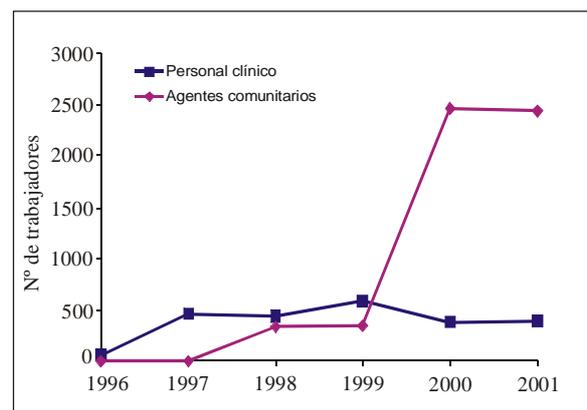


Figura 1. Número de trabajadores de salud clínicos y agentes comunitarios de salud capacitados en Aiepi cada año, período 1996-2001 (Fuente: OPS).

Tabla 3. Personal de salud capacitado en Aiepi por Disa, 1996-2001.

Disa	N° de personal capacitado							N° de médicos y enfermeras capacitados 1996-2001	Número total (1999)		Cobertura acumulada de capacitación (%) ^a	
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Total		Todos	Médicos y enfermeras	Todos	Médicos y enfermeras
Amazonas	0	0	0	0	18	1	19	19	526	92	3,6	20,7
Ancash	1	0	0	47	41	4	93	91	2347	645	4	14,1
Andahuaylas	0	20	35	34	0	0	89	88	456	115	19,5	76,5
Apurímac	0	0	0	0	0	19	19	16	374	86	5,1	18,6
Arequipa	3	60	28	28	17	6	142	142	3059	1342	4,6	10,6
Ayacucho	0	20	29	31	32	2	114	114	1605	470	7,1	24,3
Bagua	0	0	0	0	0	0	0	0	326	66	0	0,0
Cajamarca	0	0	0	20	39	3	62	62	1028	390	6	15,9
Callao	2	29	44	4	20	1	100	99	2417	985	4,1	10,1
Chota	0	0	0	0	0	0	0	0	221	123	0	0,0
Cusco	2	0	0	0	0	6	8	8	492	723	1,6	1,1
Cutervo	0	0	0	0	0	0	0	0	2136	55	0	0,0
Huancavelica	0	0	9	36	18	4	67	67	895	207	7,5	32,4
Huánuco	2	45	14	9	16	2	88	88	1375	452	6,4	19,5
Ica	0	26	20	35	0	15	96	96	1909	741	5	13,0
Jaén	1	0	0	0	0	1	2	2	373	115	0,5	1,7
Junín	2	64	19	22	0	9	116	116	2529	987	4,6	11,8
La Libertad	0	0	0	35	0	3	38	38	2841	998	1,3	3,8
Lambayeque	4	87	61	47	0	5	204	203	1035	296	19,7	68,6
Lima Centro	15	1	6	4	21	99	146	64	10 398	3994	1,4	1,6
Lima Este	5	0	2	0	15	80	102	43	2765	1027	3,7	4,2
Lima Norte	2	1	0	22	19	8	52	46	5577	1943	0,9	2,4
Lima Sur	6	0	0	0	1	64	71	43	3214	1037	2,2	4,1
Loreto	1	0	30	33	12	4	80	80	1537	332	5,2	24,1
Madre de Dios	0	0	0	0	0	2	2	2	325	80	0,6	2,5
Moquegua	0	0	14	0	18	4	36	36	572	184	6,3	19,6
Paseo	3	44	23	20	60	2	152	92	727	181	20,9	50,8
Piura	0	0	14	39	0	3	56	56	1714	360	3,3	15,6
Puno	2	21	23	0	0	2	48	48	2605	813	1,8	5,9
San Martín	0	0	2	50	0	31	83	78	1398	222	5,9	35,1
Sullana	0	0	26	23	0	1	50	50	752	246	6,6	20,3
Tacna	0	20	14	0	0	1	35	35	957	381	3,7	9,2
Tumbes	0	0	0	0	30	2	32	32	374	91	8,6	35,2
Ucayali	2	19	29	52	0	2	104	104	891	222	11,7	46,8
Total	53	457	442	591	377	386	2306	2058	59750	20001	3,9	10,3

Fuentes: Cuestionario EMP y Censo Minsa 1999, Perú.

^a Asume que todos los capacitados permanecieron en sus Disas de origen.

Este denominador fue estimado incluyendo médicos, enfermeras, técnicos y otros profesionales de la salud que podían estar involucrados en actividades de salud del niño y excluyendo todos aquellos encargados de actividades administrativas. De hecho, este denominador muy probablemente está sobreestimado, pues

muchos de estos trabajadores de salud pueden no estar involucrados en realidad en el manejo de niños enfermos. Esta proporción varía de Disa a Disa y es muy difícil de cuantificar exactamente.

El nivel más alto de cobertura de capacitación fue cercano al 20%, encontrado en Andahuaylas, Lambayeque y Pasco. En

las primeras dos Disas, la capacitación fue intensa, entre 1997 y 1999, cuando se alcanzó dicha cobertura cercana al 20%, y casi no hubo capacitación posteriormente. En Pasco, hubo 2 años con actividades de capacitación fuertes: 1997 y 2000. La mayoría de las otras Disas reportó coberturas por debajo de 10% y en 3 no había ocurrido capacitación alguna. A nivel nacional, 2306 de un total de 59750 trabajadores del Minsa involucrados en la atención de salud del niño fueron capacitados para el 2001, una cobertura de capacitación de 3,9%. Para corregir el subregistro en la base de datos de la OPS, estas cifras deben ser incrementadas en un 30%. Esta cobertura asume que todos los capacitados eran empleados del Minsa, lo que es fundamental, pero no completamente cierto, pues también fueron capacitados algunos profesores universitarios y personal de la seguridad social (EsSalud), particularmente en el 2001.

Cuando solamente se considera médicos y enfermeras en el numerador y el denominador, las tres coberturas de capacitación más altas oscilan entre 51% y 77%, en las mismas Disas mencionadas anteriormente: Andahuaylas, Lambayeque y Pasco (Tabla 3). La cobertura nacional para médicos y enfermeras fue 10%. Nuevamente, debe enfatizarse que el numerador utilizado tuvo un subregistro de aproximadamente 30% y que cierta proporción de médicos y enfermeras en el denominador no tiene participación en el manejo. Ambos factores podrían contribuir a mayores niveles de cobertura de capacitación.

Uno de los indicadores claves de cobertura de Aiepi es la proporción de establecimientos de salud en los cuales 60% o más de los trabajadores de salud involucrados en la atención del niño han sido capacitados en Aiepi. A nivel de las Disas no se disponía de registros escritos que pudieran ser utilizados para calcular este indicador. En base a los informes verbales, cuatro Disas comunicaron que 10% o más de sus establecimientos de salud tenía una cobertura de 60%; 20 de las

34 Disas informaron que ningún establecimiento de salud había tenido alguna vez 60% o más trabajadores capacitados en Aiepi. Utilizando las 34 Disas como unidad de análisis, no hubo correlación entre este estimado y la cobertura de médicos y enfermeras mostrado en la última columna de la Tabla 3 ($r = 0,06$).

La rotación de personal fue un problema comúnmente reportado. Las entrevistas en las Disas revelaron que 44% de todos los trabajadores clínicos capacitados había dejado su puesto desde su capacitación. Como se mencionó anteriormente, no se pudo obtener información sobre la llegada de trabajadores capacitados de otras Disas a aquellas que se estaba visitando.

Actividades de supervisión

Nuestro estudio también investigó las actividades de supervisión. Las guías de Aiepi recomiendan que un supervisor capacitado en Aiepi debería visitar a los trabajadores capacitados por lo menos una vez cada 6 meses y que esta visita debería incluir la observación de manejo de casos. El Minsa asignó esta tarea a diferentes programas verticales de salud del niño, como el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) o al Programa IRA, los que incluían actividades de supervisión, que, sin embargo, no eran específicas de Aiepi. Puesto que muchos miembros del personal de las Disas llevan a cabo actividades de supervisión así como otras actividades, no fue posible estimar el número de supervisores por Disa. El 2001, las 30 Disas que brindaron información reportaron un total del 1154 visitas de supervisión de diferentes tipos, dando una media de 0,19 visitas por establecimiento de salud de primer nivel.

Las guías de Aiepi recomiendan hacer una visita de seguimiento a todos los trabajadores capacitados dentro del plazo de 4 a 6 semanas de haber completado su capacitación. Treinta Disas reportaron un total de 879 visitas de ese tipo, indicando que 43,5% de todos los

trabajadores capacitados había recibido una visita de seguimiento.

Soporte del establecimiento de salud a Aiepi

El cuestionario para las Disas incluyó diferentes variables detalladas sobre disponibilidad de medicamentos, vacunas y equipos esenciales (jeringas, bolsas de sales de rehidratación oral, tarjetas para las madres, balanzas, cronómetros, etc.) necesarios para la implementación de Aiepi. A nivel nacional, se mantiene registros regulares sobre la distribución de tales insumos, pero dichos registros no especifican si los materiales eran para niños o para adultos. Más aún, hay diferentes fuentes de donde provienen los mismos, además del Minsa, incluyendo la seguridad social, las ONGS, las fuerzas armadas y policiales y el sector privado, sectores todos con sus propios registros. Por lo tanto, no fue posible obtener información detallada ni a nivel nacional ni a nivel de Disas.

Como alternativa, se solicitó al personal de las Disas calificar con una puntuación de 0 (no disponible) a 10 (plenamente disponible) la disponibilidad anual de cada tipo de insumo -medicamentos, vacunas y equipo- requerido para la implementación de Aiepi. La Figura 2 muestra los puntajes promedio para las 34 Disas. La disponibilidad de medicamentos y vacunas fue señalada como mejor que la de equipos. No se evidenció tendencias temporales claras, excepto una discreta menor disponibilidad de vacunas desde 1998 y una posible declinación en la disponibilidad de medicamentos y equipos entre el 2000 y el 2001. A pesar de su subjetividad, estos datos parecen ser apropiados para investigar tendencias temporales, aunque pueden ocurrir sesgos geográficos, pues están basados en diferentes informantes claves en cada Disa.

Actividades de Aiepi comunitario

Las actividades de Aiepi comunitario se realizan a través de asociaciones entre el

Minsa, con el soporte de la OPS y ONGs u organizaciones internacionales. Actualmente, éstas incluyen Cáritas -activa en las 34 Disas-, Care -activa en 16 Disas, Prisma en 13, Unicef en 7, Plan Internacional -activa en 5 Disas- y muchas otras ⁽¹²⁾.

Las actividades de Aiepi comunitario dieron énfasis a la capacitación de los agentes comunitarios de salud en mensajes básicos de Aiepi, en base a un módulo desarrollado por la OPS. La capacitación de los agentes comunitarios toma 5 días, incluyendo dos sesiones prácticas en un establecimiento de salud y dos en la comunidad. La Figura 1 muestra que un gran número de agentes comunitarios han sido capacitados en años recientes.

Las comunidades locales nominan a los agentes comunitarios de salud. Algunos de ellos pueden ser empleados del gobierno con experiencia previa, pero la mayoría son líderes de la comunidad o miembros de los clubes de madres o de organizaciones religiosas, que se ofrecieron como voluntarios para asistir a dichos cursos. Por tanto, no fue posible calcular la cobertura de capacitación, pues no había denominador disponible. Tomando como base la población, hay 19,3 agentes comunitarios capacitados por 10 000 niños menores de cinco años, o aproximadamente uno por 500 niños a nivel nacional.

Las Disas estuvieron involucradas en la mayoría de los cursos de capacitación, pero no fueron necesariamente la parte que llevó el liderazgo. Si bien ninguna de las 34 Disas tenía planes operativos para Aiepi comunitario como tal, programas verticales como PAI, Crecimiento y Desarrollo y otros llevaron a cabo varias actividades educativas compatibles con Aiepi I. Los principales socios en la capacitación de los agentes comunitarios en Aiepi comunitario en las 34 Disas incluyeron a la OPS y más recientemente a EsSalud. Las universidades (activas en 8 Disas), Unicef (en 5 Disas), ONGs (en 5 Disas) y la Cruz Roja Peruana

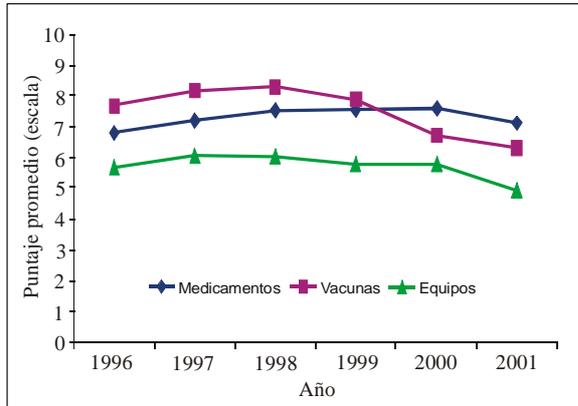


Figura 2. Puntaje promedio de disponibilidad para medicamentos, vacunas y equipos. El puntaje fue de cero (no disponibilidad) a 10 (disponibilidad plena), en base al juicio del personal de las DISAs.

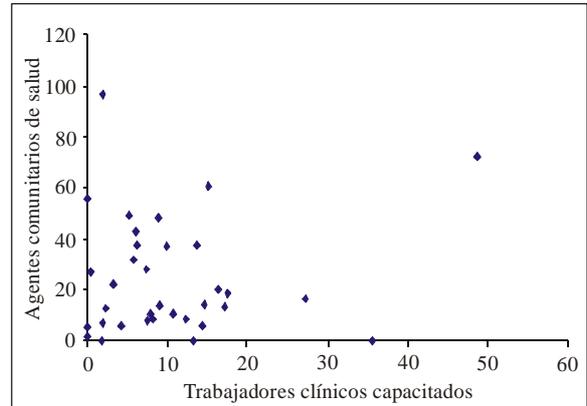


Figura 3. Correlación entre las razones de trabajadores clínicos y agentes comunitarios de salud (ACS) capacitados por 10 000 niños. Cada punto representa una Disa.

(activas en 3 Disas) también estuvieron presentes.

La implementación de Aiepi comunitario no estuvo bien coordinada con la capacitación en Aiepi clínico. La Figura 3 muestra un diagrama de puntos que ilustra el número de trabajadores clínicos y agentes comunitarios capacitados, ambos expresados como número de capacitados por 10 000 niños menores de cinco años. Cada punto en la Figura es una Disa.

Es evidente que hay poca correlación entre ambos tipos de capacitación (coeficiente de correlación de Pearson = 0,10).

Utilización y cobertura de los servicios de salud del niño

En el año 2000, las 34 Disas comunicaron 13,75 millones de atenciones de menores de cinco años. Las atenciones pueden ser curativas o preventivas, incluyendo vacunaciones y monitoreo del crecimiento. La población de menores de cinco años el 2000 fue de 2,9 millones, dando un promedio de 4,7 atenciones anuales por niño.

Los niveles de cobertura de vacunación reportados por las Disas fueron muy altos. Las coberturas globales para el país

estuvieron por encima del 90% para las cuatro vacunas principales: polio, sarampión, DPT y BCG. La Encuesta Demográfica y de Salud 2000 (7) incluyó una pregunta para las madres de niños de 18 a 29 meses, en la que se solicitaba mostrar el carné de vacunaciones; los niveles de cobertura estuvieron entre 76,4% para las tres dosis de vacuna antipolio y 96,2% para la BCG (7). Estos son probablemente subestimados, pues si no se mostraba un carné se consideraba al niño como no vacunado.

DISCUSIÓN

Hasta donde conocemos, éste es el primer estudio sistemático de la implementación de Aiepi a niveles nacional y subnacional. Las lecciones aprendidas en el Perú serán importantes para los países que están extendiendo Aiepi y otros programas de salud similares. El Perú tiene varias características que hacen relevante a la estrategia Aiepi. Enfermedades prevenibles por Aiepi, tales como la neumonía y la diarrea, causan muchas muertes de menores de cinco años; y, problemas nutricionales, como la desnutrición crónica y las deficiencias de micronutrientes, son altamente prevalentes. Si bien

hay problemas con la accesibilidad a los establecimientos de salud en algunas regiones, el país tiene una amplia red de establecimientos y en la mayor parte de departamentos la utilización de los establecimientos de salud por los niños es alta.

Aspectos metodológicos

Hubo limitaciones importantes y de algún modo inesperadas en los datos disponibles sobre la implementación de Aiepi en el Perú. Para varios indicadores, incluyendo aquellos recomendados a nivel global para el monitoreo de Aiepi, no hubo registros escritos a nivel de las Disas. El personal de las Disas, en general, no estuvo en capacidad de reportar o brindar registros escritos que documentaran el número de trabajadores de salud, denominador requerido para la mayoría de indicadores de cobertura. Los coordinadores de salud del niño tuvieron que verificar sus anotaciones personales o recurrir a la memoria para responder a las preguntas sobre quiénes habían sido capacitados, y quiénes habían sido transferidos hacia la Disa en cuestión de otras Disas. La calidad de los datos fue afectada todavía más por el hecho que algunos trabajadores con responsabilidad gerencial habían estado en el cargo por un tiempo muy corto (ya que la rotación del personal también afectó al sector gerencial) y tenían dificultad en brindar información sobre los logros pasados. De hecho, se comprobó que la información sobre muchas variables de las Disas estaban más rápidamente disponibles y eran aparentemente más confiables a nivel nacional, donde se mantenía regularmente registros más completos.

La poca disponibilidad de datos sobre la implementación de los programas de salud del niño no puede ser atribuida enteramente a los programas nacionales o a los del nivel de las Disas. De hecho, se pudo constatar que había mucha mayor información, y de mejor calidad, para otros programas de salud del niño, como PAI. Un factor contribuyente puede ser que las guías genéricas para la implementación de Aiepi

contienen pocas recomendaciones concretas sobre cómo debe monitorearse la implementación, incluyendo la cobertura de capacitación o la calidad, o cómo puede usarse la información resultante para mejorar el rendimiento del programa.

Una lección importante aprendida a través de este estudio es que incluso en lugares con una reputación de tener sistemas de información de gerencia de salud fuertes, debe desarrollarse y probarse en el campo un plan de evaluación coherente antes de la implementación del programa, para asegurar que exista un adecuado sistema de información sobre el monitoreo. Los planes de implementación deben incluir no solamente una lista de indicadores a los que debe hacerse seguimiento, sino también descripciones detalladas de las fuentes de datos y planes para la tabulación, así como planes para el análisis, interpretación y utilización de la información.

Limitaciones para la expansión

Como parte del trabajo realizado para la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (CMS), Anne Mills, Kara Hanson y sus colegas desarrollaron un marco conceptual en el que se define varios tipos de limitaciones para la expansión de los programas de salud^(5,12). Este marco constituye un instrumento útil para el análisis de la experiencia peruana con Aiepi. En base a la revisión de 101 artículos sobre el tema, los autores argumentan que la carencia de fondos no es la única limitación para lograr la expansión de un programa, sino que hay otras limitaciones a diferentes niveles: a nivel de la comunidad y el hogar; en la prestación de los servicios de salud; a nivel de las políticas públicas y de salud; y a nivel del entorno global, incluyendo la gobernabilidad y el escenario político global, así como el entorno físico.

Nuestros resultados muestran claramente que si bien Aiepi fue introducido en las 34 Disas del Perú, no fue expandido a niveles

significativos de cobertura de la población y, por lo tanto, no puede esperarse que lleve a cambios en indicadores claves relacionados con la salud y la mortalidad del niño. La Tabla 4 resume las principales limitaciones para la expansión de Aiepi encontradas en el Perú, utilizando el marco descrito anteriormente. Si bien el presente estudio estuvo centrado en el nivel de Disas, los hallazgos ilustran también algunas limitaciones a otros niveles.

A nivel de la comunidad y el hogar, un indicador clave en los análisis de la CMS fue el alfabetismo de la mujer. La tasa global en el Perú es 16%, pero va de 6% a 44% en los diferentes departamentos del país ⁽¹³⁾. Por lo tanto, en algunas Disas es muy probable que los bajos niveles de educación constituyan una limitación fundamental para lograr impacto en la intervenciones de supervivencia del niño, y es preocupante la baja cobertura actual de Aiepi comunitario. Las áreas geográficas para implementar el componente comunitario de Aiepi fueron seleccionadas sobre la base de la disponibilidad de socios para el financiamiento y no necesariamente en base a la necesidad de focalizar en las áreas más pobres. A menos que se logre altas coberturas de capacitación, tanto para Aiepi clínico como para Aiepi comunitario en la mayor parte de áreas deprivadas, no se logrará la sinergia entre ambos componentes.

En los análisis de la CMS, el Perú fue clasificado entre los países de ingresos medios-bajos con sistemas de salud relativamente débiles, en base a la cobertura de vacunaciones, la razón de personal de salud/población y la accesibilidad física a los establecimientos de salud. La Endes 2000 estimó que 72% de niños de las zonas urbanas y 60% de las zonas rurales entre 18 y 29 meses de edad habían recibido todas las vacunas recomendadas, de acuerdo a los carnés de vacunación mostrados o al reporte de la madre ⁽⁷⁾. Igualmente, la razón de trabajadores de salud/población es relativamente baja en comparación con países de nivel de riqueza similar ⁽⁵⁾ y hasta un

cuarto de la población tiene acceso limitado a algún establecimiento de salud (Tabla 1).

A nivel de la prestación de los servicios de salud, los hallazgos revelan dos limitaciones principales -supervisión y rotación de personal- aspectos en los que se necesita particularmente realizar acciones adicionales para lograr la implementación adecuada de Aiepi. Estos hallazgos no fueron exclusivos del Perú; también fueron reportados para los otros países incluidos en la evaluación de Aiepi ⁽¹⁴⁾. Las actividades de supervisión fueron claramente insuficientes; el promedio reportado de 0,19 visitas por establecimiento por año está muy por debajo de las dos visitas anuales recomendadas por las guías de Aiepi ⁽¹⁵⁾. Al parecer hay dos razones principales para ello: había pocos facilitadores disponibles a nivel de las Disas para realizar las actividades de supervisión y éstas no eran rutinariamente planificadas ni presupuestadas. La Tabla 4 muestra un listado adicional de las limitaciones halladas a este nivel.

A nivel de políticas del sector salud y a nivel de la gerencia estratégica, hubo varias limitaciones, que reflejan las deficiencias en la implementación de Aiepi a nivel nacional y de las Disas, las mismas que se muestra en la Tabla 4.

Los políticas públicas intersectoriales también limitaron la expansión de Aiepi en el Perú. La rotación del personal es un tema general que involucra varios sectores además del sector salud. Más de 40% de trabajadores capacitados en Aiepi había sido reubicado dentro de los dos años luego de su capacitación. Para que Aiepi tenga un impacto sostenible en la salud del niño, necesita ser continuamente proveído a la misma población blanco. La capacitación preservicio en Aiepi, incorporada en la currícula de las facultades de medicina y enfermería, junto con una supervisión continua en los establecimientos, puede brindar una solución efectiva a largo plazo para este problema de la rotación del

Tabla 4. Principales limitaciones para la expansión de Aiepi en el Perú.

Marco conceptual	Limitación
Nivel comunitario y hogares	Bajo alfabetismo de la mujer en las Disas más pobres.
Nivel de prestación de servicios de salud	Barreras culturales para una búsqueda apropiada de atención de salud.
Nivel de políticas de salud y gerencia estratégica	No capacitación preservicio. Capacitación en servicio acortada por debajo de la duración óptima. Falta de seguimiento luego de la capacitación. Falta de supervisión rutinaria específica para Aiepi. Marcado énfasis en los médicos para la atención primaria. Falta de institucionalización e Aiepi a nivel del Minsa ni de las Disas. Falta de especificación de Aiepi en las políticas del Minsa. Lecciones de la fase piloto no aplicadas en fases posteriores. Ausencia de asignaciones presupuestarias específicas para Aiepi. Falta de priorización aparente para la salud del niño en los presupuestos de las Disas. Continuación de otras estrategias de manejo paralelas (IRA, CED). Pobre manejo de información de salud a nivel de las Disas.
Políticas públicas intersectoriales	Alta rotación de personal en el sector público.
Gobernabilidad	Crisis políticas repetidas a nivel gubernamental general. Cambios frecuentes de Ministros de Salud. Falta de un fuerte compromiso político para la institucionalización de Aiepi.
Entorno físico	Pobre acceso a los establecimientos de salud en las zonas de sierra y selva.

personal. Actualmente, varias facultades de medicina y enfermería han incluido ya Aiepi en su currícula.

Con relación a la dimensión de gobernabilidad del marco conceptual de la CMS, el Perú fue clasificado entre otros países de ingresos medios-bajos como un país con una gobernabilidad relativamente fuerte en el período 1991-98. Esta evaluación se basó en el proceso para seleccionar, monitorear y reemplazar los gobiernos, la capacidad de formular e implementar políticas sólidas y el respeto de los ciudadanos por las instituciones. Esta situación habría empeorado en años recientes con los movimientos políticos que han afectado al país. Como se mencionó, se han sucedido nueve ministros de salud desde que se inició la implementación de Aiepi en 1996, afectando así seriamente la capacidad de formular y sostener políticas, como se evidenció con la declinación en la capacitación de Aiepi. El respeto por las instituciones también ha cambiado, muy probablemente, debido a la revelación de actos de corrupción gubernamental.

En la presente evaluación, una pobre gobernabilidad y la carencia de un fuerte compromiso político se evidenciaron por el hecho de que Aiepi fue lanzado como una estrategia de salud del niño sin una clara estructura organizativa a nivel nacional y a nivel de las Disas. Consecuentemente, no se planificó ni se implementó sistemáticamente la presupuestación, la capacitación, la supervisión, el soporte de los establecimientos de salud y otros aspectos claves de Aiepi. Al mismo tiempo, los programas verticales de salud del niño mantuvieron sus objetivos específicos para estas actividades. Esta situación creó superposición de programas y competencia por recursos. En muchos casos, la capacitación, la supervisión y la provisión de medicamentos y equipos fue realizada por más de un programa, resultando en un menor presupuesto para Aiepi. En resumen, varios aspectos de las políticas del sector salud y de la gerencia estratégica representaron limitaciones importantes para una implementación exitosa de Aiepi.

Finalmente, el entorno físico puede plantear limitaciones adicionales ^(5,12). La geografía del Perú, que incluye tanto áreas montañosas en la sierra como áreas de selva tropical, resulta en un pobre acceso a la prestación de los servicios de salud en varias regiones del país. Por ejemplo, menos de 50% de niños de 18 a 29 meses de edad había recibido todas las vacunas recomendadas en dos departamentos de la sierra (Ayacucho y Huancavelica) y en un departamento de la selva (Huánuco) ⁽⁷⁾. Las barreras culturales contra la utilización de la medicina occidental también están presentes en algunas de las regiones más pobres y menos accesibles del país ⁽¹⁶⁾.

Implicancias para los programas de salud del niño en el Perú y en otros países

El presente estudio es el primero publicado sobre la evaluación nacional de la implementación de Aiepi. Nuestros resultados, sin embargo, están básicamente de acuerdo con los hallazgos de otras iniciativas ^(5,12). Por ejemplo, una evaluación reciente de la Alianza Global para Vacunas e Inmunización (*Global Alliance for Vaccines and Immunization*, GAVI) identificó problemas importantes en la supervisión, en los sistemas de información y en la sostenibilidad ⁽¹⁷⁾.

Este estudio informa sobre el período 1996 al 2001. Recientemente, varios socios han estado apoyando la implementación de Aiepi I en el Perú. Se espera que estas asociaciones contribuyan sustancialmente a incrementar en el futuro la capacitación en Aiepi I clínico y comunitario y el soporte de los sistemas de salud. Muchos socios ella están presentes a nivel de las Disas, incluyendo el Proyecto de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional/OPS, el Proyecto de Apoyo a la Reforma en Salud financiado por el banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, y el Proyecto Regional de Aiepi Comunitario de la Cruz Roja Americana y la OPS.

Otro actor nuevo en la implementación de Aiepi en el Perú es la Seguridad Social (EsSalud), responsable de 20% de la prestación de los servicios de salud. Su presencia en las actividades de Aiepi clínico se ha incrementado durante los 2 últimos años, particularmente en el 2002. Sin embargo, los beneficiarios de EsSalud están constituidos en su mayoría por la clase media urbana, cuyos niños tienen bajos niveles de mortalidad y desnutrición y por lo tanto es improbable que la expansión en este sector tenga un impacto sustancial en los indicadores nacionales de salud del niño.

Nuestros hallazgos tienen clara relevancia política para la expansión de Aiepi en el Perú y en otros países. Las principales lecciones aprendidas incluyen la necesidad de institucionalizar Aiepi a nivel nacional y regional, con una planificación y presupuestación adecuadas, sostener las actividades de capacitación luego del impulso inicial, planificar e implementar las actividades de supervisión, y coordinar la capacitación en los componentes clínico y comunitario de modo que ocurran en las mismas áreas geográficas. Un tema importante y complejo, que va más allá de la programación de Aiepi, es el de la rotación del personal; a menos que este problema sea enfrentado, no será posible asegurar la sostenibilidad de la mayor parte de programas. Otra lección importante aprendida es la necesidad de realizar los proyectos de evaluación y las actividades de implementación como acciones complementarias y estrechamente interdependientes. Esto asegurará un mayor compromiso de las autoridades nacionales y regionales durante las actividades de evaluación y durante las actividades correctivas que se tome luego de la evaluación. Los hallazgos iniciales de la EMP en varios países sugiere que los problemas identificados en el Perú no son únicos ^(14,18). Debe estimularse evaluaciones adicionales de nivel nacional sobre la implementación de Aiepi.

Anotaciones finales

Información adicional sobre las guías y la implementación de Aiepi está disponible en [<http://www.who.int/child-adolescent-health>].

Detalles completos sobre la EMP están disponibles en [<http://www.who.int/imci-mce>].

Las definiciones y los instrumentos para recolección de datos están disponibles en [<http://www.who.int/imci-mce>].

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es parte de la Evaluación Multipaís de la efectividad, Costo e Impacto de Aiepi I (EMP), coordinado por el Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente de la Organización Mundial de la Salud y financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates y la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de Norte América. Los Drs. Carlos Urbano y Carmen Quiñones participaron activamente en la aplicación de los cuestionarios a nivel de las Disas. El Dr. Roberto Ruiz coordinó las visitas a las Disas y los aspectos administrativos en el Instituto Especializado de Salud del Niño. Los coordinadores de salud del niño a nivel de las Disas fueron de mucha ayuda antes, durante y después de las visitas a las Disas en la provisión de la información requerida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. undated. Integrated Management of Childhood Illness. At: [<http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>]. Accessed 21 April 2004. Geneva: World Health Organization.
2. WHO/UNICEF. Improving family and community practices: a component of the IMCI strategy. Document No. WHO/CAH/98.2. Geneva: World Health Organization; 1998.
3. WHO. Planning national implementation of IMCI. Document No. WHO/CHS/CAH/98.1C REV.1. Department of Child and Adolescent Health and Development. Geneva: World Health Organization; 1999.
4. Bryce J, Victora C, Habicht JP, Black RE, Vaughan P. The Multi-Country Evaluation of the Integrated Management of Childhood Illnesses Strategy. *American Journal of Public Health*. 2004;3:406-15.
5. Hanson K, Ranson MK, Oliveira-Cruz V, Mills A. Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding the constraints to scaling-up. *Journal of International Development*. 2003;15:1-14.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Encuesta

- Demográfica y de Salud Familiar: ENDES 2000. Lima, Perú: INEI; 2001.
7. Office of Statistics and Computing. Ministry of Health, Peru. 2001.
8. PAHO. Proyecciones de financiamiento de la atención en salud 2002–2006. Lima: Organización Panamericana de la Salud; 2002.
9. Solari de la Puente L. Estrategias institucionales y propuestas sectoriales para el período 2002–2012. Lecture presented by the Minister of Health at the First National Public Health Convention: Perú Siglo XXI. Organized by the Health Committee of the Peruvian Congress, Lima, Peru. 2002.
10. World Bank. undated. Data by country. At: [<http://www.worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html>] Accessed 21 April 2004. Washington, DC: World Bank.
11. Ministry of Health. Evaluación de Servicios de Salud. Segunda Prueba Mundial, Perú, 13-24 octubre 1999. Ministerio de Salud, Dirección General de las Personas, Comisión Coordinadora AIEPI – MINSA Perú, Programa de Salud Básica Para Todos, Proyecto 2000, OPS/OMS. 2000.
12. Oliveira-Cruz V, Hanson K, Mills A. Approaches to overcoming constraints to effective health service delivery: a review of the evidence. *Journal of International Development*. 2003;15:41–65.
13. Ministry of Health/PAHO/WHO. Situación de Salud en el Perú 2002. Indicadores Básicos. Lima: Ministerio de Salud del Perú, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 2003.
14. Bryce J, el Arifeen S, Pariyo Gm et al. Reducing child mortality: can public health deliver? *The Lancet*. 2003;362:159–64.
15. WHO-AFRO/CDC. Technical guidelines for integrated disease surveillance and response in the African region. Harare, Zimbabwe and Atlanta, GA: World Health Organization Regional Office for Africa and Centers for Disease Control and Prevention. 2001. Disponible en: [http://www.cdc.gov/epo/dih/Eng_IDSR_Manual_01.pdf].
16. Miranda JJ, Nunez H, Alca A. Traditional healers, still part of the community health systems in the Andes. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2002;56:733.
17. Brugha R, Starling M, Walt G. GAVI, the first steps: lessons for the Global Fund. *The Lancet*. 2002;359:435–8.
18. WHO. The Multi-Country Evaluation of IMCI Effectiveness, Cost and Impact (MCE): Progress Report, May 2001–April 2002. WHO Document No. WHO/FCH/CAH/02.16. Geneva: World Health Organization. 2002.

Manuscrito recibido el 07 de diciembre de 2005 y aceptado para publicación el 20 diciembre de 2005.

*Correspondencia: Dr. Luis Huicho
Batallón Libres de Trujillo 227, Surco,
Lima 33, Perú.
Correo-e: lhuicho@viabcp.com*