

La estrategia AIEPI y su contribución a la salud infantil

Nuevos Paradigmas en la Enseñanza de la Pediatría

Yehuda Benguigui ¹

¹ Jefe de la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH/CA). Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Washington, DC, USA.

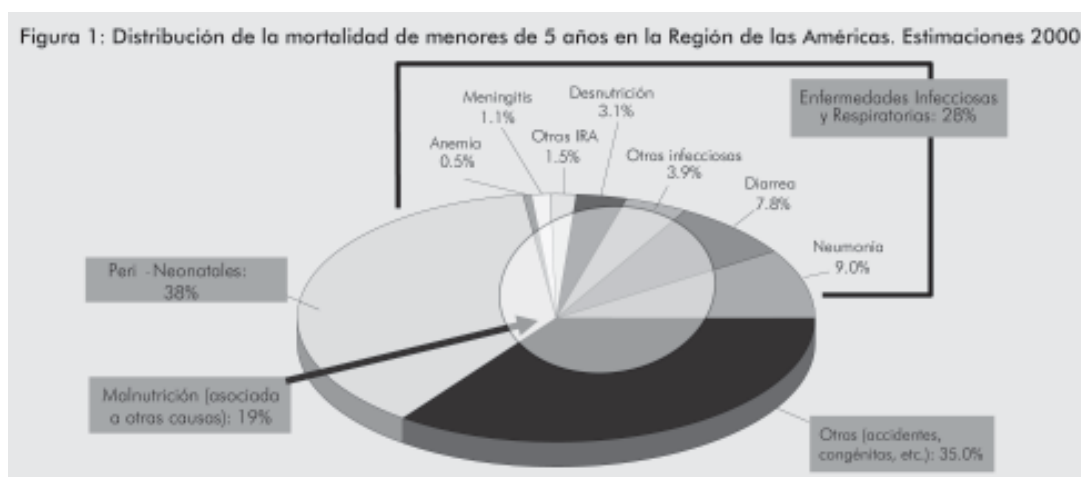
La salud de la niñez en las Américas

Aunque durante los últimos decenios se han logrado importantes avances en la prevención y tratamiento efectivo de las enfermedades, la mortalidad durante los primeros años de vida continúa siendo un hecho frecuente. En el continente americano se estimó a fines del Siglo XX que un número aproximado de medio millón de niños y niñas morían antes de llegar a los cinco años de edad; lo que representó una tasa de mortalidad de 33,4 por cada 1.000 nacidos vivos.

Las enfermedades infecciosas, las enfermedades respiratorias y la desnutrición representaron en 2000 alrededor del 27% del total de las defunciones del grupo (Figura 1).

Sin embargo, a pesar de la persistencia de estos problemas, éstos ya no constituían la principal causa de mortalidad durante la infancia, como sí lo habían hecho durante la década de los 60 y de los 70.

Las causas asociadas al período perinatal, representaron en 2000 la principal causa de mortalidad de menores de cinco años en el continente americano; y se estima que ocasionaron alrededor de 200.000 defunciones, la mayoría de ellas antes del mes de vida, aportando el 38% del total de las muertes que ocurrieron ese año por debajo de los cinco años de edad. Las afecciones perinatales son la principal causa de morta-



lidad infantil en la Región de las Américas, y son responsables de alrededor del 60% de las defunciones que ocurren antes del primer año de vida.

Complementando el perfil de mortalidad, la desnutrición se estimó responsable directa de un 3% de las muertes de niños menores de cinco años, pero se estimó asociada a alrededor de un 20% del total de muertes del grupo, que tuvieron como causa final principalmente una enfermedad infecciosa o respiratoria.

La descripción anterior, al basarse en promedios regionales, ocultan sin embargo las diferencias existentes entre los países. Mientras en la Región de las Américas como un todo se estima que 33 de cada 1.000 nacidos vivos morirán antes de llegar al año de vida, este riesgo varía según el país de nacimiento. En Canadá, que es el país con menor mortalidad, sólo entre seis y siete de cada 1.000 nacidos vivos mueren antes del año de vida; mientras que en Haití, que es el país con mayor mortalidad, el número de nacidos vivos que muere antes de llegar al año de edad es de 108 por cada 1.000 niños que nacen. De este modo, los recién nacidos en Haití tiene aproximadamente un riesgo relativo de morir de 16,4 con respecto a los recién nacidos en Canadá.

El mayor riesgo de morir está también asociado a un perfil de la mortalidad diferente (Figura 2).

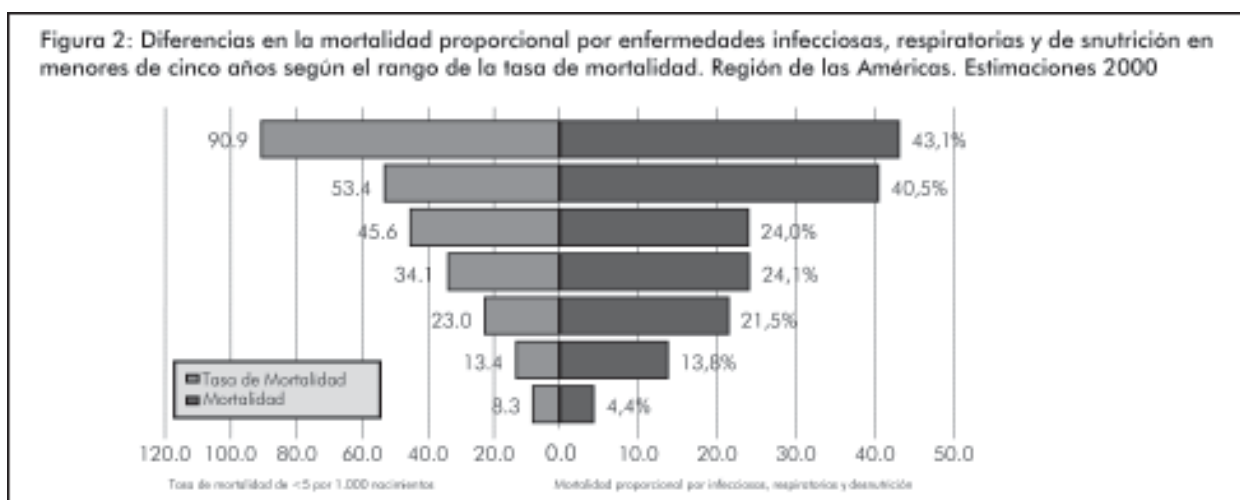
En los países con elevada tasa de mortalidad en menores de cinco años, el peso de las enfermedades infecciosas, las enfermedades respiratorias y la desnutrición dentro de la mortalidad es mucho mayor que en los países con tasas de mortalidad más baja.

En los ocho países que en 2000 tenían una tasa de mortalidad estimada de menores de cinco años superior a 50 por 1.000 nacidos vivos, las enfermedades infecciosas, las enfermedades respiratorias y la desnutrición eran responsables de por lo menos el 40% de las muertes de menores de cinco años.

En el otro extremo de la distribución, en los países con una tasa de mortalidad estimada menor de 10 por 1.000 nacidos vivos, el peso proporcional de estas causas en la mortalidad fue menor al 5%.

De este modo, la razón entre la proporción de muertes de menores de cinco años debida a enfermedades respiratorias, enfermedades infecciosas y desnutrición entre ambos grupos de países fue en 2000 de 9,8.

En el centro de la distribución, en los países con mortalidad de menores de cinco años entre 20 y 30 por 1.000 nacidos vivos, esas enfermedades fueron la causa de menos de un tercio de las muertes de menores de cinco años.



Fuente: Unidad de Salud del Niño y del Adolescente (FCH/CA) con base en datos enviados por los países y estimaciones del Área de Análisis de Situación de Salud (AIS). Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 2004.

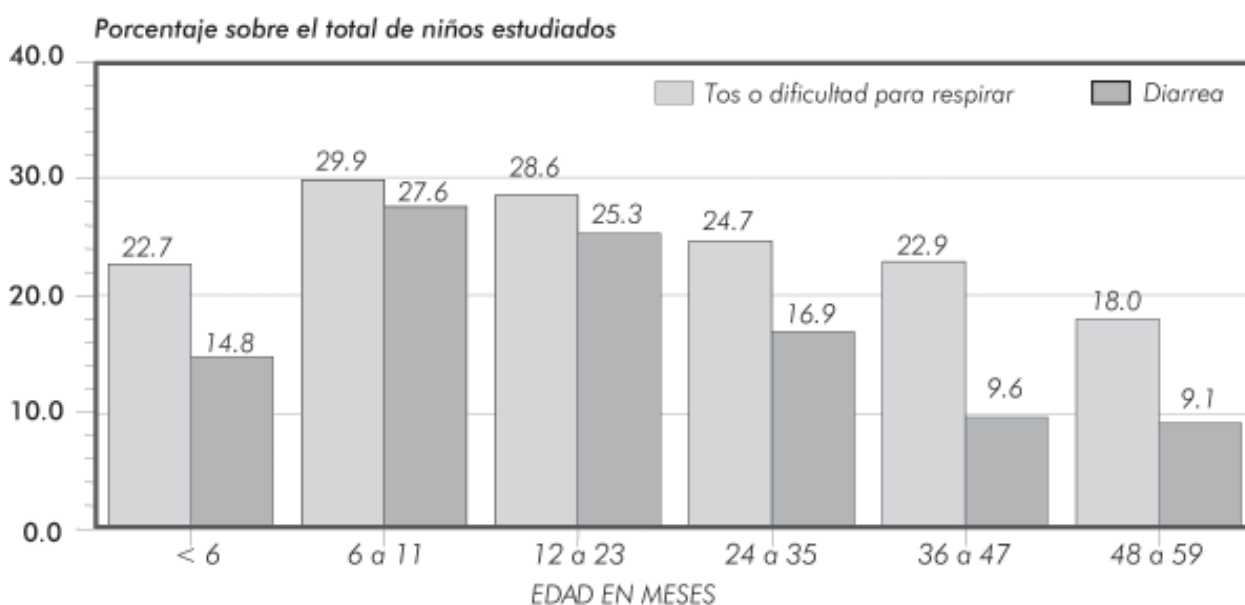
Fuera de su peso como causa de mortalidad las enfermedades infecciosas, y especialmente las enfermedades respiratorias, continúan constituyendo una causa muy frecuente de enfermedad entre los menores de cinco años (Figura3).

Encuestas realizadas en comunidad en distintos países muestran que entre un 10% y un 30% de los niños menores de cinco años han sufrido algún episodio de una de estas enfermedades en las últimas dos semanas. Esto significa una incidencia anual de diarrea de alrededor de dos a seis episodios por niño, y una incidencia de enfermedades respiratorias de entre cuatro y ocho episodios.

Con base en estas encuestas se puede observar que un niño puede tener un episodio de alguna de estas enfermedades por lo menos una vez al mes.

que no están desnutridos, pero que tienen carencias de micronutrientes como la vitamina A o el Zinc, entre otros, tienen más riesgo de padecer episodios de enfermedad de mayor duración o de mayor gravedad.

Además de este conjunto de enfermedades infecciosas que afectan la salud de los menores de cinco años, otros problemas han emergido como causa de deterioro de la salud infantil. Entre estos problemas pueden destacarse las enfermedades obstructivas de las vías respiratorias inferiores, que se instalan de manera crónica y limitan la actividad del niño, enfermedades metabólicas como la diabetes, en la que se ha registrado una creciente incidencia a edades cada vez más jóvenes, y problemas como el maltrato, la violencia y el abuso sexual,



Este hecho no sólo tiene repercusión en cuanto a la cantidad de tiempo que el niño pasa afectado por diversas enfermedades durante su primera infancia, sino también en el crecimiento y el desarrollo durante este importante período de la vida. Asimismo, la elevada frecuencia con que un niño está expuesto a las enfermedades resalta la importancia de que se encuentre en la mejor condición nutricional para defenderse de la agresión de los agentes infecciosos. En este sentido, aún los niños

que están siendo mencionados cada vez con mayor frecuencia como causa de morbilidad y mortalidad durante la infancia en muchos países del continente.

Todos estos problemas se asocian también al ambiente cambiante en que los niños nacen, crecen y se desarrollan, que muchas veces los expone a un mayor riesgo de enfermedades o de agravamiento de las mismas. En este sentido, por ejemplo, el incremento en la incidencia de enfermedades respi-

ratorias obstructivas se ha asociado a la mayor contaminación del aire, tanto en el interior del hogar como en el exterior, con partículas irritantes de las vías respiratorias; y algunas malformaciones congénitas se han asociado a contaminantes químicos que afectaron la salud materna durante determinadas etapas del embarazo.

La atención de la salud infantil, en este marco, va adquiriendo gradualmente una complejidad cada vez mayor, y requiere disponer simultáneamente de conocimientos, prácticas y suministros apropiados para el manejo de problemas que tradicionalmente afectaron la supervivencia infantil, junto con aquellos dirigidos a la evaluación, detección y tratamiento de problemas y enfermedades emergentes que están poniendo en riesgo la salud de la niñez. Esta situación se da en un marco regional en el cual muchos niños y sus familias no tienen acceso a servicios básicos de salud, lo cual los pone en una situación de gran vulnerabilidad, incrementando el riesgo de agravamiento y de muerte.

Contribución de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, AIEPI, al mejoramiento de la salud de la niñez

La supervivencia infantil y el crecimiento y desarrollo saludables han constituido una prioridad para el desarrollo de intervenciones destinadas a la prevención y tratamiento efectivo de las enfermedades que con mayor frecuencia afectan la salud de los niños y niñas en todos los países del mundo. Estas intervenciones, tales como la vacunación, las normas estandarizadas de manejo de casos, o la incorporación de micronutrientes esenciales en productos de consumo masivo, han contribuido a evitar miles de muertes en todos los países del mundo, y han sido una de las principales causas de la reducción observada en la mortalidad durante la infancia.

En las últimas décadas del Siglo XX, la Región de las Américas fue testigo de la drástica reducción en la mortalidad y en la ocurrencia de enfermedades como la poliomielitis y el sarampión, ambas objeto de programas de erradicación a través de vacunas de alta eficacia. Durante ese mismo período, la reducción en la mortalidad por diarrea y por infecciones respiratorias agudas también fue notable, y contribuyó durante las dos últimas décadas de ese siglo a un marcado incremento en la esperanza de vida de toda la población.

Estas intervenciones, implementadas a través de programas específicos, fueron integradas a mediados de la década de los noventa, en búsqueda de un abordaje que se enfoque más en la condición de salud de los niños que en la detección y tratamiento de enfermedades. Este abordaje se plasmó en la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, AIEPI, que fue elaborado en forma conjunta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) como una respuesta a la necesidad de enfocar la atención y el cuidado del niño en su condición de salud y no en una enfermedad específica.

La estrategia AIEPI incluye una serie de pasos para la evaluación de la condición de salud del niño que permite tanto al personal de salud como a los padres identificar los signos de enfermedad teniendo en cuenta aquellas que con mayor frecuencia se presentan en el lugar en que el niño vive. Para cada signo identificado, la estrategia utiliza un sistema de clasificación basado en el riesgo que el hallazgo implica para la vida y la salud del niño, estableciendo la conducta a seguir que puede ser la necesidad de una consulta urgente a un hospital, el manejo y tratamiento ambulatorio del cuadro, o el cuidado con medidas sintomáticas en el hogar.

Para completar el enfoque integrado, la estrategia AIEPI incluye siempre un conjunto de recomenda-

ciones y medidas dirigidas a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud, incluyendo la verificación del estado de vacunación, la aplicación de las vacunas necesarias, la evaluación de la alimentación que recibe el niño y la suplementación con micronutrientes esenciales.

Gracias a su componente de información, educación y comunicación, la estrategia AIEPI fortalece los conocimientos y las prácticas de la familia para brindar a sus niños el mejor cuidado y atención en el hogar. Esto contribuye a la prevención de enfermedades asociadas a prácticas inapropiadas de cuidado del niño en el hogar (por ejemplo, falta de lactancia materna, inadecuada higiene de los alimentos, condiciones deficientes de saneamiento básico en la vivienda), y a mejorar la cobertura de medidas de prevención específicas como la vacunación. De este modo, los padres mejoran la capacidad de brindarle a sus niños un crecimiento y desarrollo saludables, y también mejoran su nivel de alarma para saber cuándo es necesario buscar atención fuera del hogar ante signos de enfermedad grave.

cuencia afectan la salud infantil (Figura 4). Adicionalmente, también resulta apropiada para llevar al niño y a la familia contenidos de información y educación clave que pueden contribuir a mejorar los conocimientos y las prácticas de cuidado y atención del niño en el hogar, contribuyendo de este modo a la supervivencia infantil y a un crecimiento y desarrollo saludables durante la infancia.

Avances y perspectivas de la estrategia AIEPI en los países de América

El enfoque integrado de la estrategia AIEPI se basa en una secuencia de pasos que conducen a indagar por diferentes signos y síntomas de enfermedad que pueden estar afectando la salud de un niño, independientemente de la razón inicial por la cual el niño está siendo examinado, ya sea por el personal de un servicio de salud, por un personal voluntario en la comunidad, o incluso por sus propios padres. Pero dado que el rango de enfermedades y problemas que pueden afectar la salud del niño es muy amplio, la estrategia fue elaborada

Figura 4: Principales razones por las que la estrategia AIEPI mejora la calidad de atención de la salud en la niñez

- Brinda respuesta al motivo de consulta de los padres
- Busca otros signos y síntomas precoces de enfermedades prevalentes aunque no sean el motivo de consulta
- Trata todas las enfermedades y problemas detectados
- Verifica el estado de vacunación y aplica las vacunas necesarias
- Administra micronutrientes como Hierro y Vitamina A
- Evalúa la condición nutricional del niño, las prácticas de alimentación, y el cuidado y atención que recibe el niño en el hogar
- Da información y educación a los padres para mejorar el crecimiento y desarrollo infantil, y para mejorar la salud de la familia
- Indaga posibles signos de enfermedad en otros integrantes de la familia

De este modo, la estrategia AIEPI resulta apropiada para poner al alcance de los niños un conjunto de intervenciones que se han mostrado efectivas para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento precoz de las enfermedades que con mayor fre-

incorporando aquellas que son más frecuentes según el perfil epidemiológico del sitio de aplicación. Por esta razón, la implementación de la estrategia incluye una primera etapa dirigida a adaptarla a las condiciones locales, basando esta adaptación

en consideraciones de tipo epidemiológicas (orden de frecuencia de las enfermedades infantiles en cada lugar) y en consideraciones de tipo operativa (disponibilidad de recursos en el lugar para la atención de las distintas enfermedades).

En su versión genérica, la estrategia AIEPI incluye un conjunto básico de enfermedades que afectan con mayor frecuencia la salud de los menores de cinco años según los datos disponibles de la mayoría de los países en desarrollo (Cuadro 1).

dad de brindar una atención integrada, y contribuye a mejorar el desempeño del personal de salud brindándole un conjunto de pasos estandarizados para la evaluación, clasificación y tratamiento de los problemas que con mayor frecuencia afectan la salud infantil.

Pero para que los efectos de la estrategia se vean en resultados concretos en términos de la reducción de la incidencia y gravedad de las enfermedades que afectan la salud de la niñez, así como en

Cuadro 1: Contenidos básicos y nuevos contenidos de la estrategia AIEPI en la Región de las Américas. 2003

Contenidos básicos	Nuevos contenidos
Signos inespecíficos de enfermedad grave	Afecciones perinatales y neonatales
Enfermedades respiratorias agudas	Retraso en el desarrollo y estimulación temprana
Diarrea: Deshidratación Diarrea persistente Disentería	Asma, síndrome bronco-obstrutivo y otras enfermedades obstructivas respiratorias
Fiebre: Malaria Sarampión	Maltrato, violencia doméstica y abuso sexual
Problemas de oído	Diabetes y sobrepeso
Parasitosis (helmintos)	Salud oral
Desnutrición	Dengue
Problemas de alimentación	Enfermedad de Chagas
Vacunación incompleta	Epilepsia
	Accidentes

Sin embargo, dado que en algunos países en desarrollo otras enfermedades y problemas afectan la salud de los niños con elevada frecuencia, y que los países cuentan con los recursos y estructura necesarios para su atención, estos componentes básicos fueron complementados con intervenciones adicionales. De particular importancia es la incorporación del componente dirigido a la prevención y tratamiento de afecciones originadas en el período perinatal y que ocurren en el período neonatal, teniendo en cuenta que actualmente estas representan la causa de muerte de alrededor del 60% de los menores de un año del continente americano, y el 40% del total de muertes de menores de cinco años.

Mediante la incorporación de estas intervenciones adicionales, la estrategia AIEPI fortalece su capaci-

dad de brindar una atención integrada, y contribuye a mejorar el desempeño del personal de salud brindándole un conjunto de pasos estandarizados para la evaluación, clasificación y tratamiento de los problemas que con mayor frecuencia afectan la salud infantil.

Para lograr esto es esencial que todos los servicios de salud a los que actualmente tiene acceso la población cuenten con el personal capacitado y los suministros necesarios para la efectiva aplicación de la estrategia. Teniendo en cuenta, además, que una parte de la población no cuenta actualmente con acceso a servicios de salud, también deberán implementarse acciones para la capacitación y provisión de suministros clave a personal comunitario que trabaja en poblaciones alejadas

de los centros urbanos y de los puestos de salud rurales.

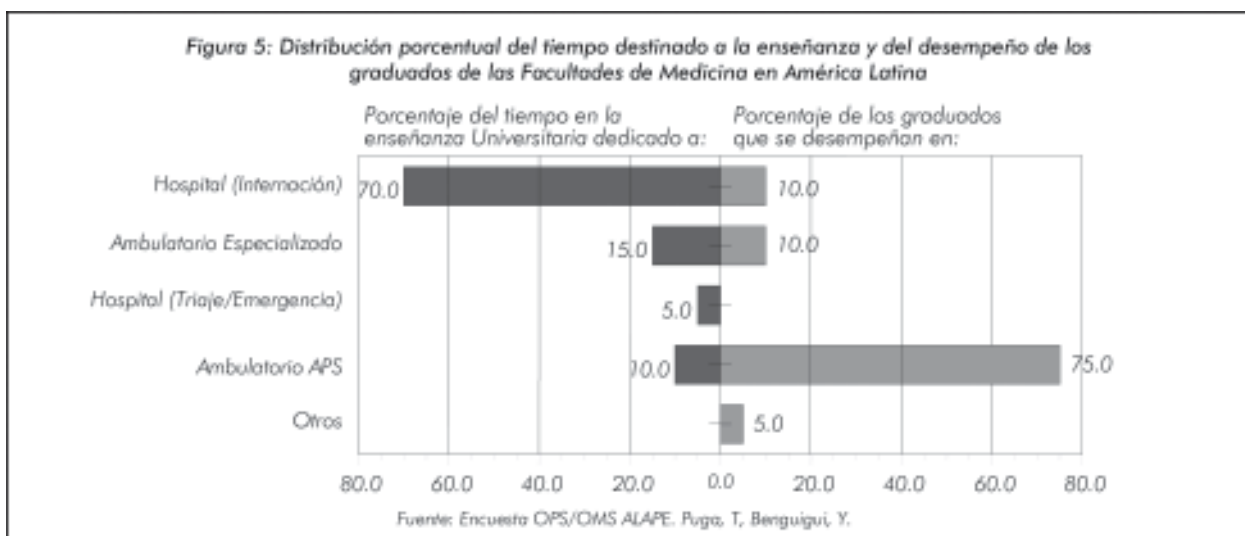
En este marco, el papel de las Facultades de Medicina resulta clave. Por un lado, son las responsables de la formación básica del personal de salud y conducen o tienen una gran participación en los programas de residencia y de formación de posgrado y especialización. Pero por otro lado, las Facultades de Medicina resultan una referencia clave para el establecimiento de estándares de atención, a través del prestigio de sus docentes y de sus hospitales y servicios de salud universitarios.

Además, en numerosos países las Facultades de Medicina han incorporado servicios de atención por parte de sus estudiantes antes de su graduación. Se estima que aproximadamente 40.000 estudiantes del último año de la carrera de medicina están ejercitando su profesión antes de graduarse, atendiendo la salud de poblaciones postergadas en comunidades rurales o en servicios de salud de la periferia de las ciudades. Estos estudiantes que adquieren una valiosa experiencia de campo a través de este año social o rural obligatorio, brindan también un servicio clave a sus comunidades permitiéndoles contar con una atención calificada a través de los servicios de salud más cercanos a su domicilio.

Para que este servicio que las Universidades brindan a la comunidad se traduzca en mejores resultados, la AIEPI puede constituirse en una estrategia clave, toda vez que sintetiza los contenidos enseñados durante la formación básica y los complementa con los aspectos epidemiológicos y operativos que permitirán al estudiante brindar una atención basada en la evidencia con la mejor relación costo-efectividad.

Esto resulta de importancia teniendo en cuenta que en muchas Facultades de Medicina de la Región la preparación del estudiante para la atención de la demanda que se presenta en el primer nivel de atención puede resultar insuficiente, sobre la base de la distribución del tiempo durante la formación (Figura 5).

La formación tradicional médica está orientada a concentrar una gran cantidad de tiempo en los servicios hospitalarios donde los estudiantes ven casos graves de enfermedades que con poca frecuencia tendrán ocasión de ver en la práctica médica posterior. Esto resulta clave para que el estudiante adquiera conocimientos y habilidades prácticas en el manejo de enfermedades que eventualmente pueden presentarse. Sin embargo, dado que en la atención habitual en los servicios de salud el perfil de enfermedades es diferente al que se observa en



los hospitales, también puede orientar al estudiante a un manejo inapropiado de estos casos, incorporando procedimientos de evaluación complementarios (laboratorio, diagnóstico por imágenes) o tratamientos más especializados (utilización más frecuente de medicamentos, uso de antibióticos de segunda línea).

Para complementar esta formación y evitar emplear técnicas y procedimientos de los servicios de referencia en el primer nivel de atención sería esencial que el estudiante tenga, además, la oportunidad de realizar prácticas en los servicios de atención ambulatoria. De este modo podrá familiarizarse no sólo con el perfil de la consulta en el primer nivel sino con los recursos habituales de diagnóstico con que cuenta en estos servicios, y adquirir el conocimiento y la habilidad para hacer el uso más eficiente de los recursos disponibles para brindar la mejor calidad de diagnóstico y tratamiento.

El trabajo en el primer nivel de atención, además, lo confrontará con la necesidad de brindar resolución a la mayoría de los casos haciendo un uso cuidadoso y eficiente de la posibilidad de derivar el caso a un nivel hospitalario. Dado que la referencia representa una inversión de tiempo y recursos tanto para la familia como para el sistema de salud, resulta crítico que el estudiante adquiera la habilidad de reconocer aquellos casos que necesitan ser referidos entre un número mucho mayor de casos que podrán ser resueltos en el primer nivel. Finalmente, el peso de las acciones de prevención y promoción de la salud en el primer nivel de atención es mayor que en el nivel hospitalario, razón por la cual una práctica más frecuente e intensa en los servicios periféricos le brindará la oportunidad de una mayor interacción con el equipo de atención primaria de la salud y una mayor participación en actividades de información, educación y comunicación en salud.

Dado que la mayor parte de los estudiantes pasarán a desempeñarse principalmente en servicios de

salud del primer nivel de atención, la experiencia práctica en los hospitales puede no capacitarlos para un desempeño apropiado con posterioridad a la graduación. Para mejorar este desempeño, la experiencia que los estudiantes del último año realizan en muchas Facultades de Medicina, trabajando en servicios de salud rurales o de la periferia de las ciudades, puede resultar clave; pero es necesario tener en cuenta con qué conocimientos y prácticas dichos estudiantes están llegando a dichos servicios, para garantizar que estarán en condiciones de brindar respuesta a las causas más frecuentes de consulta y que lo harán utilizando los criterios de evaluación, diagnóstico y tratamiento más costo-efectivos.

Por sus características, la AIEPI puede constituirse en la estrategia clave para la atención en estos servicios. Por esta razón, la capacitación de los estudiantes en su aplicación previo a que se desempeñen en los servicios de salud del primer nivel puede reforzar los conocimientos básicos que constituyen la evidencia científica en la cual está basada la estrategia, y resumir de este modo las mejores prácticas de atención médica infantil para el primer nivel de atención.

Adicionalmente, la capacitación en la AIEPI mejorará el desempeño de los profesionales para brindar a los niños una atención integrada, complementando el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades con la aplicación sistemática de medidas de prevención y promoción de la salud que fomenten mejores condiciones de vida para todos los niños y sus familias.

REFERÊNCIAS

- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. "La Salud en las Américas. Edición de 2002". Publicación Científica No. 587. Washington, DC: OPS/OMS; 2002. pp275-78.
- Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1994. Volumen 1. Publicación Científica 549. Washington, D. C.: OPS, 1994. p73-80.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. "La Salud en las Américas". Washington, DC: OPS/OMS; 1998. pp71-76. Publicación Científica No. 569.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 1998, Nicaragua. Macro International Inc. USA, Abril 1999. pp 146-153
- Instituto Nacional de Estadísticas. Guatemala, Encuesta de salud materno infantil 1998-1999, Guatemala. Macro International Inc. USA, Julio 1999. pp 110-115.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1998. República de Bolivia. Macro International Inc., USA, Diciembre de 1998. pp 149-155.
- Centro de Estudios Sociales y Demográficos, CESDEM. Encuesta Demográfica y de Salud 1996. República Dominicana. Macro International Inc., USA, Junio 1997. pp 139-146.
- Gove S, Tamburlini G, Molyneux E, Whitesell P, Campbell H. Development and technical basis of simplified guidelines for emergency triage assessment and treatment in developing countries. WHO Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Referral Care Project. Arch Dis Child 1999 Dec;81(6):473-7.
- Shah D, Sachdev HP. Evaluation of the WHO/UNICEF algorithm for integrated management of childhood illness between the age of two months to five years. Indian Pediatr 1999 Aug;36(8):767-77.
- Gupta R, Sachdev HP, Shah D. Evaluation of the WHO/UNICEF algorithm for integrated management of childhood illness between the ages of one week to two months. Indian Pediatr 2000 Apr;37(4):383-90.
- Naciones Unidas. Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y Plan de Acción para la Aplicación de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño en el Decenio de 1990. Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Nueva York, 30 de septiembre de 1990.
- World Health Organization. WHO's contribution to the achievement of the development of goals of the United Nations Millennium Declaration. Geneva: World Health Organization, 2002.
- "World Development Report 1993. Investing in Health". Oxford University Press, 1993. p 108-133.
- Organización Panamericana de la Salud. 44° Consejo Directivo. La contribución de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) a la supervivencia infantil para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. OPS/OMS, Washington, D. C., 2003.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Niños sanos: la meta de 2002. Avances en el logro de la meta propuesta en el primer año 1999. Washington, DC, 2001. OPS/HCP/HCT/AIEPI 01.20.E.
- Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? The Lancet. Vol 361, January 4, 2003.

- Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS and the Bellagio Child Survival Study. How many child deaths can we prevent this year? *The Lancet*. Vol 362, July 5, 2003.
 - Benguigui Y. The IMCI strategy in the region of the Americas: Impact on infant mortality, quality of care and child development. *International Colloquium. Promoting growth and Development of under five*. Prince Leopold Institute of Tropical Medicine. Antwerp 28-30 November, 2001.
 - Hill Z, Kirkwood B, Edmond K. Family and community practices that promote child survival, growth and development. A review of the evidence. WHO, 2004.
 - Organización Panamericana de la Salud. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Curso Clínico. Washington, DC. OPS/OMS, 1995.
 - Lambrechts T, Bryce J, Orinda V. Integrated management of childhood illness: a summary of first experiences. *Bull World Health Organ* 1999;77(7):582-94.
 - Heiby JR. Quality improvement and the integrated management of childhood illness: lessons from developed countries. *Jt Comm J Qual Improv* 1998 May;24(5):264-79.
 - Health worker performance after training in integrated management of childhood illness—Western Province, Kenya, 1996-1997. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1998 Nov 27;47(46):998-1001.
 - Perú, Ministerio de Salud. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la infancia. Evaluación a servicios de salud. Segunda prueba mundial. Perú, Octubre 1999. Lima: Dirección General de Salud de las Personas, 2000. pp36.
 - World Health Organization. A critical link. Interventions for physical growth and psychological development. A review. WHO, 1999. WHO/CHS/CAH/99.3.
 - Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Grupo asesor técnico AIEPI (GATA). Informe de la primera reunión. Washington, DC, OPS/OMS, 2001. Serie HCT/AIEPI-66.E.
 - Puga TF, Benguigui Y. Enseñanza de la pediatría en escuelas de medicina de América Latina. Serie HCT/AIEPI 58.E. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D. C. OPS 2002.
 - OPS/OMS. AIEPI en las facultades de medicina de América Latina: un trabajo conjunto entre ALAPE y OPS/OMS. Noticias sobre AIEPI. Número 5, Abril 2001. OPS/OMS. Washington, D. C., U.S.A, 2001.
- Benguigui Y. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). Características de una estrategia para mejorar la calidad de atención de la salud de los niños menores de 5 años de edad. En: Voyer L, Ruvinsky R, Cambiano C. *Pediatría*. 2ª Edición. Ediciones Journal, 2003. Buenos Aires. Argentina.