



Pediatría

<http://www.revistapediatria.org/>
DOI: <https://doi.org/10.14295/pediatr.v50i3.xx>



Original

Avances y retos en la implementación de la estrategia AIEPI en Medellín (2012-2015)

Nydia Stella Caicedo Martínez^a Claudia Inés Silva Viviescas^b Joaquín Guillermo Gómez Dávila^c

^a Nutricionista Dietista y Magíster en Epidemiología. Nacer Salud Sexual y Reproductiva, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia

^b Enfermera y Magíster en Enfermería. Secretaría de Salud de Medellín, Colombia

^c Especialista en Obstetricia y Ginecología, Magíster en epidemiología. Nacer Salud Sexual y Reproductiva, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de junio de 2017

Aceptado el 17 de octubre de 2017

Palabras clave:

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

Salud del niño

Calidad

acceso y evaluación de la atención de salud

Educación en salud

R E S U M E N

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) busca disminuir la morbi-mortalidad en la población materno-infantil, fortalecer la calidad de los servicios de salud e integrar las redes de atención comunitarias con las de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). En Medellín, entre los años 2012 y 2015 la Secretaría de Salud realizó acciones de capacitación, asesoría, monitoreo y evaluación en los componentes clínico, comunitario y organizacional de la AIEPI, con los siguientes resultados. Componente clínico: se encontró el diseño de un Plan Operativo (PO) y de una ruta de atención en las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y sus redes de IPS. En los últimos años, la adherencia a la estrategia por parte de las IPS ha sido en promedio del 32%; para el año 2015, hubo un cumplimiento del 42% de los estándares no negociables y del 39% de los estándares generales. Mientras que el sector público, en este mismo año, alcanzó un 87% de cumplimiento de los estándares no negociables y un 88% de cumplimiento de los demás estándares. Componente comunitario: se logró articular la estrategia AIEPI con la política pública de primera infancia liderada por el programa Buen Comienzo. Componente organizacional: se logró la conformación del Comité de Infancia y Maternidad Segura para planear, implementar y evaluar la estrategia AIEPI, que luego se fue expandiendo a otros temas materno-infantiles. En conclusión, este proceso presenta logros y desafíos que deben ser enfrentados, fortaleciendo la articulación intersectorial e interinstitucional y la participación de diferentes actores sociales de la ciudad, desde un enfoque de derechos y con un abordaje integral desde la etapa preconcepcional, la gestación y la primera infancia.

*Autor para correspondencia. Nydia Stella Caicedo Martínez
Correo electrónico: centronacer@udea.edu.co

Advances and Challenges on the IMCI Strategy in Medellín (2012-2015)

A B S T R A C T

Keywords:

Integrated management of childhood illness
Child health, Quality
Health-care quality access and assessment
Health education

The Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) strategy seeks to reduce morbidity and mortality in the maternal-child population, to strengthen health-services quality, and to integrate the community care networks with those of the Health Provider Institutions (HPI). During the years 2012 and 2015, Medellín's Secretary of Health carried out actions of training, advice, monitoring and assessment of the clinical, community and organizational components of the IMCI, with the following results. Clinical component: the design of an Operational Plan (OP) and an attention route within the Benefit Plans Management Companies (BPMC) and their associated HPI. In recent years, the adherence to the strategy by the HPI has been on average of 32%; by 2015, there was a compliance of 42% with non-negotiable standards and of 39% with general standards. In this same year, the public sector reached an 87% compliance with non-negotiable standards and an 88% compliance with other standards. Community component: the IMCI strategy was articulated with the early-childhood public policy led by the Buen Comienzo program. Organizational component: in order to plan, implement and evaluate the IMCI strategy, it was created the Childhood and Safe Motherhood Committee, which was later expanded to other maternal-child issues. In summary, this process presents both achievements and challenges that must be addressed by strengthening the intersectoral and interinstitutional alliances as well as the involvement of different social actors of the city, from a comprehensive, rights-based approach commencing from the preconception stage, pregnancy, and early childhood.

Introducción

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una iniciativa que fue propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el año 1993. Esta estrategia surgió con el objetivo de disminuir la morbi-mortalidad en la primera infancia por causas evitables. Posteriormente, a esta estrategia fueron integradas las mujeres en proceso de gestación, parto y postparto. En Colombia, donde es conocida y promovida desde 1998 (1), además de su utilidad para impactar la morbi-mortalidad, también ha permitido fortalecer, a partir de una atención integral, la calidad de los servicios de salud, promover las prácticas saludables familiares que contribuyen al bienestar de la población materno-infantil e integrar las redes de atención comunitarias con las de las instituciones de salud.

La estrategia AIEPI propone un conjunto de acciones curativas, de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad en el hogar, la comunidad y los servicios de salud (2).

En el marco del Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015 "Medellín un hogar para la vida" y su Plan de Salud "Medellín ciudad saludable", la Secretaría de Salud de Medellín y la Universidad de Antioquia desarrollaron un proyecto mediante el cual se llevaron a cabo acciones dirigidas a mejorar la atención en salud de la población materno-infantil, entre las cuales se encuentra el fortalecimiento de la implementación de la estrategia AIEPI en sus tres componentes: clínico, comunitario y de organización local. En este artículo se presentan las acciones realizadas y los resultados más importantes obtenidos en el periodo septiembre de 2012 a diciembre de 2015.

Métodos

Para el fortalecimiento de la estrategia AIEPI en Medellín Colombia, entre los años 2012-2015, la Secretaría de Salud de Medellín realizó acciones de capacitación, asistencia técnica, monitoreo y evaluación, las cuales se retroalimentaron a partir de los resultados obtenidos en los procesos de vigilancia epidemiológica de eventos de interés en salud pública relacionados con la AIEPI, como la mortalidad por enfermedad respiratoria (ERA), enfermedad diarreica aguda (EDA) y desnutrición en niños menores de 5 años. A continuación se detalla la población con la que se trabajó y cuáles fueron las acciones realizadas en cada componente.

Población

En el componente clínico, las acciones de Asistencia Técnica (AT), capacitación, monitoreo y evaluación se desarrollaron con las 8 Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) públicas y privadas que hay en la ciudad y con las 18 redes priorizadas de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que tenían mayor número de niños menores de 5 años afiliados. Estas 18 redes reúnen 107 IPS que corresponden al 94% del total de las IPS (125) que atienden niños menores de cinco años en Medellín.

En el componente comunitario, las acciones de capacitación, AT y monitoreo se llevaron a cabo con el equipo coordinador del programa Buen Comienzo y sus agentes educativos en la modalidad de entorno familiar y Jardines Infantiles (JI). Estos JI tienen la mayor cobertura de niños entre las diferentes sedes del pro-

grama Buen Comienzo (alrededor de 300 niños por cada JI). El programa Buen Comienzo lidera la implementación de la política pública de primera infancia de Medellín, que depende directamente de la Secretaría de Educación, aunque reúne esfuerzos y recursos de diferentes sectores públicos y privados, como la Secretaría de Salud y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). El ICBF “trabaja por la prevención y protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias en Colombia” (3).

El *componente organizacional* se desarrolló con quienes participaron de los componentes clínico y comunitario, y con los integrantes del Comité de Infancia y Maternidad Segura. Este comité se conformó con representantes de la Secretaría de Salud de Medellín, la Unidad de Seguridad Alimentaria de la Secretaría de Inclusión Social, el programa Buen Comienzo, el ICBF, algunas EAPB e IPS, la Liga de la Leche, el Parque de la Vida y las Facultades de la Salud de la Universidad de Antioquia.

Descripción de las acciones definidas en el proceso

En el *componente clínico*, las acciones de AT con las EAPB y sus redes de IPS priorizadas se desarrollaron de forma individual y grupal utilizando diferentes metodologías. Las AT individuales fueron de orden práctico y en su implementación se trabajó con el personal médico responsable de la atención directa de niños menores de 5 años; las actividades grupales se realizaron a través de conversatorios o reuniones concertadas con los equipos que coordinan las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las EAPB e IPS, con los cuales se analizaron las necesidades de cada institución y los resultados obtenidos en previas evaluaciones de la aplicación de la estrategia. Los resultados obtenidos se incluyeron en el plan de acción de la estrategia, el cual hace parte del plan operativo (PO), que es un documento de la AIEPI en el que se registran las acciones planeadas y los indicadores que se monitorean en cada institución.

El monitoreo y la evaluación se realizaron una vez por año en las mismas EAPB e IPS, utilizando instrumentos acordes con los últimos lineamientos técnicos de la estrategia difundidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (año 2012). En el monitoreo se privilegió el seguimiento a la gestión de la implementación de AIEPI teniendo en cuenta las etapas del ciclo de la calidad PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar). En la evaluación se verificó la adherencia a la estrategia en la atención médica a niños menores de 5 años con diagnósticos de ERA y EDA atendidos en las IPS, a partir de la revisión de una muestra de historias clínicas. Esta muestra fue a conveniencia, teniendo en cuenta las posibilidades del proyecto (30 historias clínicas por IPS evaluada); la selección de la muestra se hizo de manera aleatoria (utilizando el programa Excel), empleando los listados de las atenciones brindadas en cada institución en los tres meses previos a la fecha de la evaluación. El número de Historias Clínicas (HC) evaluadas en el año 2012 fue de 489, en 2013 de 207, en 2014 de 342 y en el 2015 de 347, para un total de 1385 HC en el periodo 2012-2015.

Para la evaluación de adherencia del 2014, hubo algunos cambios en la medición, dividiendo en dos grupos los estándares que se venían aplicando: a unos se les denominó no-nego-

ciables y a los otros, estándares generales. Los no negociables se consideran los criterios más importantes, dada su relación con la seguridad del paciente, la calidad de la atención y el cumplimiento de las metas de salud pública. Para presentar los resultados del periodo 2012-2015, se hizo un ejercicio de homologación de los estándares no negociables y criterios generales de estos cuatro años.

Las capacitaciones contempladas en este proyecto entre 2012-2015 fueron de diferentes tipos. En el *componente clínico*, se realizaron 6 cursos en línea para médicos y pediatras (80 horas certificadas por curso), 2 cursos de actualización (24 horas certificadas por curso) y 6 cursos para personal no médico (60 horas certificadas por curso). En el *componente comunitario*, se realizaron 8 talleres presenciales de actores sociales (8 horas certificadas por taller), 5 cursos mixtos de agentes comunitarios básicos (40 horas certificadas por curso) y 7 cursos mixtos de agentes comunitarios facilitadores (40 horas certificadas por curso). En el *componente de organización local*, se hicieron dos talleres presenciales de 8 horas cada uno.

Las acciones de AT y el monitoreo del *componente comunitario* se desarrollaron con los JI de Buen Comienzo. Cada año, se realizaron acciones de AT 2 veces y 1 monitoreo. El monitoreo se hizo por medio del levantamiento y análisis de algunos indicadores priorizados.

Las actividades del *componente organizacional* se realizaron en los encuentros mensuales del Comité de Infancia y Maternidad Segura, en el cual se generaron líneas de trabajo para hacer énfasis en algunos momentos del curso de vida.

Las acciones de AT, capacitación, monitoreo y evaluación de los tres componentes fueron lideradas por un equipo de médicos, enfermeros y nutricionistas, con capacitación certificada en la estrategia y con experiencia mínima de cinco años como asesores en AIEPI.

Resultados

A continuación se presentan los principales resultados obtenidos en cada componente de la estrategia, los cuales respondieron a algunas de las actividades definidas en el Plan Operativo (PO) de AIEPI de la ciudad de Medellín en el periodo 2012-2015. Este PO fue la guía durante el proyecto, el cual, al finalizar el año 2015, presentaba una ejecución del 100%.

Componente clínico

En las acciones de AT, se acompañó la elaboración de un PO y una ruta de atención de la AIEPI por cada una de las 8 Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y de las 18 redes de IPS priorizadas. La ruta de atención busca esquematizar y documentar el proceso para garantizar una atención en salud prioritaria y con calidad; en aproximadamente la mitad de estas instituciones dicha ruta se encuentra en proceso de implementación. También se logró articular la estrategia a las políticas institucionales de las EAPB y sus redes de IPS priorizadas, y se avanzó en la adopción de la historia clínica de la AIEPI en 6 de las 8 EAPB y sus redes de IPS.

En las acciones de monitoreo, se encontró que, al cierre del año 2015, había una ejecución del PO de las EAPB y sus redes de IPS que oscilaba entre 9% y 100%; el 9% de ejecución corresponde al de una EAPB privada que inició su funcionamiento recientemente en Medellín. En la tabla 1 se resumen los resultados de 2014 y 2015.

La evaluación de adherencia en el componente clínico evidenció que, entre 2012-2015, el promedio de cumplimiento de la estrategia en las instituciones de salud fue del 32%; para el año 2015, la adherencia promedio a la estrategia en la ciudad para los estándares no negociables y los estándares generales fue de 40% y 37%, respectivamente. Si se revisan los resultados por cada una de las redes de IPS evaluadas, estos oscilan entre el 6% y el 98%. Los mejores resultados están en el sector público: en el año 2015, el consolidado de la adherencia en la red de la ESE del sector público fue del 87% en cuanto a los estándares no negociables y del 88% respecto a los estándares generales.

En la Tabla 1 se presentan los principales resultados en términos de la adherencia global en la ciudad y en el sector público, en particular, durante los últimos años. En la Tabla 2 se resumen los resultados de los estándares no negociables en la ciudad, tanto generales como los del sector público en específico.

En cuanto a la capacitación en el componente clínico, entre el periodo 2012-2015, se logró certificar a 537 médicos y pediatras en el curso clínico de AIEPI, a 44 médicos en la actualización de la estrategia y a 205 profesionales de la salud en el curso para personal no médico.

Componente comunitario

En este componente, se logró articular la estrategia AIEPI con la política pública de primera infancia de la ciudad. Con represen-

tantes del programa Buen Comienzo se logró incluir en sus lineamientos técnicos acciones para la promoción de las 18 prácticas clave de la AIEPI, así como las directrices para la orientación de servicios de salud de la población materno-infantil. En cuanto a la educación de prácticas clave, estas fueron trabajadas con los agentes educativos del programa, quienes las han incorporado a su quehacer diario en el trabajo con los niños y sus familias.

El monitoreo del año 2014 y 2015 se pudo realizar en 17 jardines de un total de 18. En estos JI había en promedio 5.000 niños y niñas matriculados. En la Tabla 3 se presentan los indicadores monitoreados y los resultados consolidados por año.

En las capacitaciones del componente comunitario del periodo 2012-2015, se logró certificar 248 personas en el taller de actores sociales, 103 en el curso de agentes comunitarios de salud básica y 269 como agentes facilitadores comunitarios de salud. Se ha enfatizado en este último perfil de facilitadores para lograr una mayor multiplicación de la capacitación.

Componente de organización local

En este componente se busca la adecuada articulación entre los tres componentes de la AIEPI y de estos, a su vez, con otros proyectos, programas y estrategias. El mayor logro impulsado desde este componente es la conformación del Comité de Infancia y Maternidad Segura, el cual surgió en el año 2013 como una necesidad para planear, implementar y evaluar la estrategia AIEPI, pero luego se fue expandiendo a otros temas relacionados con la maternidad y la infancia. En este comité se ha promovido la articulación entre las acciones realizadas a nivel clínico-institucional y comunitario, y la generación de nuevas propuestas técnicas para fortalecer la atención integral a la población materno-infantil.

Tabla 1. Porcentaje de cumplimiento al monitoreo del plan operativo de AIEPI. EAPB-IPS, Medellín, 2014 y 2015

EAPB y su red de IPS	2014	2015
EAPB-IPS privada 1	100%	100%
EAPB-IPS privada 2	91%	97%
EAPB-IPS privada 3	87%	97%
EAPB-IPS pública	86%	92%
EAPB-IPS privada 4	76%	89%
EAPB-IPS privada 5	60%	52%
EAPB-IPS privada 6	48%	56%
EAPB-IPS privada 7	13%	9%

Tabla 2. Porcentaje de cumplimiento de adherencia de los estándares no negociables y generales de la estrategia AIEPI. Medellín y sector público, 2012-2015

	Estándares no negociables			
	2012	2013	2014	2015
Ciudad	21%	35%	40%	42%
Sector público	74%	87%	84%	87%
	Estándares generales			
	2012	2013	2014	2015
Ciudad	20%	28%	37%	39%
Sector público	54%	62%	79%	88%

Tabla 3. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores monitoreados en el componente comunitario. Consolidado de los Jardines Infantiles de Buen Comienzo. Medellín, 2014 y 2015

Indicadores	Año	
	2014	2015
Niños afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)	97%	98%
Gestión oportuna para la afiliación al SGSSS de los niños que aún no se encontraban afiliados	94%	100%
Niños menores de 3 años atendidos en el programa de crecimiento y desarrollo en los últimos seis meses	64%	88%
Niños mayores de 3 años y menores de 6 años atendidos en el programa de crecimiento y desarrollo en el último año	67%	81%
Niños menores de 6 años con esquema de vacunación adecuado para la edad	80%	96%
Niños menores de 6 años referidos a las instituciones de salud por enfermedades abordadas en AIEPI*	9%	42%
Educación a las familias en las 18 prácticas clave	78%	99%
Niños menores de 6 años con acciones de salud bucal	50%	86%
Niños de 4 y 5 años con tamizaje visual	47%	89%
Niños entre 2 y 5 años con tamizaje en salud auditiva	55%	83%
Al menos un agente educativo certificado en AIEPI por jardín	85%	100%

* Hasta el año 2015 se activó oficialmente la ruta de AIEPI de ciudad.

En las dos capacitaciones realizadas en este componente se alcanzó un total de 31 certificaciones.

Discusión

Es fundamental que procesos como el del fortalecimiento de la implementación de la estrategia de AIEPI no se realicen de manera aislada, desconociendo otros esfuerzos e iniciativas, ni lineamientos nacionales, departamentales y locales. Por esta razón, en Medellín la AIEPI se ha articulado a la política pública de primera infancia, la cual busca garantizar el derecho de niños-niñas menores de 6 años a recibir una atención integral en instituciones de salud, el hogar y la comunidad.

La apuesta de la estrategia de AIEPI ha requerido de una labor intersectorial e interinstitucional, además de la participación y el liderazgo de diferentes actores sociales de la ciudad, los cuales se han ido sumando a medida que se ha avanzado en el proceso de implementación. No obstante, se requiere seguir avanzando en una mayor comprensión de la importancia del reconocimien-

to de la primera infancia como una población sujeto de derechos y no simplemente como objeto de protección. En relación con este postulado, la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia considera que es imperativo y fundamental asegurarles a los niños y niñas un crecimiento y desarrollo sanos, en ambientes que den respuestas integrales al logro de sus realizaciones desde un enfoque de derechos (4).

Como un ejemplo del trabajo articulado para implementar la AIEPI, se puede citar al equipo de la EAPB y su red de IPS del sector público, el programa Buen Comienzo y la SSM por medio del proyecto “Así te ves salud”; labor conjunta que ha dado como resultado la adherencia a la estrategia AIEPI más alta en la ciudad (87% en los estándares no negociables y 88% de los estándares generales) y uno de los más altos cumplimientos en la implementación del plan operativo de la estrategia (92%). Estos mismos resultados contrastan con los del sector privado que, si bien ha logrado algunos avances en la implementación del PO, en la adherencia a la estrategia aún presenta bajo cumplimiento, lo que ha estancado el promedio de la ciudad, situación que constituye un reto para las diferentes EAPB e IPS privadas de Medellín.



Gráfico 1. Porcentaje de cumplimiento de la adherencia global de los médicos a la estrategia AIEPI. Medellín y sector público, 2012-2015

Es importante mencionar que, si bien en Medellín la estrategia AIEPI se ha enfocado en la primera infancia, esta también propone un abordaje desde la etapa preconcepcional, la gestación, el parto y el puerperio, aspectos que se convierten en un desafío pues aún se evidencia fragmentación entre la atención a las mujeres gestantes y la de sus hijos, siendo que unas y otros, realmente, conforman un binomio indisoluble. De esta manera, es necesario consolidar propuestas más significativas para las familias y más integradoras, teniendo en cuenta que la vida, el desarrollo y la atención integral se deben comprender como un todo y como una unidad no fragmentada en dimensiones (5).

En cuanto a los indicadores del componente comunitario de la AIEPI, se pudo observar que en algunos de ellos se tuvo avances, pero en otros aún hay retos por enfrentar, la mayoría de ellos relacionados con la cobertura y la oportunidad de la atención de los niños en las instituciones de salud, así como con la necesidad de una mayor articulación entre el componente clínico y comunitario de la estrategia. Se considera relevante dar continuidad al monitoreo y evaluación de la estrategia de manera que se puedan visibilizar objetivamente los resultados de su implementación, tal como también se sugiere en otro estudio de la aplicación de la AIEPI en el Perú (6).

Igualmente, se plantea como un desafío fundamental continuar con la educación en y promoción de las prácticas clave, las cuales buscan promover la salud y prevenir la enfermedad en población materno-infantil. Asimismo, se pone de manifiesto la necesidad de que los tres componentes de la AIEPI se direccionen hacia un enfoque más amplio, que abarque determinantes sociales de la salud y que fortalezca el trabajo intersectorial, el cual se ha venido promoviendo con base en la premisa de que la salud no solo se transforma a través de lo que interviene en el sector salud; transformación que debe facilitar la participación comunitaria, de manera que los servicios de salud tengan en cuenta las verdaderas necesidades de la población y el contexto en el que esta vive.

Agradecimientos

Secretaría de Salud de Medellín, entidad financiadora del proyecto. Programa Buen Comienzo. Equipo de Nacer Salud Sexual y Reproductiva, Universidad de Antioquia. Alonso Escobar Ospina, Bibliotecólogo, Nacer Salud Sexual y Reproductiva, Universidad de Antioquia.

Financiación:

Alcaldía de Medellín

Conflicto de intereses:

Los autores manifestamos que no tenemos ningún conflicto de interés

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia : libro clínico. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2012.
2. AIEPI. Guía para organizaciones de base: componente comunitario de la Estrategia AIEPI. Bogotá D.C.: Colombia Ministerio de la Protección Social; 2010.
3. Colombia Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. ¿Qué es el ICBF? [Internet]. <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/EiInstituto> (Fecha de consulta: 23 de octubre de 2017).
4. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia de atención integral a la primera infancia: fundamentos políticos, técnicos y de gestión. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional; 2013.
5. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social Instituto Nacional de Salud. Lineamiento para la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.
6. La estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia en el Perú. *Rev Panam Salud Pública* 2005;17(4):280-1.