

de origen animal. Por esa razón, se están tratando de cultivar nuevas variedades de cereales con concentraciones más altas de cinc. Asimismo se buscan las maneras de aumentar la cantidad de cinc que se obtiene de los cereales y legumbres por fermentación, germinación o remojo en el ambiente doméstico. Como recomendación principal se destaca incorporar la entrega de cinc a programas ya establecidos para combatir la diarrea y no crear programas nuevos con ese fin. (Shrimpton R, et al. Zinc deficiency: what are the most appropriate interventions? *Br Med J.* 2005;330:347-9.)

La estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia en el Perú

En 1992, la OMS y el UNICEF lanzaron conjuntamente la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). El fin de esta nueva estrategia de alcance mundial es combatir las enfermedades mortales que puedan prevenirse, detectarse tempranamente y tratarse con medios ya asequibles en los niños menores de 5 años. Entre esas dolencias se destacan la neumonía, la diarrea, el sarampión, el paludismo y la desnutrición. La AIEPI busca mejorar el desempeño de los trabajadores de salud; el sistema sanitario local que apoya la estrategia, y las prácticas comunitarias y familiares relacionadas con la salud y el desarrollo de los niños. Las áreas enfocadas incluyen inmunización, lactancia materna, nutrición complementaria, ingesta de micronutrientes, higiene personal y del hogar, uso de mosquiteros, alimentación y rehidratación durante las enfermedades, tratamiento de las enfermedades infecciosas en el hogar, empleo de los servicios de atención, cumplimiento con los tratamientos indicados, promoción del desarrollo mental y social, y uso de la atención prenatal.

El éxito de la AIEPI depende de su adaptación a cada situación nacional. Así adaptada, la estrategia se inició en el Perú en 1996 y el Ministerio de Salud decidió que el adiestramiento pertinente se centrara en los médicos y enfermeras que atendían a los menores de 5 años. Puesto que la AIEPI debe probarse en localidades piloto antes de diseminarse, la estrategia solo pasó a la fase de expansión en 1998. El número de trabajadores de salud adiestrados en la AIEPI aumentó hasta 1999 y disminuyó en 2000 y 2001 con una cobertura estimada de 10,3% de médicos y enfermeras. Para iniciar el componente comunitario de la estrategia, en el año 2000 se empezó a instruir a trabajadores comunitarios pero no se logró una buena coordinación entre los servicios locales y los centrales. Durante esos años hubo en el país nueve ministros de salud, debido a una

serie insólita de cambios políticos. Datos del 2001 y 2002 muestran que la mitad de las muertes de niños ocurrían durante los primeros siete días de vida. En 18,8% de los menores de cinco años, la muerte se debía a infecciones agudas respiratorias y, en 5,6%, a diarrea. Uno de cada cuatro niños sufría de retraso del crecimiento y 0,9%, de peso insuficiente para la edad. Los servicios de salud cubrían a 75% de la población.

En el 2001 se incluyó al Perú entre cinco países seleccionados por la OMS para evaluar la efectividad de la AIEPI. En los 34 distritos de salud del Perú se observó que la estrategia no se había institucionalizado, sino que se ejecutaba paralelamente con los programas contra las enfermedades respiratorias agudas y la diarrea. No tenía presupuesto ni personal propio. Los distritos carecían de datos sobre la implantación de la estrategia, por ejemplo, de los fondos invertidos en este y otros programas de salud infantil o el número de personas adiestradas para trabajar en la AIEPI. Las personas que ejercían la supervisión pertenecían a programas como el Programa Ampliado de Inmunización y no habían sido adiestradas específicamente para esa labor. Tampoco se encontró información específica relacionada con la estrategia en cuanto a la disponibilidad de medicamentos esenciales, vacunas y equipo material necesario. En lo que se refiere al entrenamiento de personas de la comunidad con énfasis en la dispersión de mensajes de la AIEPI, la OPS ha brindado su orientación a un programa de cinco días ofrecido por el Ministerio de Salud junto con otros organismos. Al momento de la evaluación no había una coordinación sinérgica entre el adiestramiento de ambiente comunitario y el del personal clínico.

Si bien la AIEPI llegó a los 34 distritos del Perú, no alcanzó la cobertura necesaria para generar cambios en los indicadores de salud y mortalidad infantil. Faltó un sistema de monitoreo con recomendaciones concretas sobre cómo recoger, analizar e interpretar datos para mejorar los servicios y programas. No se planeó ni se incluyó en los presupuestos la supervisión que se necesitaba para el éxito de la estrategia. Las limitaciones que obstaculizaron la AIEPI abarcaban los hogares, comunidades, políticas públicas y otros sectores. Debido a la política de rotación del personal sanitario, más de 40% de los funcionarios adiestrados eran trasladados al cabo de un año o dos. Los problemas de gobernanza y falta de un compromiso firme permitieron que la estrategia de salud infantil se iniciara sin una estructura definida al nivel nacional y de distrito. En consecuencia, también se traslaparon diversos programas similares que competían por los recursos. Por otra parte, la propia configuración de montaña y selva del Perú dificulta el acceso de la

población a los servicios de salud. Además, uno de los indicadores clave para la salud infantil es el grado de escolaridad de las madres y, en el Perú, la tasa general de alfabetización de la mujer es de 16%. El Ministerio de Salud está trabajando para mejorar la situación de la AIEPI y recientemente se cuenta con el apoyo de nuevos asociados internacionales. Otros países que desean establecer una amplia cobertura equitativa de servicios de salud que favorezcan la supervivencia infantil pueden aprender de la experiencia del Perú. (Huicho L, et al. Scaling up Integrated Management of Childhood Illness to the national level: achievements and challenges in Peru. *Health Policy Plan* 2005;20(1):14–24.)

Prevención del embarazo de adolescentes en una escuela secundaria de Chile

En Chile, 15,6% de los niños nacidos vivos entre 1996 y 1998 tenían madres de 15 a 19 años de edad. La tasa de embarazo en ese grupo de edad es de 40 por 1 000, excluidos los abortos ilegales, que no se registran. Durante el crecimiento físico y emocional de la adolescencia, las niñas a menudo se exponen a comportamientos sexuales que conllevan el riesgo de embarazos involuntarios e infecciones de transmisión sexual. Ambos casos se dan con frecuencia creciente tanto en Chile como en otros países. Las adolescentes no tienen acceso a anticonceptivos eficaces e interesa educarlas para que pospongan su experiencia sexual. Con ese fin, se evaluó el programa TeenSTAR, que se centra en la abstinencia, en una escuela pública de enseñanza secundaria para niñas en Santiago, Chile.

El grupo de estudio comprendió a 1 259 jovencitas, que se distribuyeron en tres cohortes de acuerdo con el año (de 1996 a 1998) en que empezaron su educación secundaria. Las alumnas de la cohorte de 1996 no se sometieron a ninguna intervención. Las de 1997 y 1998 se distribuyeron aleatoriamente en dos grupos, con permiso escrito de los padres. En un grupo se probó el programa TeenSTAR y en el otro (grupo testigo) no se les ofreció instrucción alguna sobre el comportamiento sexual. El estudio fue prospectivo, con seguimiento de todas las cohortes durante los cuatro años de instrucción secundaria. Las tasas de embarazo de los grupos de intervención y de referencia se registraron y más tarde se contrastaron y se midieron. Se calculó la razón de riesgos (IC95%) de cada grupo.

Las participantes eran jóvenes de raza blanca, pertenecían a familias con ingresos medianos o bajos y tenían de 15 a 16 años de edad. La intervención abarcó a 210 de las 423 alumnas de la cohorte de 1997 y a 328 de las 411 en la cohorte de 1998. El programa

hizo hincapié en la importancia de los aspectos biológicos y fisiológicos de la fecundidad y los aspectos psicológicos y personales de la sexualidad. La instrucción se impartió en 14 unidades semanales durante un año escolar. Se presentaron como temas principales las diferencias entre los sexos; los prejuicios sociales al respecto; anatomía y fisiología de los órganos reproductivos; pubertad en ambos sexos; anotación de los períodos de fecundidad de la mujer; dominio de las emociones y del comportamiento; manipulación de la sexualidad en los medios; control y cumplimiento de decisiones; matrimonio y familia; comienzo y valor de la vida humana; métodos de planificación familiar; y embarazo, parto y lactancia. Cada unidad se compuso de períodos de discusión y lluvia de ideas; instrucción sobre la fecundidad; asignación de deberes; estudio de videos; y cultivo de la capacidad personal por medio de dramatización, actuación y debates en grupo. En la unidad 12 se les enseñaba la teoría de los métodos anticonceptivos, si bien no se recomendaba su uso, ya que el programa abogaba por la abstinencia. Las estudiantes podían participar voluntariamente en sesiones de orientación confidenciales. Se hizo hincapié sobre todo en estimular en cada adolescente el sentido de su propio valor y en promover su capacidad para tomar decisiones basadas en información confiable. Se capacitaron como monitores del programa maestras regulares de distintas materias, tuvieran o no relación con la educación sexual o la biología.

En la cohorte de 1996 (425 alumnas) se registraron 53 embarazos durante el período de seguimiento, con una tasa anual promedio de 3,86%. En el grupo de intervención de la cohorte de 1997 (210 alumnas) hubo 6 embarazos durante el período de seguimiento y 35 en el grupo testigo (213 alumnas); es decir, las tasas fueron 3,3% y 18,9%, respectivamente (riesgo relativo [RR]: 0,176; intervalo de confianza de 95% [IC95%]: 0,076–0,408). En la cohorte de 1998, hubo 13 embarazos en el grupo de intervención (328 alumnas) y 17 en el grupo testigo (83 alumnas), con tasas de 4,4% y 22,6%, respectivamente (RR: 0,195; IC95%: 0,099–0,384). El programa claramente se mostró eficaz para prevenir el embarazo no deseado en adolescentes y su influencia se extendió a los cuatro años de instrucción secundaria. La colaboración de las maestras que sirvieron de monitoras fue sumamente importante. Como resultado de esa experiencia, a partir de 1999 el programa TeenSTAR se ha incluido como parte del currículo regular de todas las estudiantes de primer año. (Cabezón C, et al. Adolescent pregnancy prevention: an abstinence-centered randomized controlled intervention in a Chilean public high school. *J Adolesc Health* 2005;36(1):64–9.)