



ORIGINALES

Efectividad de la implementación de la estrategia AIEPI comunitario en Montería, Colombia

Effectiveness of the implementation of community IMCI strategy in Monteria Colombia

Candelaria Padilla-Choperena ¹
Concepción Amador-Ahumada ²
Elsy Puello-Alcocer ³

¹Enfermera. Magister en Salud Pública. Docente Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm. Montería. Córdoba. Colombia.

²Enfermera. Magister en Enfermería. Docente Titular Universidad de Córdoba, área investigación. Córdoba. Colombia.

³Enfermera. Magister en Desarrollo Social. Docente Asociado Universidad de Córdoba área Salud Colectiva. Córdoba. Colombia.

E-mail: caipachope@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.304901>

Recibido: 22/09/2017

Aceptado: 7/10/2017

RESUMEN:

Objetivo: Describir los alcances que ha tenido la Estrategia Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia sobre la morbilidad y mortalidad en menores de cinco años residentes en el sector sur del municipio de Montería (Córdoba, Colombia).

Metodología: Estudio descriptivo, de enfoque social, cuantitativo. Se realizó entrevista a 145 cuidadores de niños y niñas para evaluar conocimientos, aplicabilidad de las 18 prácticas claves y morbilidad sentida de las enfermedades sujeto de la estrategia en 87 familias con viviendas ubicadas en estrato 1 y 2. La información oficial sobre las tasas de mortalidad infantil (2005-2015) del municipio se utilizó para analizar la tendencia de este indicador.

Resultados: Las prácticas claves más utilizadas son las relativas a las competencias para control de las enfermedades sujetos de la estrategia (80% a 99,3%), sin embargo, un alto porcentaje (66,9%) no reconoce los signos de alarma; las prácticas claves menos utilizadas se relacionan con la promoción de la salud y prevención de las enfermedades prevalentes (23%-57,9%). La movilización social con enfoque etno-cultural tiene un nivel intermedio de frecuencias de uso (60% a 79%). Predominan las diarreas y neumonías, los aprendizajes más permanentes se relacionan con las prácticas clave 11,12 y 17; las menos aplicadas son las prácticas 3, 7, 8, 9 y 10. Después de la implementación de la estrategia se observó un descenso sostenido de la mortalidad infantil.

Conclusiones: Los padres y cuidadores de niños y niñas dan importancia y aplicabilidad diferencial para el control de las enfermedades, no a su prevención.

Palabras clave: Infancia; mortalidad; morbilidad; cuidadores.

ABSTRACT:

Objective: Describe the scope that has been the strategy Integrated management in childhood illness (IMCI) on morbidity and mortality in children under five years living in the South of the municipality of Montería (Córdoba, Colombia).

Methodology: Descriptive study, social, quantitative approach. It was interview with 145 caregivers of children to assess knowledge, applicability of the 18 key practices, and felt morbidity of diseases subject of strategy in 87 families with homes in strata 1 and 2. The official information on the rates of infant mortality (2005-2015) of the municipality was used to analyze the trend of this indicator.

Results: The most used practices are those relating to competences for disease control subject of the strategy (80% to 99.3%), however, a high percentage (66.9%) does not recognize the warning signs; lesser used practices related to the promotion of health and prevention of diseases prevalent (23%-57, 9%). Social mobilization with ethno-cultural approach has an intermediate level of frequency of use (60% to 79%). Diarrhea and pneumonia predominate, more permanent learning relate to key practices 11, 12 and 17; the less applied are key practices 3, 7, 8, 9 and 10. Lower sustained mortality was observed after the implementation of the strategy IMCI.

Conclusions: The parents and caregivers of children give more importance and differential applicability for the control of diseases than for their prevention.

Key words: children; mortality; morbidity; caregivers.

INTRODUCCIÓN

En septiembre del año 2000 durante el desarrollo de la Cumbre del Milenio se definieron las metas mundiales, entre las cuales se encuentra que para 2015 será evidente la reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes; la firma de este compromiso, se suscita entre otras causas porque se estima que en el mundo 37% de las muertes en este grupo de edad ocurren dentro del primer mes de vida, es de interés resaltar que 97% de estos casos son de causa desconocida.⁽¹⁾

Los organismos internacionales han considerado que un porcentaje cercano al 26% de las muertes neonatales tiene un aparente origen en problemas intraparto que conllevan a asfixia perinatal, lo cual se traduce en 10% de las muertes en menores de 5 años. Esta situación influye para que, la Organización Panamericana de la Salud en asocio con la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) desarrollaran la estrategia llamada Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) como una táctica efectiva, que presenta una única forma para abordar la atención del niño, tanto en los servicios de salud, como en la familia y en la comunidad.⁽²⁾

Considerando estos elementos, en el año 2005 con motivo del día Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS lanzaron una iniciativa denominada “Cada madre y cada niño cuentan” hecho significativo que representó para el sector salud un llamado a la integración de los cuidados al binomio madre–recién nacido en pro de la salud infantil y materna. Esta iniciativa fue posteriormente aprobada en el 47º Consejo Directivo de la organización en 2006, y su fundamento sirvió de base para apoyar la creación de alianzas y planes regionales, que dieron como resultado la elaboración de una estrategia denominada “Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia y se le reconoce internacionalmente como la estrategia AIEPI; la cual permite no sólo el abordaje integral de la salud de niños y niñas en primera infancia, sino que además brinda herramientas para la detección y manejo de los riesgos que pueden presentarse en la mujer durante la gestación y/o el parto, así como los riesgos en el recién nacido; esta estrategia tiene su soporte principal en la capacidad de empoderar a individuos, familias y comunidades en pro del cuidado de la salud de la población materno infantil.⁽³⁾

La estrategia, está estructurada por tres componentes, todos ellos orientados a reducir al mínimo la morbilidad y mortalidad en menores de cinco años. Su ejecución demanda del compromiso político, social, técnico y financiero, de todos los actores del Sistema; pero además requiere que se apliquen las medidas de prevención primaria y secundaria en los casos de enfermedad sujeto de la estrategia, debido a lo cual es preciso e ineludible cumplir con la meta de informar y educar a los padres sobre la prevención y promoción de la salud infantil. Los componentes de la estrategia son:

- **Gerencial o de gestión:** Este componente está destinado a mejorar la organización y el funcionamiento de los sistemas de salud requeridos con el fin de ofrecer atención eficiente y de calidad, al aumentar la capacidad resolutoria de los servicios de atención primaria en salud.
- **Clínico:** A través de éste, se pretende desarrollar en los profesionales de la salud, la habilidad para la identificación precoz y tratamiento oportuno a los menores de cinco años; para ello utiliza la enseñanza, supervisión y provisión de guías adaptadas a los escenarios locales sobre las necesidades de atención integral e integrada de enfermedades infantiles así como del conjunto de actividades para promover su uso.
- **Comunitario:** Este componente de la estrategia incorpora una serie de prácticas claves familiares y comunitarias relacionadas con el cuidado y atención de los niños y niñas en el hogar, orientadas a mejorar las tasas de supervivencia infantil, a mantener un apropiado crecimiento y desarrollo saludables; se fundamenta en la necesidad de empoderar a los padres y cuidadores de los niños y niñas en las formas más adecuadas de mantener su salud en el ámbito domiciliario.

En resumen, estos tres componentes al integrar su desarrollo buscan que en los servicios de salud se efectúe la detección oportuna y el tratamiento eficaz, de igual forma, que en el hogar y la comunidad se dominen los conocimientos para lograr no sólo la prevención de enfermedades, sino también la identificación precoz y oportuna de complicaciones durante el cuidado de los niños que padecen las enfermedades sujeto de la estrategia.

La estrategia AIEPI entonces, es un mecanismo eficaz basado en el derecho que tiene todo niño(a) a ser atendido con calidad y calidez, en el cual se adopta un enfoque de identificación del riesgo, de integración total que involucra la amplia cobertura de los conocimientos y prácticas domiciliarias por parte de la familia y la comunidad sobre las enfermedades que conducen a mortalidad infantil.⁽⁴⁾

Dentro de estas enfermedades se agrupan la neumonía, diarrea y problemas neonatales, considerados los “grandes asesinos” de los niños, los cuales junto con las desnutrición son la causa básica de más de la mitad de todas las muertes en este grupo de edad, alcanzando cifras de casi seis millones de muertes en menores de cinco años por causas que pueden prevenirse con intervenciones disponibles y factibles.^(5,6)

En este grupo de patologías se encuentra la neumonía adquirida en la comunidad, que es un proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar de origen infeccioso, los agentes causales de neumonía infantil extrainstitucional son en su mayoría de origen bacteriano, aunque también pueden ser de origen micótico o viral que son más frecuentes en niños mayores de 5 años; como tal no es un proceso único, sino un grupo de infecciones causadas por diferentes microorganismos lo que condiciona una epidemiología, una patogenia, un cuadro clínico y un pronóstico diferente en cada

grupo poblacional, siendo el tratamiento de las neumonías bacterianas más costoso que el de las neumonías virales; la neumonía es responsable del 15% de todas las defunciones de menores de 5 años y se calcula que cobró la vida de unos 922 000 niños en 2015.^(7, 8, 9)

Considerando lo evidente de estas estadísticas, se considera que la prevención de la neumonía infantil es un aspecto esencial para reducir la mortalidad infantil. Otras formas de prevención contempladas en la estrategia son la inmunización contra el Hemofilus Influenza tipo B (Hib), neumococos, sarampión y tos ferina, acompañadas de prácticas domiciliarias como una nutrición balanceada, la cual sin duda es fundamental para mejorar las defensas naturales del niño, esta alimentación se inicia con lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de nacidos. Otras prácticas familiares que también pueden contribuir a reducir la incidencia de neumonía en los niños es intervenir factores ambientales de riesgo como la contaminación del aire por partículas.⁽¹⁰⁾

En los municipios menos desarrollados de Colombia, la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) es la causa más frecuente de morbimortalidad en población menor de cinco años, las complicaciones clínicas y muerte se deben en general a la deshidratación (76,7%) y a la anorexia (70,5 %) que se presenta en estos casos lo cual justifica la inclusión de la EDA en la estrategia que involucra tanto a los programas de prevención como también actividades para la identificación y control de sus complicaciones asociadas.⁽¹¹⁾

En cuanto a la morbilidad neonatal relacionada con mortalidad, se analizó un estudio de cohorte realizado entre 2002 y 2003, este estudio prospectivo tuvo como sujeto de estudios a gestantes entre la 20 y la 26 semana de embarazo; en el seguimiento a este grupo, se identificó una tasa de mortalidad neonatal de 47,3 por 1000 nacidos vivos. Encontrándose que dentro de las principales causas que condujeron a estos decesos fueron partos prematuros (34%); entre los nacidos por cesáreas de urgencia fue por complicaciones del parto, la principal causa de mortalidad neonatal fue hipoxia/anoxia intraparto (26%). En detalle la mortalidad neonatal registró 45% durante las primeras 48 horas de nacidos, y 73% en el transcurso de la primera semana de vida. Es relevante resaltar que el resultado que muestra como la asistencia profesional del parto, o que el parto se efectuara al interior de un centro de salud no se asoció como era de esperarse a menor incidencia de mortalidad en el periodo neonatal.⁽¹²⁾

Con relación a la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, la meta planteada para el 2015 era de 4-5 por cada 1.000 nacidos vivos para países desarrollados y de 35 por cada 1.000 nacidos vivos para países en desarrollo. Al respecto para el año 2007 países como Colombia, Brasil, Estados Unidos, Noruega y Suecia alcanzaron esa meta.⁽¹³⁾

Debido a ello, al interior de la estrategia AIEPI, se entiende como logro de impacto en salud una disminución a corto plazo, de la mortalidad por estas causas basada en el precepto que la educación a madres y cuidadores sobre cómo prevenir las enfermedades prevalentes de la infancia, promueve y refuerza factores protectores como lactancia, nutrición, inmunización y afecto, sobre el efecto potencial positivo que enseñar a los padres a reconocer los signos de peligro consultar a tiempo disminuye la mortalidad a largo plazo.

En Colombia, a pesar de los esfuerzos realizados, la mortalidad entre los menores de cinco años parece una problemática aún descontrolada, se conoce por reportes del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) la persistencia de tasas elevadas y

diferencias regionales marcadas en la mortalidad infantil. Para Colombia el compromiso de reducción de la mortalidad en la infancia significa reducir a 17 muertes por mil nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de 5 años y reducir a 14 muertes por mil nacidos vivos la mortalidad en menores de 1 año. ^(14, 15, 16)

La tasa de mortalidad es un indicador de salud de gran utilidad para medir el resultado de la interacción de determinantes sociales de la salud, como son los conocimientos de la madre sobre cuidados de salud, la seguridad en la disposición de los alimentos, el nivel de ingresos del hogar, acceso a los servicios de salud, calidad de la atención, acceso a agua potable y a instalaciones de saneamiento básico. ⁽¹⁷⁾

El tercer componente de esta estrategia empodera a las familias y las comunidades en cuanto a la responsabilidad de proveer atención a los niños y proporcionar condiciones y espacios que permitan el crecimiento y desarrollo óptimo a través de la implementación de programas educativos dirigidos a conservar la salud de los niños(as). Este componente se refleja en la línea de política número 1, referente a la promoción de la salud y la calidad de vida que en sus incisos “b”, “c”, “d”, “g” y “h” define una serie de aspectos que deben ser cumplidos en el hogar, por parte de los padres y cuidadores, a saber:

- Desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario para mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad en la prevención y control de las enfermedades prevalentes de la infancia, Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia - AIEPI.
- Desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario para mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad para la promoción del buen trato al menor y la solución pacífica de conflictos.
- Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural, para promover los derechos en salud de la infancia y estilos de vida saludable.
- Promover en el hogar ámbitos escolares e instituciones como guarderías y hogares de bienestar hábitos higiénicos de salud bucal como rutina de cuidado diario desde el nacimiento, primera infancia y edad escolar.
- Promover en los padres y cuidadores factores protectores para la salud bucal tales como no usar chupos y biberones, establecer hábitos higiénicos orales y resaltar la importancia del cuidado del sexto molar y del control por odontólogo.

En el informe del Ministerio de la Protección Social relacionado con la situación de la estrategia AIEPI en el año 2010, se realiza un análisis desde la gestión territorial, en este se reporta que de 37 Direcciones Territoriales de Salud (DTS), 56,8% manifestó tener censo de sus agentes comunitarios, 54,1% refiere que le realiza seguimiento a los mismos y tiene instrumentos para la ejecución de dicho seguimiento. En cuanto a las condiciones para realizar las actividades al interior de la estrategia se identifica que 51,4% refiere que los agentes comunitarios cuentan con insumos para su trabajo, los cuales proceden principalmente de las DTS mismas y las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que laboran en los territorios. ⁽¹⁸⁾

En cuanto a la priorización de las prácticas claves, todas las DTS reportan al Ministerio de la Protección Social de Colombia que han realizado el levantamiento de la línea de base y han llevado a cabo la priorización de las mismas. Para este procedimiento se refirió a la utilización de métodos como el uso de grupos focales, grupos de expertos, y el análisis de las encuestas aplicadas en la realización de la línea de base. ⁽¹⁸⁾

Con toda esta información, se razona que el AIEPI comunitario desde el año 2010 ha formado a los agentes y miembros de las comunidades en el territorio nacional, lo cual motiva el interés de *“comparar las tasas de morbilidad y mortalidad infantil en los municipios antes y después de la implementación de la estrategia”* estudio en el cual se analizaron las formas en que los adultos cuidadores de niños en el sector sur de la ciudad capital del Departamento de Córdoba (Colombia, SA) realizan las 18 prácticas clave incluidas en la estrategia AIEPI con el fin de mantener sanos a los niños y niñas; cuyos resultados se presentan en este artículo.

La oficialización del lanzamiento de la estrategia en el Departamento de Córdoba se hizo el 10 de septiembre de 2009; sin embargo el informe citado reporta que Córdoba, se encuentra clasificado en el rango intermedio dentro de la funcionalidad de las DTS al identificarse una combinación de inconvenientes con la gestión de los equipos de trabajo, ausencia de grupos, responsabilidad de la estrategia a cargo del referente, o equipos sobrecargados debido a que de manera simultánea participaban como miembros activos en diversos programas con distintas responsabilidades; además del desconocimiento de algunos elementos normativos y teóricos de la estrategia y dificultades en la consolidación de alianzas internas y externas a la Dirección Territorial de Salud.⁽¹⁹⁾

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio

La investigación se clasifica como de tipo descriptiva, transversal, de enfoque social pues describe los alcances que tiene la estrategia AIEPI sobre el evento de la morbilidad y mortalidad en la población sujeto de la estrategia; según el nivel de medición seleccionado corresponde a un diseño cuantitativo, los resultados se enuncian utilizando medidas de tendencia central y mediciones epidemiológicas.

Unidad de análisis

La constituyeron las prácticas de cuidado infantil tras la implementación de la estrategia AIEPI Comunitario en las familias residentes en 7 de los 23 barrios que conforman el sector sur de la ciudad de Montería, capital del Departamento de Córdoba (Colombia, SA) reconocidos como La Candelaria, La Esperanza, Cantaclaro, Mogambito, Ranchos del Inat, San Martín y Edmundo López.

Muestra y muestreo

La muestra la conformaron 145 sujetos de estudio constituidos por 87 madres y 58 abuelas cuidadoras de niños y niñas, localizados entre 107 familias residentes en el sector sur del municipio de Montería, quienes constituían la población de referencia.

El muestreo a nivel familiar-comunitario fue no probabilístico o intencional, sólo se incluyeron familias que tuviesen al menos un niño o niña menor de cinco años entre sus miembros y que los familiares responsables del cuidado de éstos hubiesen sido intervenidos por actividades educacionales propias de la estrategia AIEPI.

Para la medición del impacto de la mortalidad infantil del municipio las fuentes las constituyeron los registros oficiales de mortalidad en menores de cinco años en un período previo constituido por la estadística de los años 2005 a 2009 y la estadística posterior a la implementación de la estrategia 2010 a 2015 para realizar la evaluación de impactos de la estrategia sobre la tasa general de mortalidad infantil en menores de cinco años. Los resultados obtenidos se analizaron comparando lo esperado con

las metas de la estrategia y con la estadística nacional para interpretar el resultado de impacto.

Se utilizó la fuente primaria conformada siendo los principales informantes los padres y cuidadores de niños y niñas menores de cinco años con respecto a las 18 prácticas clave contenidas en la estrategia AIEPI.

Para efecto del estudio de los aspectos relativos a la medición del cuidado que familiares, padres y cuidadores ofrecen a sus niños y niñas, se diseñó una serie de preguntas destinadas a obtener la información requerida para evaluar los conocimientos y aplicabilidad de las 18 prácticas clave de la Estrategia AIEPI comunitario; la entrevista semi estructurada fue diseñada constaba de 20 preguntas entre abiertas y cerradas orientadas a identificar los conocimientos de los entrevistados sobre la temática. A dicha entrevista se le realizó validez facial, prueba piloto y posterior a los ajustes se aplicó a un equivalente al 10% de la muestra estimada para verificar su idoneidad.

RESULTADOS

Los barrios en los que se realizaron las mediciones corresponden a 30.4% del sector sur del municipio, el cual se caracteriza por ser el más poblado de la ciudad, también por la condición precaria de sus habitantes según las cuales 67% de las familias tienen ingresos inferiores al salario mínimo mensual legal vigente en Colombia, 25% devengan un salario y 8% un salario mínimo y medio.

Cerca del 8% de las familias del sector tienen entre sus miembros a niños menores de 5 años; se identificó un total de 158 niños y niñas menores de cinco años residentes en las 87 familias encuestadas; en promedio se encuentran 2 niños por cada familia; el rango de edad de los niños(as) en las familias focalizadas se distribuyó así 46% para las edades entre 3 a 5 años; 36% en edades de 1 a 2 años y 4% de menores de 1 año.

El cuidado de los niños(as) en 59% de los hogares encuestados es provisto directamente por sus madres, mientras que 41% de este cuidado está en manos o bajo la responsabilidad de las abuelas (21% abuelas maternas, 7% abuelas paternas, 13% alternan el cuidado) para aquellos casos en los que ambos padres trabajan fuera del hogar.

Entre las 18 Prácticas Clave (PC) tres (33,3%) se cumplen en porcentajes que superan el 80% de los padres y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años; éstas son relativas al control de las enfermedades sujeto de la estrategia (en este grupo de competencias se exceptúa la PC 16 relativa a “reconocer los signos de peligro en la enfermedad y reconoce cuando es preciso buscar ayuda oportuna”).

En las competencias relativas al cumplimiento de la movilización social con enfoque etno-cultural, para promover los derechos en salud de la infancia y estilos de vida saludable, se identifica que estas recomendaciones son acatadas y puestas en práctica por una franja entre 60% y 79% de los padres/cuidadores.

En tanto que las prácticas clave 3, 7, 8, 9 y 10 que aportan a los miembros de las familias la competencia para la promoción de la salud y para la prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia sólo son cumplidas por una franja entre 23% y 57,9% de los padres y cuidadores; de ellas la menos utilizada es la práctica clave número 9 relativa a los cuidados de la cavidad bucal.

Tabla I. Prácticas clave utilizadas por padres y cuidadores para la prevención y control de las enfermedades prevalentes de la infancia

Práctica Clave (n=145 cuidadores)	N°	%
1. Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses	101	69,7
2. Alimentación complementaria y lactancia materna prolongada	98	67,6
3. Consume alimentos con Vitamina A, Hierro y Zinc	65	44,8
4. Brinda afecto, cariño y estimulación temprana	98	67,6
5. Vacunación completa para la edad	127	87,6
6. Ambiente limpio, agua segura y cultura del lavado de manos	94	64,8
7. Uso cotidiano de mosquitero	54	37,2
8. Hábitos de protección contra VIH/SIDA	62	42,8
9. Promoción de hábitos odontológicos adecuados desde los primeros meses de edad	34	23,4
10. Cuidados esenciales para proteger los niños del contacto con personas con tuberculosis	37	25,5
11. Continúan con la alimentación y ofrecen más líquidos en caso de enfermedad	117	80,7
12. Cuidados y tratamiento apropiado cuando los niños están enfermos	144	99,3
13. Acciones de protección acerca del maltrato y el descuido	84	57,9
14. Asume el rol paterno y de control afectivo en el cuidado del niño	96	66,2
15. Mantiene un ambiente doméstico seguro, para protección de lesiones y accidentes	73	50,3
16. Reconoce los signos de peligro en la enfermedad y reconoce cuando es preciso buscar ayuda oportuna	48	33,1
17. Sigue los consejos de los profesionales de salud	103	71,0
18. La madre cumplió con el control prenatal, la aplicación de la vacuna antitetánica, mantuvo buena nutrición durante la gestación, tuvo el parto en la institución de salud y cuenta con apoyo familiar y de la comunidad a la gestante	89	61,4

Fuente primaria: Información obtenida por entrevista directa

Este comportamiento diferencial entre grupos de información educativa en pro de prevención de alteraciones de la salud demuestra que las familias dan mayor importancia a aspectos especiales, restando interés a las prácticas preventivas en la cotidianidad familiar, tal vez dejan de lado estos aspectos de promoción de la salud, por considerarlos “excesivos” o “inoperantes” como un ambiente hogareño seguro, cuidados de la cavidad oral, promoción de hábitos odontológicos desde temprana edad, consumo de ciertos alimentos ricos en vitaminas y minerales; todo este grupo de recomendaciones obtuvo un bajo porcentaje tanto en conocimiento como en prácticas. En el grupo de PC con poco porcentaje sólo se excluye del conjunto de recomendaciones para la promoción de la salud, la práctica clave 16 que trata sobre la “capacidad de reconocer los signos de alarma y cuándo buscar ayuda” pues por su

contenido intrínseco hace parte de la competencia control de las enfermedades sujeto de la estrategia.

En estas familias con niños menores de cinco años, se identifica una baja frecuencia de enfermedades de interés en salud pública en el último año, los padres/cuidadores reportan que el evento de mayor presentación en este poblado sector de la ciudad es el grupo de la EDA, seguido en orden de frecuencias por las neumonías. Los casos recibieron atención médica en los organismos de atención primaria y ninguno requirió de hospitalización.

Tabla II. Morbilidad sentida de las enfermedades prevalentes de la infancia

Enfermedad sujeto de la estrategia (n=158 niños)	N°	%
Diarreas	21	13,3
Neumonías	16	10,1
Problemas neonatales	11	7,00
Desnutrición	8	5,06

Fuente primaria: Información de la entrevista directa

Los casos de problemas neonatales requirieron atención especializada, entre ellos 5/8 (62,5%) neonatos fueron asistidos y controlados ambulatoriamente y 3/8 (37,5%) requirieron institucionalización. La desnutrición identificada correspondió en los ocho casos a desnutrición proteico-calórica aguda y fue revertida en el término de tres meses.

Los principales cuidados ofrecidos por los cuidadores ante la enfermedad de los niños y niñas son los recomendados al interior de la estrategia en las prácticas clave 11, 12 y 17 las que al parecer han sido los aprendizajes más permanentes de los entrevistados lo cual se refleja en el grupo de prácticas de cuidado que realizan a los niños y niñas enfermos.

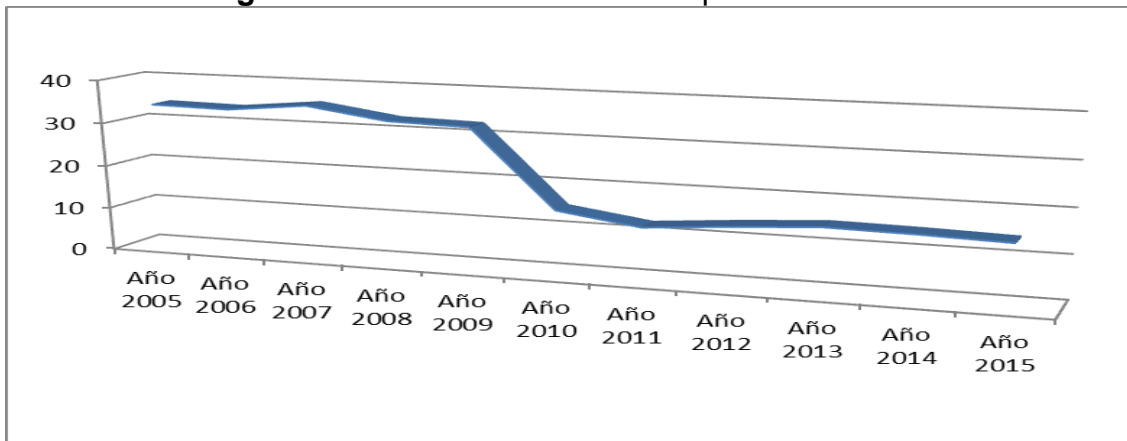
Sin embargo es preocupante que 66,9% no reconoce los signos de peligro en la enfermedad y no está en condición de reconocer cuándo es preciso buscar ayuda oportuna; aspecto que deberá ser resaltado en las sesiones educacionales grupales e individuales que se realizan al interior de la estrategia AEPI comunitario.

Para la identificación del impacto de la estrategia AIEPI en la mortalidad infantil del municipio se consultaron las bases de datos oficiales locales, nacionales e internacionales con el fin de analizar el comportamiento de la mortalidad en menores de cinco años en el periodo previo y posterior a la estrategia.

La tasa de mortalidad infantil es un indicador que da cuenta del número de muertes de niños menores de un año de edad en un año determinado, calculada desde la base de cada 1000 niños nacidos vivos en ese mismo año. A nivel municipal se observa un notable descenso de la tasa de mortalidad infantil en los dos años seguidos a la implementación de la Estrategia AEPI a nivel departamental, lo cual puede ser debido a que fue Montería el primer municipio que inició la implementación de la Estrategia AIEPI comunitario. ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

La tendencia de la mortalidad sin embargo, evidencia un leve repunte de la mortalidad infantil entre los años 2011 y 2012; las dificultades de este periodo al parecer han sido controladas y se instauró un progresivo y sostenido descenso de la mortalidad infantil en los años 2014 y 2015.

Figura 1. Mortalidad infantil municipal 2005 – 2015



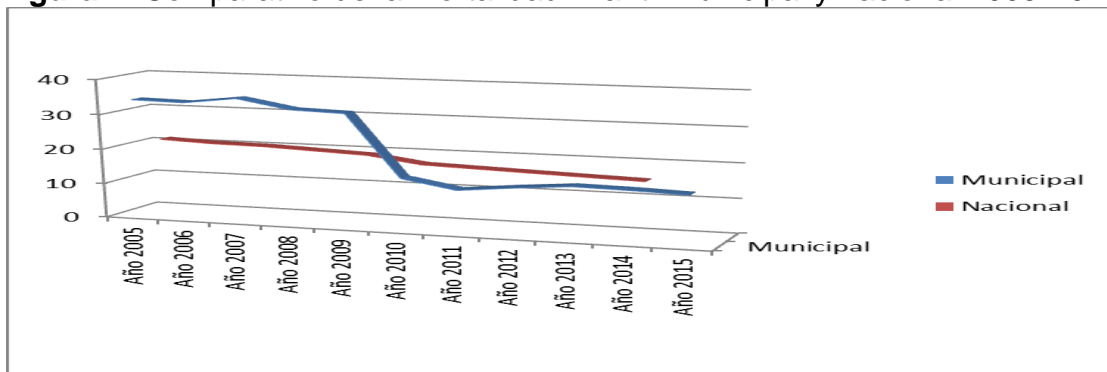
Fuente secundaria: Información DANE a 2009 e informes ASIS municipal 2010-2015

Este comportamiento demuestra la efectividad real de la estrategia AIEPI en la reducción de la mortalidad infantil; como puede evidenciarse, el impacto de la estrategia se da tanto a nivel social, como económico y estadístico en términos de mejoría de las condiciones de vida de los niños y niñas en el territorio en que se ha implementado; lo que demuestra la validez y los potenciales de la Estrategia AIEPI comunitario para lograr la meta anhelada de reducción de la tasa de mortalidad infantil.

Debe recordarse que estos importantes resultados e impactos de la estrategia AIEPI comunitario sobre la mortalidad infantil están dados aún bajo condiciones en que los temas educativos y de consejería familiar a los cuidadores pueden mejorar en los aspectos identificados como debilidades en la educación a las familias que se presentaron en la tabla I.

Al comparar las tasas de mortalidad infantil municipales con las nacionales, se observa la amplia brecha que existía al inicio del periodo analizado, la cual se ha ido cerrando en el periodo posterior a la implementación de la Estrategia AIEPI, se puede evidenciar que desde la implementación el municipio de Montería ha mantenido tasas de mortalidad infantil incluso por debajo de las tasas nacionales, aun a pesar del leve incremento en la tasa de mortalidad en el año 2013. ⁽¹⁷⁾

Figura 2. Comparativo de la mortalidad infantil municipal y nacional 2005-2014



Fuente secundaria: Información DANE a 2009 e informes ASIS municipal 2010-2015. La información nacional 2005 a 2015 fue tomada de CIA World Factbook actualizada a enero 1 de 2015

La efectividad de la estrategia se hace evidente como indicador positivo de salud de los niños y niñas residentes en el municipio de Montería (Córdoba, Colombia, SA), así mismo demuestra la importancia de la educación y del empoderamiento de las familias sobre los aspectos básicos que se requieren para conservar la salud de los niños(as). Es importante destacar que aún en un ámbito de falencias en resultados educativos y de deficiencias en las 18 prácticas clave, la estrategia tiene un potencial alto para demostrar su validez y poder cumplir con el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM 4°) que contiene el compromiso de los entes territoriales de reducir en dos tercios la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años para 2015, de igual forma, la estrategia AIEPI, también es vigente a la luz de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, por cuanto contribuye al logro de los objetivos 3 y 4, referentes promover las acciones para promocionar la salud, promover el logro del bienestar en todas las edades, garantizar la educación inclusiva y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida. ⁽²⁰⁾

DISCUSIÓN

En cuanto a la mortalidad perinatal específica, el diagnóstico de salud materna y perinatal que contiene la estadística del Departamento de Córdoba reporta que *85% de los neonatos fallecieron en una institución de salud independiente de su nivel de complejidad, detallando la complejidad, predomina la alta complejidad y el servicio de cuidados intensivos, 10% fallece en el domicilio*; así mismo la fuente en mención describe las causas de mortalidad neonatal entre las que sobresalen las asociadas al sistema respiratorio, entre ellas, la Insuficiencia respiratoria del recién nacido, Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada y Dificultad respiratoria del recién nacido. En este grupo de decesos las muertes neonatales predominan sobre las fetales (60 Vs 80) siendo el período neonatal temprano el más frecuente. ⁽²¹⁾

El mismo informe de la Secretaría de Salud y Seguridad Social de la Alcaldía de Montería citado refiere que *“el momento en el cual se presenta más el evento es la prealta en postparto con un 45% de los casos, lo cual refleja deficiencias en la calidad de la atención neonatal y/o el resultado de las complicaciones propias de la prematuridad; seguido por el anteparto con un 21% este momento corresponde a muertes intraútero y refleja problemas relacionados con la salud materna que complican el normal desarrollo de la gestación; el 15% en posalta postparto”* estos condicionantes parecen reflejar problemas operativos o de otro orden asociado al servicio que ofertan los prestadores, lo cual debe alertar a las instituciones formadoras y prestadoras para controlar estas deficiencias identificadas por el organismo competente. ⁽²¹⁾

En cuanto a otros factores que inciden de manera negativa limitando el impacto positivo de la estrategia, el mismo informe ha reportado que según la matriz BABIES los principales problemas relacionados con la ocurrencia del evento sobre la mortalidad infantil, están los relacionados con la salud materna, seguido por los problemas derivados de los cuidados del recién nacido a nivel de las instituciones de salud y en tercer lugar los cuidados prenatales; lo cual refleja deficiencias aparentes en la implementación del AIEPI clínico, considerando que el informe define posibles *“deficiencias en atención preconcepcional – planificación familiar y/o madres sin las condiciones clínicas aptas para iniciar o cursar con un proceso de gestación lo cual se traduce en recién nacidos prematuros además muestra deficiencia en los cuidados institucionales brindados”* a estos, por ello, se recomienda que se analice el proceso de atención prenatal, para controlar las fallas de procedimientos que pueden estar afectando la calidad de la atención en los organismos de salud en preparto, intraparto

y post parto incluida la atención brindada en el periodo neonatal por el equipo de salud. ^(18-22,23)

Las fallas aparentes que aún mantienen niveles no apropiados en las tasas de mortalidad infantil al parecer, no están relacionados con la Estrategia AIEPI comunitario, ni con la estructura familiar a pesar que los aspectos educacionales apenas alcanzan el tercer cuartil en la medición de los indicadores de éxito educativo en salud; sino con aspectos inherentes al AIEPI clínico que al parecer no ha logrado difundirse e implementarse en su totalidad en las organizaciones de segundo y tercer nivel de atención municipales. ⁽³⁻⁶⁾

En efecto, las familias han incorporado 45% de las prácticas clave como parte de su sistema social cohesivo mediante la creación de culturas y rutinas comunes saludables, aun en el contexto estudiado, en el cual prima la existencia de niños y niñas viviendo en la pobreza, en familias en las cuales ambos padres deben lograr la inserción laboral para poder satisfacer mínimamente las necesidades básicas familiares. ⁽¹⁶⁾

CONCLUSIONES

El impacto de la Estrategia AIEPI sobre la mortalidad infantil en Montería (Córdoba, Colombia) es evidente acorde con los reportes e informes oficiales del municipio, las tasas de mortalidad se han mantenido por debajo de la tasa nacional desde la implementación de la estrategia.

Los padres y cuidadores dan diferentes niveles de importancia y aplicabilidad a las 18 prácticas clave, las más utilizadas se relacionan con las competencias para el control de las enfermedades prevalentes; con la única excepción de la identificación de los signos de alarma.

REFERENCIAS

1. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del milenio. Cumbre de la ONU. 20 al 22 de septiembre de 2010 Nueva York. Documento pdf. Pág. 26-28
2. Scucces, M. Restricción del crecimiento fetal: factores de riesgo. *Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela*, 2011. 71(4), 231-239.
3. Díaz Lemus, M. Introducción del manual de enfermedades prevalentes de la infancia en la enseñanza de enfermería en cuba. 2012. *Revista cubana de enfermería*, 28(2), 118-124.
4. Chia-gil, A., Pariona, R., Soto, V., Cuipal, J., Romaní, D., Díaz, et al. Lactancia materna exclusiva y enfermedades prevalentes de la infancia en menores de seis meses. 2013. *Revista peruana de epidemiología [internet]*, 17(2), 1-8.
5. Rincón, M.V.B., y López, Dd. F. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia-aiepi-para ferropenia en niños manizaleños. 2011. *Revista de salud pública*, 13(1).
6. Benguigui, Y. (2012). La estrategia aiepi y su contribución a la salud infantil nuevos paradigmas en la enseñanza de la pediatría. 2012. *Cuadernos esp*, 1(1), pág-23.
7. Martín, A. A., Moreno-Pérez, D., Miguélez, S. A., Gianzo, J. C., García, M. G., Murua, J. K., et al. Etiología y diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad y sus formas complicadas. In *anales de pediatría 2012*. (vol. 76, no. 3, pp. 162-e1). Elsevier Doyma.
8. Toledo Rodríguez, I. D. L. M., y Toledo Marrero, M. D. C. Neumonía adquirida en la comunidad en niños y adolescentes. 2012. *Revista cubana de medicina general integral*, 28(4), 712-724.

9. Calderón, C., y Dennis, R. Economic cost of streptococcus pneumoniae community-acquired pneumonia, meningitis and bacteremia in an adult population that required hospitalization in bogotá, colombia.2014. *Biomedica*, 34(1), 92-101.
10. Organización Mundial de la Salud. Neumonía. Nota descriptiva n° 331, noviembre de 2015. En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/>
11. Gnzales, S., Bada, M., Rojas, G., Bernaola, A., y Chávez, B. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú-2011. *Revista de gastroenterología del Perú*, 31(3), 258-277.
12. Mendoza, I. A., Arias, M., y Mendoza, I. I. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. 2012. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(5), 375-382.
13. Perales, j. A. S. Entre los objetivos de desarrollo del milenio y la cooperación sur-sur: actores y políticas de la ayuda al desarrollo en américa latina y el caribe. (2011). *Pensamiento iberoamericano*, (8), 195-222.
14. Colombia. Ministerio de salud. Instituto Nacional de Salud. Subdirección de Vigilancia Epidemiológica. Protocolo de vigilancia en salud pública. Pro-r02.024 versión 03 2016; 1 (30): 4-8
15. Colombia. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Informe final evento mortalidad perinatal y neonatal tardía 2013. Documento pdf pág. 15
16. Vázquez, S. T. Más allá de 2015: objetivos de desarrollo del milenio y desafíos para la nueva agenda internacional de desarrollo. 2011. *Sistema: revista de ciencias sociales*, (220), 33-58.
17. Colombia. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud: Colombia 2014. Imprenta Nacional de Colombia. Primera edición. Diciembre de 2014. Pág. 98-108
18. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Situación de la estrategia aiepi año 2010 un análisis desde la gestión territorial. Convenio cooperación técnica no. 637 de 2009 Ministerio de la Protección Social-Organización Panamericana de la Salud consultor: edinson bohórquez. Documento pdf. Pág. 50
19. Córdoba. Gobernación de Córdoba. Lanzamiento de la estrategia aiepi en el departamento de córdoba. Boletín no. 288 de septiembre 11 de 2009 http://www.cordoba.gov.co/v1/boletines_2009/boletin_09-11-2009.html
20. Central Intelligence Agency. Cia world factbook. Cuadros de datos históricos anuales. Información actualizada a enero 1 de 2015. En: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>
21. Rendón, M. T., Gonzales, J., Apaza, D. H., Riega, R., Pinto, M., Ortiz, P., et al. Mortalidad perinatal estudio colaborativo institucional hospitales del sur del Perú. 2017. *Ciencia & desarrollo*, (7).
22. Córdoba. Alcaldía de Montería, Secretaría de Salud y Seguridad Social. Situación de la mortalidad materna y perinatal - ii trimestre 2015-07-30 - salud pública en: <http://salud.monteria-cordoba.gov.co/?accion=noticia&id=27>. Consultado agosto de 2016
23. Távara, L., Sacsá, D., Frisancho, O., Urquiza, R., Carrasco, N., y Tavera, M. Estado actual de la mortalidad materna en los hospitales del Perú. 2015. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 45(1), 38-42.

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia