

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MATERNOINFANTIL Y SUS COMPONENTES

Dra. Carmen Valenzuela

Dr. Yehuda Benguigui

I. Introducción

El tema que se mantiene vigente en la lucha por mejorar el estado de salud de las madres y los niños es la dependencia recíproca: los problemas no son aislados sino que forman parte de una compleja trama social. Por lo tanto, las soluciones han de fundamentarse en un enfoque que a la vez sea integral y esté concentrado en metas específicas (1).

Para el efecto, hay que enfrentar el desafío de extender la cobertura de los servicios a mayor velocidad que la del crecimiento de la población, y a la vez, hay que incrementar la eficacia de las medidas preventivas y la calidad de la atención, como medios para alcanzar las metas fijadas para el año 2000 (2).

Durante la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia de las Naciones Unidas, en Nueva York, el 30 de septiembre de 1990 (3), se elaboró el *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*. Este manifiesta claramente la decisión de adoptar y aplicar las intervenciones que sirvan de marco de referencia para la realización de actividades nacionales y/o locales más específicas y prioritarias. Expresa además la disposición de destinar los recursos que sean necesarios para cumplir con estos compromisos.

A fin de lograr el impacto de las metas especificadas en la Cumbre Mundial, se necesita disponer de instrumentos prácticos de uso local, según la prioridad de los servicios, de acuerdo a la situación epidemiológica y al grado de avance de los diferentes componentes.¹ Estos componentes deben ser manejados de la forma más integrada posible para disminuir costos y aumentar la eficiencia y calidad de los servicios.

Dichos instrumentos incluyen indicadores específicos por componente para la evaluación a mediano plazo (1995) de las Metas de la Cumbre a nivel local. Evaluarían además su decisiva influencia dentro de las políticas que regirían los planes locales, nacionales y regionales de salud maternoinfantil durante los siguientes 5 años. El mismo plan de acción antes mencionado especifica dentro de las metas de reducción de la Cumbre, los componentes que deben desarrollarse prioritariamente para que dichas metas se cumplan al final del decenio (Cuadro 1).

El presente capítulo se inicia con algunas consideraciones básicas para discutir el concepto de sinergismo desarrollado por UNICEF dentro de su programa "GOBBI-FFF".² Se intenta analizar la diferencia entre integralidad de la atención e integración en las acciones. Dicho análisis se basa en las relaciones entre los factores que originan los problemas de salud del grupo maternoinfantil, desde una triple dimensión: el individuo, la familia y la comunidad (4).

Se consideran también algunos enfoques para la atención de salud maternoinfantil. El enfoque de riesgo por ejemplo, aplicado tanto a nivel local como nacional y regional, ha sido por años la base para el estudio epidemiológico y las intervenciones de salud en las poblaciones con mayores necesidades. Asimismo, se incluyen algunas reflexiones sobre el enfoque de género, considerado de suma importancia entre las tareas y los compromisos del Plan de Acción de la Cumbre, responde también al reto de lograr la integralidad en la prestación de servicios a la población maternoinfantil.

1 Se entiende por componentes de la atención maternoinfantil a la salud reproductiva, la lactancia materna, el control de las infecciones respiratorias agudas, la enfermedad diarreica y el desarrollo integral del niño, entre otros.

2 Programa GOBI-FFF de Supervivencia Infantil, en donde G=Growth Monitoring; O=Oral Rehydration; B=Breastfeeding; I=Immunizations; FFF=Feeding, Family Planning and Female Literacy.

Se proporciona también, a manera de propuesta concreta, el marco referencial para la implementación en forma integrada de las estrategias de los componentes de salud maternoinfantil. Estos mismos componentes se desarrollan por separado dentro de las propuestas que cada autor expone a lo largo de la presente publicación. Se ofrecen además en la misma sección, etapas iniciales bien definidas para la implementación de dichas estrategias, en forma de un plan de acción para ejecutar a nivel local.

Por último, aun cuando este capítulo no pretende ser exhaustivo con respecto a los componentes individuales de la atención en salud maternoinfantil, se mencionan algunos aspectos adicionales y tendencias recientes como un resumen e introducción al desarrollo por componentes en los subsiguientes capítulos.

II. Integralidad de la atención en salud maternoinfantil: marco conceptual

Para hablar de integralidad de la atención en los servicios de salud maternoinfantil se debe pensar en más de un componente que actúa simultáneamente sobre los problemas de un individuo, de una familia o de la comunidad entera.

En el desarrollo de esta sección, se hablará de “sinergismo” como término equiparable a la integralidad de la atención en salud maternoinfantil. Se trata de analizar sus relaciones con los factores que dentro de las tres dimensiones a considerar (el individuo, la familia y la comunidad), decidirían los resultados de una determinada intervención.

1. Sinergismo entre las intervenciones de salud maternoinfantil

Las relaciones sinérgicas entre los impactos de las múltiples intervenciones sociales y en salud son generalmente difíciles de cuantificar. En intervenciones con componentes tanto biológicos como sociales, las estadísticas en morbilidad y mortalidad son frecuentemente empleadas como medidas cuantitativas para evaluar el éxito de las estrategias.

Desafortunadamente, la recolección e interpretación de estos datos en el campo de trabajo es difícil y a menudo inexacta. Aún más importante, dichos datos restringen la percepción de beneficio porque no pueden reflejar plenamente el resultado de una intervención dada.

La situación real es más la de un sistema abierto en donde se proporcionan insumos y se obtienen productos (o sea, las *entradas y salidas* del sistema). Estos no se consideran generalmente en los esquemas regulares de planificación, intervención y evaluación; más bien se rompen a nivel de la evaluación, en parte, porque *no pueden medirse impactos aislados dentro del sistema como un todo*.

A nivel del individuo, por ejemplo, los criterios disponibles son inadecuados para medir cambios funcionales, en la calidad de vida o en los efectos a largo plazo, sobre todo si provienen de los beneficios de la educación o los cambios sociales.

Dentro del esquema para identificar los determinantes más importantes de la morbilidad y mortalidad infantiles a nivel individual, algunas relaciones están bien establecidas, como por ejemplo la que existe entre el bajo peso al nacer y la supervivencia. Sobre otros determinantes, tales como

la naturaleza y el efecto de factores de desarrollo prenatal específicos sobre el peso al nacer, existe menos información.

Dentro del mismo orden de ideas, el crecimiento después del nacimiento depende de la dieta, incluyendo la lactancia materna y el uso apropiado de alimentos complementarios. Es así como estas fuerzas combinadas afectan significativamente el estado nutricional del niño.

Adicionalmente, una creciente acumulación de información demuestra la relación entre el estado nutricional y la capacidad inmunológica. Sin embargo, la mayoría de los estudios se han enfocado en niños con severas formas de desnutrición energético proteica, lo cual hace difícil separar causa de efecto.

El principal punto a hacer notar es la etiología multifactorial de la mortalidad infantil. Mientras la contribución de uno u otro factor puede variar en importancia de caso a caso, la noción general de esa etiología múltiple permanecerá válida tanto a nivel individual como de la comunidad (4).

2. Mecanismos etiológicos

2.1 A nivel individual

La figura 1 muestra algunas de las intervenciones potenciales para los factores individuales en consideración. Estos constituyen un amplio rango de estrategias, incluyendo algunas relacionadas con la alimentación (suplementos nutricionales a la madre, lactancia materna, alimentos complementarios).

Algunas están relacionadas con la profilaxis de las enfermedades infecciosas (inmunizaciones, profilaxis en contra de la malaria, desparasitación rutinaria). Otras se encuentran dirigidas al tratamiento de problemas específicos (rehidratación oral, terapia antimicrobiana y antiparasitaria, control de deficiencias nutricionales específicas).

Estas estrategias representan la constelación de servicios contemplados dentro de la atención primaria de salud (APS), que incluye algunos elementos de los programas de salud materno-infantil.

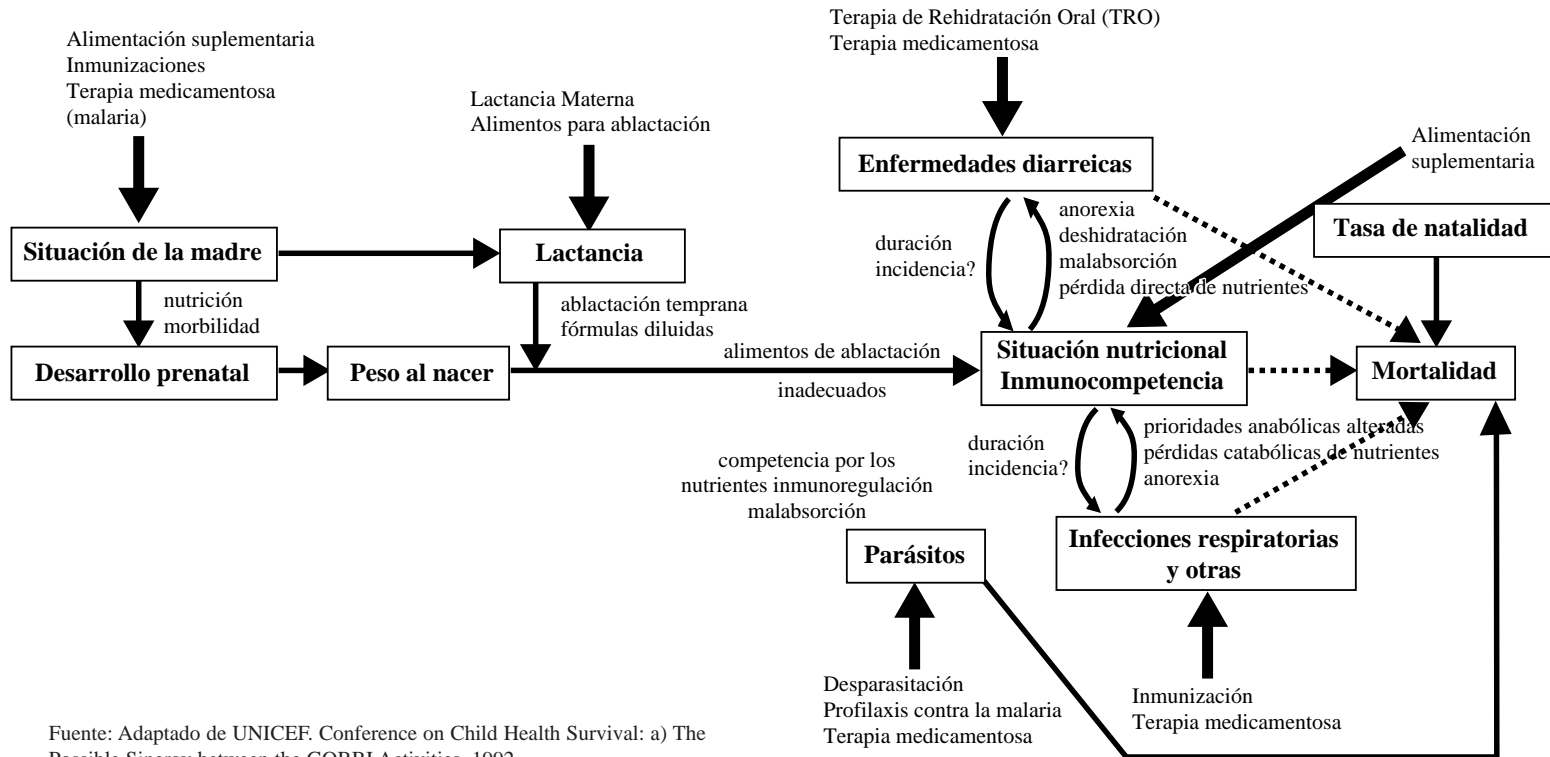
En la figura 1, se muestran las intervenciones lógicas para los problemas listados. Sin embargo, para hacer avanzar las metas de reducción de la Cumbre en Favor de la Infancia, no sería suficiente prevenir una muerte debida a deshidratación con sales de rehidratación oral (SRO), si después se va a encontrar que un niño muere por malaria, neumonía o disentería.

La promoción de la lactancia materna y de una alimentación suplementaria más temprana y adecuada, así como el pronto tratamiento de episodios de diarrea con SRO, pueden por su parte, reducir más efectivamente el impacto de la enfermedad en el huésped.

Un niño debe sobrevivir todo evento que ponga en peligro su vida para llegar a ser adulto. Sin embargo, durante los primeros años de vida, la ocurrencia y severidad de muchos de estos eventos están influenciadas por el estado general de salud. Los aspectos cuantitativos del tamaño del inóculo de la infección y la disponibilidad de respuestas terapéuticas apropiadas al estrés, son otros factores determinantes. Dado este complejo conjunto de factores interactuantes, *es poco probable que las intervenciones aisladas mejoren dramáticamente una situación dada.*

En una revisión reciente de las causas de muerte entre un grupo de niños bien cubiertos por el PAI (DPT, poliomielitis, sarampión y BCG) seguidos prospectivamente, se observó que las tasas

Figura 1
Intervenciones directas para reducir el impacto de los factores causales que afectan la supervivencia infantil a nivel individual



Fuente: Adaptado de UNICEF, Conference on Child Health Survival: a) The Possible Sinergy between the GOBBI Activities, 1992.

de mortalidad infantil y de mortalidad en general, permanecieron tan altas como 144 y 45 x 1.000 nacidos vivos por año. Sólo pocos niños murieron por enfermedades que el PAI previene; pero en su lugar, cayeron víctimas de la malaria y de las infecciones respiratorias agudas, que fueron las mayores causas de muerte. Análisis similares pueden aplicarse a otras intervenciones, incluso a la rehidratación oral.

Es difícil probar que no se obtienen dramáticos resultados a partir de una sola intervención de salud. Pero la respuesta a si hay una razón de peso para combinarlas, está todavía al nivel intuitivo, sobre todo en base a estudios de campo realizados bajo condiciones de implementación.

Previos estudios para evaluar los efectos de intervenciones combinadas en nutrición y salud (Guatemala, Narangwal), son desalentadores en lo que respecta a la magnitud del efecto observado. Sin embargo, se percibe que *los múltiples factores que contribuyen a la mortalidad infantil y sus interacciones con un sistema biológico determinado, constituyen el escenario básico en donde el sinergismo o integralidad puede ser requerido para mejorar la supervivencia.*

Así, aunque el mayor peso al nacer y la mejor alimentación deberían mejorar el estado nutricional y contribuir a una mejor respuesta del huésped a la infección, se hace necesario también reducir la molestia de una enfermedad y el impacto de cada episodio para producir una mayor disminución en la mortalidad observada (4).

2.2 A nivel familiar

A este nivel, el comportamiento y la práctica no se ven directamente afectados por la disponibilidad de una intervención dada. Esta puede ser considerada una condición necesaria pero no suficiente en sí misma para producir el efecto deseado.

Así, factores como la edad materna en el momento del nacimiento, las prácticas maternas de higiene, el uso de los servicios de salud y el tamaño de la familia, entre otros, son todos determinantes de los efectos que ejercen los programas que actúan en cualquier punto del esquema etiológico.

Se requieren estrategias adicionales para afrontar los problemas a este nivel (figura 2). Algunas de estas estrategias incluyen la educación, con componentes como el alfabetismo, otras intervenciones técnicas y el efecto socializador del proceso educativo *per se*. La planificación familiar y la vigilancia epidemiológica permitirían por su parte, identificar a los niños de alto riesgo y aplicar medidas para reducir el riesgo de muerte.

La inclusión de componentes como monitoreo del crecimiento, promoción del alfabetismo femenino y planificación familiar, son por lo tanto una medida lógica para incrementar la efectividad de los programas. Son además el ejemplo clásico de intervenciones que pueden prestarse a los usuarios en forma integrada.

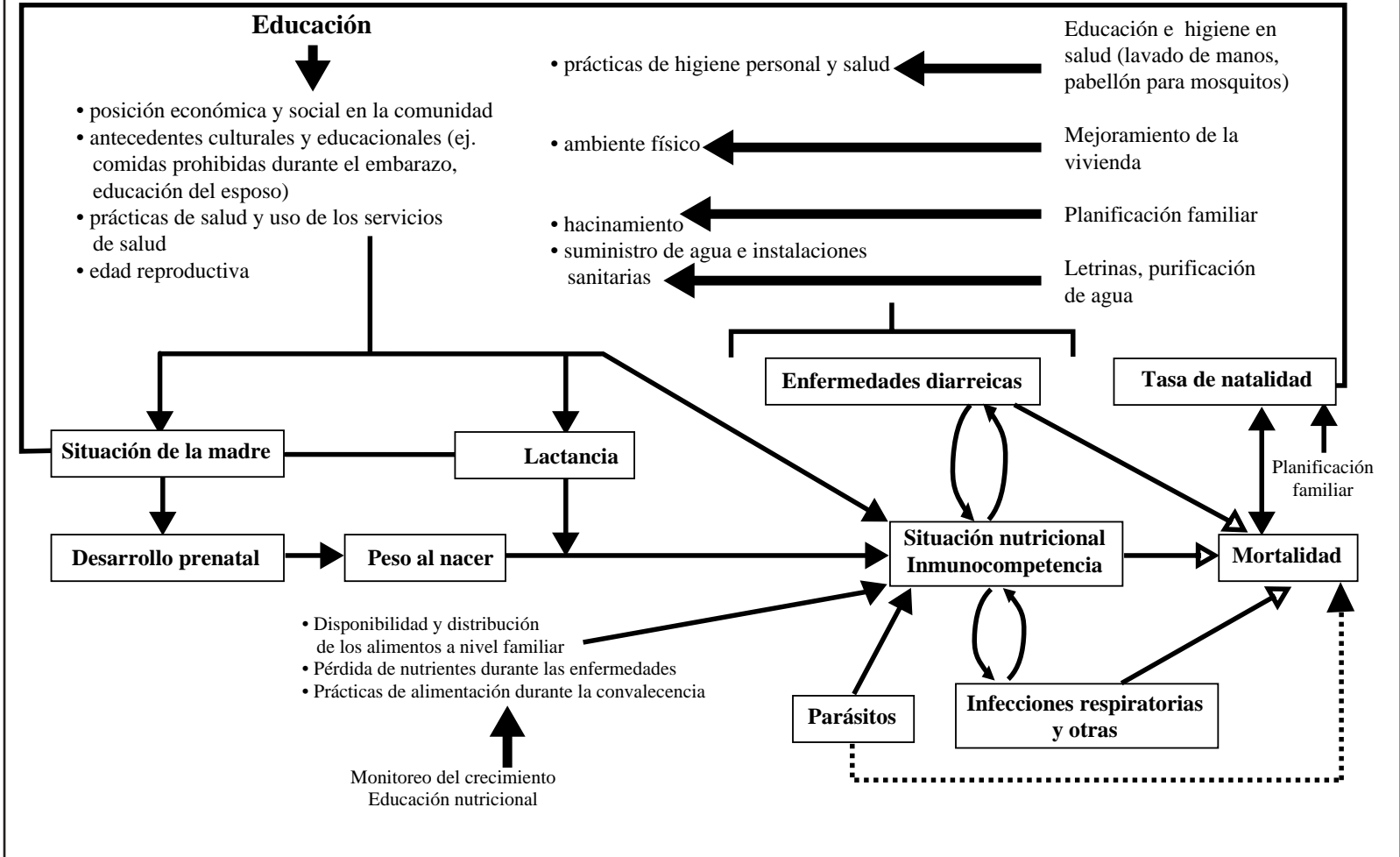
El efecto cuantitativo de tales medidas es difícil de estimar. No obstante, su importancia puede ser examinada a partir del fracaso—debido a problemas de cumplimiento y aceptación—de programas operacionalmente competentes de los que se esperaban determinados beneficios (4).

2.3 A nivel comunitario

Estas medidas combinadas todavía carecen del componente crucial para alcanzar el sinergismo o integralidad deseados, ya que incluso las intervenciones a nivel individual y del hogar, requieren organización y participación comunitaria.

Figura 2

Intervenciones indirectas a nivel familiar que pueden mejorar la supervivencia infantil



Fuente: Adaptado de UNICEF. Conference on Child Health Survival: a) The Possible Sinergy between the GOBBI Activities, 1992.

Se necesita la *participación comunitaria* para construir sistemas de disposición de excretas y de agua potable, servicios de salud, establecimientos de educación y comunicaciones. Pero en el mejoramiento de la vivienda y la distribución de alimentos, puede necesitarse además de la *acción de la comunidad*, sobre todo en lo referente a los fundamentos dirigidos a los cambios en construcción y técnicas agrícolas. Las acciones a este nivel, deben ser entonces directamente *tomadas por la comunidad para la comunidad*.

Las intervenciones por parte de la comunidad son, en cuanto a su alcance, más amplias y fundamentales para modificar los sistemas sociales, las organizaciones políticas o los valores culturales de la sociedad. Es más, estas intervenciones proveen programas de apoyo que involucran a la vez individuos y familias.

Abundan ejemplos de intervenciones que han fracasado debido a la falta de determinación política de los líderes de la comunidad o del gobierno, o bien porque prevalecen conceptos culturales que impiden su aceptación. Los programas de planificación familiar son el clásico ejemplo dentro del cual la hostilidad de la comunidad puede impedir la implementación de otros cambios.

El mejoramiento en la provisión de agua potable también ha fracasado con respecto a los beneficios esperados. Entre otras causas este fracaso se debe a que la tecnología no se mantiene o los hábitos en cuanto a la utilización del agua no cambian a pesar de la nueva tecnología.

La salud y la supervivencia infantiles han mejorado en países en donde los gobiernos han tenido la voluntad política de tomar decisiones, asignando suficientes recursos para apoyar las intervenciones seleccionadas. En estas naciones, el Estado ha organizado sus recursos políticos, sociales y culturales para alcanzar dicha meta.³

Este nivel de compromiso parece ser el elemento fundamental para establecer el sinergismo o integralidad necesarios en las intervenciones de salud (4).

De hecho, este puede ser el factor más importante, pero es a la vez el que se ignora más frecuentemente en la prisa por establecer programas de intervención a nivel individual y familiar. Además de querer actuar por separado, estas intervenciones no aprovechan el potencial de los programas existentes para establecerse; de esa manera, no se integran a los servicios, sino por el contrario, tienden a disgregarlos.

3. Consideraciones adicionales

Se asume que el sinergismo o integralidad se alcanzarían mejor a través de ligar intervenciones específicas a nivel individual, familiar y de la comunidad. El “menú” de intervenciones no sería tan importante como la necesidad de confrontar (y solucionar primero) varias de las etapas en la “patogénesis” de la mortalidad infantil.

De hecho, algunas de las acciones específicas para hacer frente a estas etapas, necesitarían ser diferentes de acuerdo al lugar donde se lleven a cabo, ya que algunos de los mecanismos predominan más en unos sitios que en otros. Incluso, en algunos países deberían considerarse otras intervenciones adicionales a las ya establecidas (4).

3 Costa Rica, Sri Lanka, Cuba, China, entre otros.

En la última parte del presente capítulo, en la sección que incluye algunos aspectos adicionales de los componentes de salud maternoinfantil ya establecidos, se comentan este tipo de intervenciones.

Sería ideal incorporar todos los componentes descritos a continuación hacia la integralidad en la atención. Sin embargo, es importante tener en mente—como se enfatizará en la parte de salud reproductiva—que si no se tienen los recursos mínimos adicionales para buscar la integralidad de las acciones, en ocasiones es mejor no intentarlo.

Muchas veces se corre el riesgo de debilitar programas y servicios que están funcionando razonablemente, al agregarles actividades cada vez más complejas, sin que haya una reorganización o nuevos insumos que permitan realizarlas adecuadamente dentro de un esquema de atención integral (5).

III. Enfoques para la atención de salud maternoinfantil

Con el objeto de prestar una verdadera atención integral a la población maternoinfantil, debe reconocerse la utilización de ciertos enfoques de atención en los que se ha basado -o debería basarse- la investigación de los problemas de salud de este grupo, así como la implementación de estrategias para su solución.

1. Enfoque de riesgo

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. También es una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud y ayuda a determinar prioridades de salud. Intenta mejorar la atención para todos, prestando mayor atención a aquellos que más la requieran.

1.1 Estrategia de ataque a los problemas de salud de grupos humanos según su prioridad y grado de postergación

La meta de Salud para Todos en el Año 2000 reconoce la existencia de desigualdades en la satisfacción de las necesidades y aspiraciones de los diferentes grupos humanos que integran las sociedades. Por sus condiciones de vida, estos grupos están expuestos a distintos conjuntos de factores de riesgo que afectan sus niveles de vida y bienestar. Dicha estrategia define como su objetivo principal la disminución de esas desigualdades y, consecuentemente, señala como sujeto de interés inicial a los grupos postergados.

Desde el punto de vista del sector salud, el criterio principal para identificar grupos humanos prioritarios, es su grado de postergación con respecto a su accesibilidad a los servicios de salud. Esto se complementa con los criterios derivados de la magnitud y naturaleza de los riesgos a que están expuestos por sus condiciones de vida.

El diseño de la estrategia de ataque a los problemas de salud de estos grupos se basa en las posibilidades de extensión de la cobertura de servicios. También en el análisis y definición de soluciones para conjuntos de factores de riesgo y en la capacidad de los otros sectores y de sus instituciones para mejorar las condiciones de vida.

La determinación de los grupos prioritarios, según el grado de postergación, junto con la identi-

ficación y análisis de sus factores de riesgo, constituyen la base para la identificación de las secciones y la programación correspondiente, así como para la planificación sectorial (6).

1.2 Los sistemas de servicios de salud y el enfoque de riesgo

El enfoque de riesgo ofrece una herramienta metodológica que permite realizar un análisis ordenado del sistema de salud, que es un sistema abierto y altamente dependiente, que se desarrolla con incertidumbre y conflicto.

Para asegurar el cumplimiento de los propósitos del sector salud, no basta la definición clara de grupos humanos prioritarios y de sus problemas. Tampoco es suficiente el diseño prolijo de objetivos, metas, planes y programas; ni una definición extensa y detallada de funciones y de dispositivos legales y reglamentarios. Es necesario además, que se desarrollen estrategias con la viabilidad necesaria y la capacidad de negociación inter e intrasectorial para:

- Compatibilizar objetivos;
- Captar y asignar los recursos necesarios para lograr un impacto en los principales problemas de salud que afectan a las poblaciones, y
- Administrar esos recursos con la mayor eficiencia social posible.

En el sector salud, la experiencia derivada de los procesos de extensión de cobertura con servicios de salud a las poblaciones marginadas, confirma lo aprendido en el campo más general del desarrollo.

Como respuesta a lo anterior, la estrategia del enfoque de riesgo asume su valor real al permitir un proceso metodológico correcto para el desarrollo de la planificación y administración de los servicios de salud. Cumple además con el postulado referente a la calidad de los mismos, el cual establece que se deben brindar servicios mínimos de atención a toda la población, destinando los mayores recursos de toda índole a quienes más los necesitan (6).

1.3 Usos del enfoque de riesgo: de la información a la intervención

El enfoque de riesgo puede ser utilizado tanto a nivel local como a nivel nacional y regional. La información que se derive de su uso puede utilizarse para definir prácticas de educación en salud y para mejorar la atención. La participación de la comunidad en el reconocimiento de los factores de riesgo de individuos y de grupos, permite aumentar la conciencia hacia los problemas de la salud y los programas de acción comunitaria.

A nivel local, puede facilitar una mayor cobertura, mejorar el sistema de referencia y facilitar el control de los factores de riesgo. Puede producir cambios tanto en el estilo y en las condiciones de vida como en el medio ambiente.

Finalmente, el enfoque de riesgo ayuda a identificar la contribución de otros factores (sociales, económicos y ambientales) al proceso de salud/enfermedad (ver cuadro 2). Los planes para utilizar el enfoque de riesgo deben adaptarse a los patrones locales de atención, al conjunto de valores locales, a las religiones y a los métodos locales de pago de servicios.

Su aplicación práctica es factible en el nivel local donde los sistemas de referencia y las intervenciones médicas para modificar los factores de riesgo en salud maternoinfantil son razonablemente conocidas, y donde generalmente es posible redistribuir los recursos locales (6).

2. Enfoque de género

El enfoque de género no excluye pero sí va más allá del ámbito de lo fisiológico. Se centra dentro de la trama de factores biológicos ligados al sexo, dentro de las definiciones y las valoraciones que la cultura asigna por separado a hombres y mujeres, y a los patrones que rigen sus relaciones mutuas.

La socialización y el control institucional (7) son los mecanismos mediante los cuales la construcción de género ejerce su influencia sobre la salud de los individuos y el papel que éstos desempeñan en el desarrollo de la salud.

En esta sección se esbozan algunas de las situaciones dentro de este enfoque. Éstas tienen influencia sobre el establecimiento y funcionamiento de los servicios a nivel local y la atención integral en salud maternoinfantil.

2.1 Género, estado de salud y diferencias en la atención

Algunos ejemplos que ilustran de manera explícita el efecto diferenciador de los factores de género sobre la salud de los individuos en la Región, se refieren a que:

- Las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio figuran en casi todos los países entre las cinco primeras causas de mortalidad durante la edad reproductiva, pese a la naturaleza fisiológica y no patológica de este proceso y al carácter eminentemente prevenible de estas defunciones;
- En más de un 80% de los casos, la responsabilidad de la regulación de la fecundidad junto con los efectos colaterales nocivos de la tecnología anticonceptiva recae enteramente sobre la mujer;
- La asignación de recursos para investigación en anticoncepción, en particular para la tecnología anticonceptiva dirigida al hombre, es sumamente reducida;
- La proporción de casos de esterilización masculina/femenina que se observa en algunos países es de 1 en 300, a pesar de que la vasectomía es una operación más sencilla, más económica y menos invasiva que la esterilización femenina; y
- El abuso de la tecnología médico-quirúrgica es específicamente dirigido a la mujer, como por ejemplo la cesárea y la histerectomía (7).

2.2 Género y participación de la mujer en el desarrollo de la salud

Las construcciones sociales de género ejercen una influencia indiscutible sobre la división del trabajo en la producción de salud. Ello se da tanto en el sistema formal de atención como en las redes informales del cuidado de la salud y la comunidad.

El papel decisivo que las mujeres cumplen en la gestión dentro de los núcleos informales familiares y comunitarios, ha sido hasta ahora de profundo impacto para la sociedad.

La OMS ha reconocido a las mujeres como las principales proveedoras de atención primaria: son las mujeres las que recogen el agua, preparan las comidas, alimentan a los niños, cuidan a los enfermos, los niños, los ancianos y los incapacitados. Las madres son quienes generalmente llevan a los hijos a vacunar y al centro de salud, y las que enseñan en la familia normas de higiene y limpieza.

Puede afirmarse que como resultado de desigualdades pre-existentes, el sistema de salud se asienta en el trabajo, el tiempo y los roles de género de la mujer (7).

2.3 Enfoque de género hacia la equidad entre los sexos

Siendo la mortalidad la variable utilizada con mayor frecuencia como indicador de salud (o de no salud), no puede dar cuenta de las profundas variaciones que se registran en la salud y en la calidad de la vida del grupo sobreviviente. Constituye sólo un reflejo del deterioro extremo de la salud.

Esto tiene una importancia fundamental dentro del estudio de las poblaciones desde el enfoque de género, ya que la mujer, a cualquier edad, tiende a experimentar menores tasas de mortalidad que el hombre pero está sujeta a una mayor morbilidad.

Esta mayor morbilidad se expresa en una incidencia más alta de trastornos agudos; en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales y en niveles más elevados de discapacidad a corto y largo plazo. Más aún, la desventaja de las mujeres en términos de condiciones generales de salud se mantiene aun después de eliminar del análisis los problemas reproductivos.

En consecuencia, la meta orientadora de las iniciativas dirigidas a la mujer, es la de contribuir—desde el sistema de salud— a la reducción de inequidades entre los sexos. Ésta se lograría a través de estrategias dirigidas a la corrección de una discriminación largamente tolerada y a la aceleración de un proceso de valorización de todos los miembros de la sociedad (7).

2.4 La salud de la mujer en el desarrollo: tarea y compromiso de todos los sectores

El tema de la mujer ha abarcado últimamente agendas completas. En términos resolutivos y declarativos, se han establecido compromisos regionales para promover y proteger la salud de la mujer, no sólo como madre sino también como trabajadora. No obstante, pareciera que el enfoque de las políticas, la orientación de los programas y el contenido de los servicios de salud, no han dado todavía el giro deseado para el cumplimiento de tales objetivos.

Las políticas y estrategias para promover la igualdad y la participación de la mujer en el desarrollo quedaron, en algunos casos, subordinadas a las estrategias para combatir la pobreza y a las medidas de ajuste estructural. En otros, simplemente marginadas o ignoradas en las políticas públicas globales y sectoriales.

Sin embargo, los análisis y la experiencia general sugieren que cuando se le reconoce y se le da la oportunidad, la mujer se puede organizar y movilizar para mejorar la salud de todos, a pesar de la disminución de los recursos financieros (7).

Es así como en el *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* se plantea como una de las principales *tareas*, el fortalecimiento de la función de la mujer en general y el respeto a su igualdad de derechos, los cuales favorecerán a los niños del mundo. Las niñas deberían también recibir el mismo trato y las mismas oportunidades desde su nacimiento.

Asimismo, se establece como *compromiso*, el fortalecer la función y la condición de la mujer, fomentando la planificación responsable del tamaño de la familia, el espaciamiento de los nacimientos, el amamantamiento y la maternidad sin riesgos (3).

3. Enfoque de atención integral

De acuerdo a un informe del Banco Mundial citado por el Dr. Hiroshi Nakajima, Director General de la OMS,⁴ *el reto que enfrentan los planificadores de salud y los promotores de políticas de salud, es canalizar los recursos en tal forma, que los sistemas de salud se fortalezcan en lugar de fragmentarse y contribuir a la habilidad para obtener resultados sostenibles en salud* (8).

Al mismo tiempo, según J.G. Speth—participante en la misma conferencia por el PNUD—*la visión del enfoque integral para la supervivencia infantil incluye una mirada a los estrechamente vinculados temas de población y de la situación de las mujeres. El futuro de los niños estará mejor resguardado en donde los sistemas sociales no se vean forzados hasta un punto crítico debido a las explosivas tasas de crecimiento poblacional.*

Los niños prosperarán—continúa J.G. Speth—*dentro de aquellos sistemas educacionales y de prestación de servicios de salud que sean capaces de satisfacer su demanda de servicios básicos. En donde el crecimiento conducido por el trabajo pueda crear una existencia sostenible para la gente joven conforme crece y se prepara para ingresar a la fuerza de trabajo (y en donde las realidades económicas no obliguen a los niños pobres a formar parte de la fuerza de trabajo prematuramente). En donde los recursos naturales sean manejados para satisfacer las necesidades de la gente en términos de alimentación, combustibles y servicios ambientales con base sostenible. Y en donde toda la gente, incluyendo las mujeres, tengan algo que decir con respecto a las decisiones que afectan sus vidas* (8).

Estas aseveraciones parecen dar cuenta cabal de lo que sería la atención integral a la salud, recordando que el ampliamente aceptado concepto de salud incluye el bienestar general y no sólo la ausencia de enfermedad.

3.1 Significado de la integralidad en la atención

Debe establecerse claramente la diferencia entre la *atención integral* en salud a determinado grupo poblacional—en este caso el grupo maternoinfantil—y la *integración de las actividades* en la entrega o prestación de servicios de salud. Al satisfacer las necesidades integrales del individuo durante todas las etapas y requerimientos de su vida, se persigue su integración a los esfuerzos del crecimiento económico y social.

Con la protección integral al individuo, la familia y la comunidad, la sociedad invierte asimismo en capital humano. Al establecer acciones de salud integrales, tendientes a la cobertura del 100% de las necesidades de los grupos incluidos, se esperan para el futuro indicadores similares a los que presentan los países más desarrollados de la Región, o bien los grupos económicamente bien situados.

Para hablar de atención integral entonces, debe tenerse en consideración tanto a la población beneficiaria como las prioridades que los programas de salud han de incluir para su establecimiento a nivel local.

4 En su discurso de cierre sobre Planes de Acción Integrados, pronunciado durante la conferencia Nuevas Perspectivas en los Servicios Integrados y sus Contribuciones a las Metas de Medios de la Década, Nueva Dehli, India, 2 al 4 de febrero de 1994.

3.2 Desarrollo de actividades por componentes hacia la integración de las actividades de salud maternoinfantil a nivel local

Cada país presenta determinada magnitud en relación a los mismos problemas así como múltiples prioridades para resolverlos. Al mismo tiempo, manifiestan distintas experiencias en tiempo y espacio de trabajo, al igual que diversos grados de desarrollo en cuanto a cada componente en particular.

Esta misma situación se da a nivel local, en donde desde el punto de vista estratégico, se debe considerar principalmente la elección de prioridades. Estas obedecerán a las necesidades más urgentes de cada localidad; a los recursos factibles de obtener; al grado de avance que sus establecimientos de salud u organizaciones locales tengan al momento de planificar las acciones en salud y a la extensión y cobertura que se pretenda alcanzar a través de las intervenciones.

Finalmente, los intereses en cuanto a investigación procedentes de políticas y tendencias internacionales o de emergencias dictadas por epidemias importantes, como el caso del SIDA, podrían determinar en un momento dado, la inversión en salud para ciertos componentes en ciertas regiones.

Cabe mencionar dentro de este amplio espectro de trabajo, que la integración se da en diferentes formas a cada nivel y puede ocurrir en general (9):

- A nivel de las ideas;
- En la planificación;
- En la organización e implementación;
- En el contenido de los programas;
- En las acciones de quienes brindan atención a la familia y a la comunidad.

Considerando entonces la opción estratégica de trabajo por componentes en los niveles operativos locales—que se encuentra en marcha en la mayoría de los países—debe aspirarse a la atención integral y a la integración en las actividades de salud a fin de alcanzar los objetivos y las metas propuestas, acordes con las necesidades sentidas a cada nivel.

Habría que concentrar los esfuerzos en dirigir las estrategias de los distintos componentes que ya están organizados, a la continuidad, en sentido horizontal, que se manifiesta por un enfoque de atención a las necesidades de salud a través de toda la vida. A la continuidad en los tres niveles de atención por medio de un mejor sistema de referencia y contrarreferencia; y al conocido esfuerzo práctico de integración que debe darse al llevar a cabo distintas intervenciones—pertenecientes a cualquiera de los componentes—dirigidas a un mismo usuario en una misma oportunidad.

3.3 Condiciones para la atención integral

Para concluir este enfoque se reitera que, aplicado apropiadamente a su funcionamiento en el nivel local, el aspecto de integralidad en la prestación de servicios de salud requeriría de algunas condiciones básicas:

- a) **Accesibilidad** de todos los habitantes a los servicios del nivel local, definida en relación al área geográfica, al aspecto cultural y económico, y a lo funcional u operacional;

- b) **Utilización**, o sea que la población tenga la oportunidad de utilizar los servicios cuando los necesite, en forma continuada y con posibilidades de llegar al más alto nivel de complejidad en forma progresiva si así lo requiere;
- c) **Calidad** aceptable de acuerdo a normas preestablecidas, que incluya el nivel resolutivo de los servicios así como la percepción de la gente frente a ellos;
- d) **Interdisciplinaria e intersectorial**, lo cual implica que la atención no sea una simple sumatoria de actividades, sino una integración de conocimientos, habilidades y experiencias en diferentes campos y no sólo en el de salud (10).

IV. Implementación: rol integrador dentro del desarrollo de los componentes de salud maternoinfantil

En el transcurso de esta publicación, se pretende presentar los componentes por separado, en términos de estrategias, instrumentos operativos, etapas para su implementación y referencia de los documentos técnicos y demás materiales disponibles para su establecimiento a nivel local, entre otros.

Después del análisis previo sobre la integración en la prestación de los servicios y de la decisión de adoptar dicho enfoque, aun cuando se continúe en la línea del trabajo por componentes, éstos podrían ser desarrollados en forma independiente, simultánea o preferiblemente en forma integrada.

En la parte III de esta misma publicación, este enfoque integrador se amplía en la sección *Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia*. La exposición de etapas definidas cuyos componentes presentan cierto traslape con los de las etapas expuestas a continuación, podría resultar repetitiva. Sin embargo, ya que se trata de la misma estrategia, ambos conjuntos de etapas pueden complementarse para su empleo a nivel local, en donde el trabajador de salud utilizaría los elementos que fueran convenientes en términos de adaptabilidad a su medio así como de necesidades y disponibilidad de recursos.

1. Marco referencial

La diferencia entre las condiciones de salud de la madre y el niño en los países en desarrollo de la Región de las Américas con respecto a los países desarrollados, podría expresarse como debida a la coexistencia de dos tipos de factores estrechamente vinculados:

- Los relacionados con la incidencia y prevalencia de diferentes enfermedades, estados patológicos y factores de riesgo. Determinados en su mayoría por las desiguales condiciones socioeconómicas prevalentes, éstos afectan la salud de la madre y el niño y subsisten aún en los países en desarrollo, habiendo sido controlados en parte o totalmente en los países desarrollados;
- Los relacionados con la estructura y organización de la atención a nivel de los servicios de salud y la comunidad. Estos definen las posibilidades de acceso y uso de las estrategias disponibles para el control de los problemas de salud, incluyendo los factores de riesgo.

La importancia de ambos factores se manifiesta al observar que la existencia de estrategias específicas para el control de numerosos problemas de salud, no necesariamente ha garantizado que los mismos hayan sido controlados. Baste mencionar por ejemplo, el tiempo transcurrido entre la disponibilidad de la vacuna contra la viruela y su erradicación definitiva; o la prevalencia de muertes por sarampión, tos ferina, enfermedades diarreicas agudas y neumonía, aún cuando existen medios tecnológicos de elevada eficacia para evitarlas.

La modificación de esta situación requiere por lo tanto, un esfuerzo coordinado que involucre a organizaciones comunitarias, autoridades civiles, municipales y ONGs, entre otras. Dicho esfuerzo debe ser dirigido a la implementación efectiva de las estrategias en un marco de organización y participación social que permita el acceso y uso de las mismas por parte de la comunidad.

La planificación de este esfuerzo puede esquematizarse en las siguientes etapas:

- a) Identificación y estudio del problema;
- b) Diseño y selección de estrategias;
- c) Elaboración de materiales básicos para la implementación de las estrategias;
- d) Definición de sitios y fases para la implementación;
- e) Elaboración de planes operativos en los niveles de implementación;
- f) Implementación de los planes operativos;
- g) Seguimiento y evaluación.

En función de los avances realizados en los últimos años en los países, puede considerarse que se está en condiciones de llevar a cabo las primeras tres etapas. A partir de éstas, podría elaborarse una propuesta de modelo de atención integral de la salud maternoinfantil para los países. Este modelo debería elaborarse para su implementación a partir de las estructuras de salud existentes que de manera creciente han adoptado la propuesta de trabajo a nivel local. Debería involucrar además a todos los sectores mencionados, tales como ONGs, organismos de la comunidad, sector educacional, alimentario y otros.

La propuesta a elaborar por lo tanto, surgiría del cumplimiento de las siguientes etapas:

- 1ra. Identificación y estudio del problema de la salud maternoinfantil en el nivel local de los países de la Región.
- 2da. Diseño y selección de estrategias para el control de los principales problemas que afectan la salud de la madre y el niño.
- 3ra. Elaboración de materiales básicos para la implementación de las estrategias.

2. Etapas de planificación

2.1 Primera etapa: Identificación y estudio del problema de la salud maternoinfantil en el nivel local de los países de la Región.

En base a los numerosos estudios realizados sobre el grupo, los principales problemas que afectan la salud maternoinfantil pueden resumirse en los siguientes:

- a) Problemas que afectan a la salud materna: embarazo, parto y puerperio; aborto y alta fecundidad, incluyendo sus efectos sobre el niño, tanto en el nacimiento y en el período perinatal como sus efectos posteriores sobre el crecimiento y desarrollo;
- b) Salud del adolescente;
- c) Enfermedades que afectan la salud del niño y pueden ser prevenidas por vacunación;
- d) Problemas que afectan el crecimiento y desarrollo del niño;
- e) Infecciones diarreicas agudas;
- f) Infecciones respiratorias agudas.

La magnitud, la tendencia y las características de todos estos problemas han sido estudiados durante los últimos años. Si bien estos estudios podrían ser profundizados en muchos aspectos, existe en la actualidad información suficiente como para contar con una base diagnóstica sobre la situación de cada problema en los países en desarrollo de las Américas. El primer paso, por lo tanto, debería consistir en la sistematización de esta información.

2.2 Segunda etapa: Diseño y selección de estrategias para el control de los principales problemas que afectan la salud de la madre y del niño.

En cuanto al control de los problemas de salud antes mencionados, la siguiente es una lista de las estrategias disponibles que podrá ser complementada a partir de una revisión más minuciosa:

- a) Vacunación;
- b) Lactancia materna;
- c) Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño (carnet de control);
- d) Manejo adecuado de casos de enfermedad diarreica aguda (terapia de rehidratación oral y sales de rehidratación oral);
- e) Manejo estándar de casos de infecciones respiratorias agudas;
- f) Atención perinatal (historia clínica perinatal);
- g) Planificación familiar;
- h) Salud del adolescente.

Dado que estas estrategias fueron elaboradas de manera específica, focalizándolas sobre cada uno de los problemas a los que están destinados a controlar, sería necesario realizar a nivel nacional una revisión global de las mismas. Así, podría establecerse la forma en que pueden ser implementadas de manera conjunta, o sea, dentro de la atención integral que se pretende implementar. En este sentido, sería necesario desarrollar una estrategia global que incluya la ejecución de las acciones específicas que se proponen en cada etapa.

2.3 Tercera etapa: Elaboración de materiales básicos para la implementación de las estrategias.

Una vez que se han definido las estrategias técnicas a ser utilizadas, debe precisarse quiénes serán los responsables de su aplicación, para lo cual se necesitaría saber qué conocimientos, actitudes y prácticas se esperan de la comunidad y de cada tipo de personal que intervendría en el control del problema.

Lo ideal para obtener dicha retroalimentación sería llevar a cabo un trabajo de construcción participativa con la comunidad en un proceso de comunicación permanente. A partir de aquí, se haría posible establecer las acciones para transferir estos conocimientos, actitudes y prácticas, lo cual requeriría:

- a) Capacitar al personal involucrado y a la comunidad en el control del problema;
- b) Proporcionar los suministros que serán necesarios para aplicar la estrategia en forma efectiva;
- c) Supervisar la aplicación de la estrategia;
- d) Monitorear y evaluar si las actividades y resultados evolucionan de la manera planeada.

Si bien el desarrollo de estas actividades sería diferente de acuerdo a las características específicas del lugar, al personal de salud y a la comunidad, se haría necesario disponer para su adaptación de materiales básicos de:

- Capacitación: módulos y otros materiales de instrucción tales como videos, diapositivas, elementos para práctica, juegos;
- Comunicación: afiches, folletos, videos, diapositivas, juegos;
- Supervisión: modelos de guías de supervisión directa e indicadores y metodologías de supervisión indirecta;
- Monitoreo: métodos e instrumentos de recolección de información.

Estos materiales, que se encuentran en general definidos para cada uno de los componentes de la atención en salud maternoinfantil, podrían ser revisados y adecuados para su aplicación en forma integrada, lo cual puede requerir adaptaciones e incluso la elaboración de nuevos materiales.

2.4 Etapas subsiguientes:

Una vez definidas las estrategias y materiales para su implementación, el paso siguiente sería establecer los criterios, si es que hubiera alguno, para seleccionar los sitios en los cuales se implementarían. Estos criterios podrían resumirse en dos enfoques básicos:

- a) Implementar la estrategia en los sitios en que la situación de la salud maternoinfantil sea más grave (aplicando así, en parte, el enfoque de riesgo).
- b) Implementar la estrategia en los sitios en los que resulte más fácil, tomando en cuenta tanto la estructura de salud existente, como su funcionamiento y el personal de salud, entre otros.

Dado que frecuentemente ambos criterios están contrapuestos, una situación intermedia puede resultar conveniente.

A partir de este punto, la propuesta debería ser discutida a nivel local—o central si es necesario—para su análisis y estudio y para la definición de los lugares en los cuales podría llevarse a cabo su implementación. El proceso para dicha implementación requeriría:

- La adaptación de la propuesta en base a las características del lugar;
- La elaboración de planes operativos que contengan las actividades a llevarse a cabo en el trans-

curso de la implementación;

- El seguimiento de la ejecución de los planes y de sus resultados sobre el problema;
- La evaluación.

V. Componentes ya establecidos de salud maternoinfantil: algunos aspectos adicionales y tendencias recientes congruentes con la integralidad en la atención

1. Desarrollo integral del niño (DIN)

Dado que los enfoques convencionales en el sector salud se centran en la enfermedad, el concepto de desarrollo integral del niño puede representar una oportunidad única para acercarse a una concepción positiva de la salud, si se tiene en mente su papel como eje integrador de las acciones de salud maternoinfantil (11).

Estas acciones han sido un importante instrumento para involucrar a la comunidad en las prácticas de salud, e incluso para conseguir la aplicación del verdadero enfoque integral en atención maternoinfantil.

Por medio de las visitas de las madres y sus hijos al llamado control del “niño sano”, por ejemplo, se han venido acomodando otras medidas tales como las inmunizaciones y la profilaxis de enfermedades parasitarias o la atención oportuna de casos iniciales de diarrea o infecciones respiratorias agudas. En etapas posteriores, estas medidas tenderían a formar parte del paquete incluido en la iniciativa de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia.

2. Control de las enfermedades diarreicas (CED)

Gracias al manejo correcto del paciente con diarrea, basado en la terapia de rehidratación oral y la rehidratación intravenosa rápida, la mortalidad por diarrea está disminuyendo significativamente (11). Ahora bien, si la rehidratación es tratamiento y no prevención para disminuir la mortalidad por diarrea en la Región, habría que integrar las acciones a enfoques realmente preventivos tal como lo indican las metas de la Cumbre. Estos enfoques estarían relacionados, por ejemplo, con el acceso de toda la población al agua potable y a la adecuada eliminación de excretas.

Asimismo, las tasas de prevalencia e incidencia de diarrea no se reducirán sustancialmente sino hasta que las actuales crisis económicas de los países en donde son más altas, lleguen a un punto estable.

Los esfuerzos por parte de los ministerios de salud de la Región—con la asesoría directa de la OPS/OMS—para mejorar la vigilancia epidemiológica a raíz de la reciente epidemia de cólera que azotara a varios países, deberían continuar dirigidos hacia la prevención de nuevos brotes. Asimismo, hacia la prevención de la diarrea en los niños en general y hacia su manejo integrado con las normas establecidas para otros programas, tales como el de control de las infecciones respiratorias agudas, nutrición y lactancia materna.

3. Control de las infecciones respiratorias agudas (IRA)

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) por su parte, son la causa del 25 al 30% de todas las defunciones en niños menores de 5 años; constituyen la causa más importante de consulta en los servicios de salud y representan entre el 30 y 50% de las hospitalizaciones. Las acciones propuestas pueden contribuir a un impacto de hasta 80% de reducción de la mortalidad por esa causa (11).

Para garantizar el cumplimiento de la meta establecida se fijaron metas intermedias para fines de 1995, o sea reducir en un 20% la mortalidad por IRA, tomando como base las cifras de 1990. El control de las IRA a través del manejo estándar de casos, continuaría siendo la estrategia prioritaria para el próximo período. Para implementarla, se requiere un intenso trabajo por parte de cada uno los países y en especial del personal involucrado en esta acción de salud a nivel local.

Entre otros, debe apoyarse el desarrollo de unidades de capacitación para asesorar el proceso. Debe vigilarse la capacitación teórico-práctica; valorar su dimensión y alcances en la aplicación; fomentar su seguimiento y evaluación y desarrollar investigaciones operativas para identificar los problemas realizando los ajustes necesarios (12).

4. Programa ampliado de inmunización (PAI)

El impacto del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en las enfermedades inmunoprevenibles ha sido enorme. A partir de septiembre de 1991 no se ha detectado ningún caso de polio en la Región. Se ha reducido en más del 70% la incidencia del tétanos neonatal en las áreas de riesgo. Igualmente, se ha iniciado la eliminación del sarampión en varios países. Sin embargo, aún ocurren más de 50.000 muertes evitables por vacunación cada año (11).

Pese a que la tendencia de los grandes sectores financieros está actualmente dirigida hacia la reforma sectorial, el PAI ha logrado establecerse de manera autosostenible en casi todos los países de la Región. Con políticas aún por definirse, tiende ahora a ampliar su cobertura a otras enfermedades prevalentes tales como las producidas por el *Haemophilus influenzae* tipo b y la hepatitis B en áreas de riesgo. También a enfermedades como la parotiditis, la rubéola, la sífilis, el dengue y la malaria, en donde su implementación se haga necesaria y sea factible, pero sin afectar la adquisición y la disponibilidad de las ya establecidas.

Por otro lado, el PAI ha podido ser utilizado para la movilización de otros recursos y sectores políticos en los países y para la integración de las acciones de APS. Un ejemplo se da a nivel de salud reproductiva, en donde las parteras tradicionales colaboran con la administración de la vacuna antitetánica. Asimismo se aprovechan las campañas nacionales, las miniconcentraciones y la administración longitudinal de vacunas para brindar educación y promoción de componentes como la rehidratación oral y la lactancia materna.

5. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)

Desde el año 1990 hasta la fecha han muerto unos 60 millones de niños antes de cumplir los 5 años. Cuarenta y dos millones de ellos fueron víctimas de la diarrea, la neumonía, la desnutrición, el sarampión o la malaria. Si no se toman medidas de inmediato, el número de defunciones para el

año 2000 podría ser aún mayor.

Por lo menos tres de cada cuatro niños que buscan atención médica diariamente, consultan por una o varias de estas cinco enfermedades. Según el Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, publicado por el Banco Mundial, la atención a las enfermedades prevalentes del niño es una de las intervenciones sanitarias más eficientes en función de los costos en países de bajos o medianos ingresos.

Se ha determinado que esta es la intervención que probablemente tendría mayor impacto en la disminución de la carga mundial de enfermedad. Las pautas recién elaboradas con respecto a este método, abarcan aspectos de capacitación del personal de salud para la atención a las cinco principales enfermedades que pueden resultar mortales durante la niñez.

La estrategia hace hincapié en el niño y no en una enfermedad concreta. Permite identificar la enfermedad con mayor precisión y evita la duplicación de esfuerzos. Lo más importante es que los aspectos de prevención y promoción de la salud se incluyan en la atención de casos. Por otro lado, la necesidad más urgente es la de velar para que los niños que acuden a un proveedor de servicios de salud sean evaluados correctamente y reciban las indicaciones necesarias en base a criterios de riesgo (13).

6. Salud del adolescente

Las políticas y la legislación para la promoción de la salud del adolescente y del joven, han sido examinadas recientemente a varios niveles junto con las características de los programas de atención y la forma en que éstos son percibidos y usados por la gente joven. Análisis recientes promovidos por la OMS, por ejemplo, categorizan las áreas de atención en:

- Desarrollo integral;
- Desarrollo psicosocial;
- Salud reproductiva y sexual;
- Problemas específicos del comportamiento; y
- Desventajas agobiantes.

El éxito de algunos de los programas que se han basado en las áreas anteriores se ha atribuido a lo extenso y completo de sus acciones, así como también al compromiso de sus organizadores y de las comunidades en donde se han llevado a cabo, y al involucramiento de los mismos jóvenes tanto en su organización como en su implementación (14).

Basados en estas experiencias, y en los tópicos mayores integrados a la salud del adolescente—tabaco, alcohol, drogas, salud reproductiva, nutrición, accidentes, enfermedades de transmisión sexual y SIDA—bien puede orientarse la dirección y la integralidad de la atención hacia este importante grupo de la Región.

7. Salud reproductiva

En cuanto a salud reproductiva se refiere, no obstante las necesidades de las mujeres han estado

ocupando un lugar cada vez más prominente en el temario político de la Región, durante los años 1994 y 1995, unas 21.000 mujeres siguen muriendo cada año a causa de complicaciones del embarazo, el parto y de los abortos ilegales.

Una estimación moderada señala que entre el 40 y el 70% de los casos de mortalidad derivada de la maternidad no se declaran. De estas defunciones, el 70% se producen en apenas seis países⁵ y por lo menos el 95% de ellas se podrían evitar (15). La población expuesta a los riesgos reproductivos es anualmente tan creciente en la Región, que aún si se produjera una reducción en la tasa de natalidad, esta población se elevará en un 26% hacia el año 2000 (11).

Ante estas tendencias, se hará necesario en el futuro, integrar toda una serie de acciones e intervenciones dirigidas a resaltar aún más el papel de la mujer a nivel de la comunidad. Deberá realizarse conjuntamente con la transferencia de poder en los niveles de decisión, a fin de que los programas que contemplan estrategias para mejorar el nivel de educación de las mujeres, puedan realmente repercutir en el bienestar de sus hijos, de sus propias parejas y de sus comunidades.

8. Lactancia materna

Aunque no hay discusión acerca del valor de la lactancia materna, sólo el énfasis en su promoción, protección y apoyo, probablemente no agregará mejores resultados a los programas de supervivencia infantil. Está visto que los países en desarrollo de la Región en donde la prevalencia del amamantamiento es mayor, tienen todavía altas tasas de mortalidad infantil y graves problemas nutricionales (4).

Se necesita mucho más que amamantar a los niños para lograr que alcancen su esperado potencial de vida. Una medida sería la integración de las actividades de la lactancia materna a los programas de alimentación y nutrición para promover el destete y la ablactación de manera adecuada. También debe incluirse la promoción de la lactancia materna a la educación de las mujeres en otros tópicos relacionados con sus derechos y prerrogativas. Es más, cualquiera de los componentes descritos en esta publicación podría integrar sus actividades a las de la lactancia materna.

Por otro lado, quedará mucho por hacer mientras no exista verdadera voluntad política en cuanto a legislar en todos los países—principalmente en los que más lo necesitan—los aspectos concernientes a:

- Los derechos de la madre trabajadora;
- La regulación de la promoción irrestricta de fórmulas comerciales infantiles;
- Los programas oficiales de distribución de leches en polvo; y
- Las políticas de hospitales maternoinfantiles que no facilitan el contacto temprano de la madre con el niño.

9. Nutrición de la madre y el niño

El ciclo de una buena alimentación y nutrición infantil que contribuye al éxito de la salud de las futu-

5 Brasil, Bolivia, Colombia, México, Perú y Venezuela.

ras madres—en el caso de las niñas—y la nutrición de las madres que condiciona la de los infantes, es de fundamental importancia para la solución a largo plazo de la desnutrición. El estado nutricional de los niños determina en grado considerable su educabilidad y su desarrollo intelectual.

El círculo vicioso de la desnutrición entre generaciones requiere de intervenciones en varias etapas. Se empezaría por la prevención del bajo peso al nacer, siguiendo con la interacción entre la atención a la educación y el analfabetismo de las mujeres, los cuales son a la vez determinantes de una mejor nutrición a las niñas. Sin embargo, el progreso de estos factores en la pasada década, muestra limitado avance hacia la consecución de las metas de la Cumbre.

Tomando como base el énfasis en la nutrición de la madre y el niño como tema central de sus actuales políticas, entidades tales como el Subcomité de Nutrición de las Naciones Unidas, y otros organismos, a nivel internacional y regional, dirigen sus recursos hacia la investigación en los aspectos incluidos dentro de este ciclo. En otras palabras, hacia la integración en las acciones de nutrición con las de salud reproductiva y del adolescente, desarrollo integral del niño y lactancia materna (16).

VI. Referencias

1. OPS/OMS. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. **Respuesta a las necesidades de salud de las madres y los niños**. Vol. 113, N° 5 y 6. Washington, D.C. Noviembre y diciembre de 1992.
2. CLAP.OPS/OMS. **Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano**. Informe APB 01. Montevideo, Uruguay. Octubre 17 de 1994.
3. 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.
4. UNICEF. **Conference on Child Health Survival**: a) The Possible Synergy between the GOBBI activities & b) Summary Remarks. 1992.
5. Solís, José A. **Salud reproductiva y perinatal**. (Documento de trabajo para la presente publicación). Programa de Salud de la Familia y Población, OPS/OMS, Washington, D.C., 1994.
6. OPS/OMS. **Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención maternoinfantil**. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud. Washington, D.C., 1986.
7. OPS/OMS. **Género, mujer y salud en las Américas**. Publicación Científica N° 541. Washington, D.C., 1993.
8. United Nations. **Achieving Health: New Perspectives on Integrated Services and Their Contributions to Mid-Decade Goals**. Proceedings. The Task Force for Child Survival and Development. February 2-4, 1994. New Dehli, India.
9. Myers, R. **Los doce que sobreviven**. Publicación Científica N° 545. Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Washington, D.C., 1993.
10. Codina, Luis. **Orientaciones conceptuales y operacionales de la atención integral maternoinfantil en los sistemas locales de salud**. Programa de Salud de la Familia y Población, OPS/OMS 1993. Washington, D.C. (Documento de trabajo inédito).
11. OPS/OMS. **Programa de Salud Maternoinfantil**. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. Brochure Informativo sin fecha.
12. Benguigui, Yehuda. **Orientaciones estratégicas para los consultores y docentes clínicos de IRA**. Informe de los seminarios realizados en Uruguay (julio 1994) y Guatemala (octubre 1994). OPS/OMS. Washington, D.C., 1994.

13. OPS/OMS. **Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia.** Programa de Enfermedades Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades. Brochures informativos. Washington, D.C., enero, 1994.
14. WHO. **An annotated bibliography of documents produced by the Division of Family Health.** Adolescent Health and Development section. Geneva, 1994.
15. UNICEF. **Informe Anual: América Latina y el Caribe.** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 1994.
16. Mason, John. **Maternal and Child Nutrition - Introduction,** *SCN News.* Administrative Committee on Coordination - Subcommittee on Nutrition of the United Nations. Number 11, Mid-1994.

VII. Anexos

Cuadro 1

**Las siete metas más importantes relacionadas con la supervivencia,
la protección y el desarrollo del niño para el año 2000**

1. Reducir, con respecto a 1990, la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años en un 70 por 1000 nacidos vivos, si ello representa una mayor reducción;
2. Reducir la tasa de mortalidad materna en un 50% con respecto al nivel de 1990;
3. Reducir la tasa de malnutrición grave y moderada entre los niños menores de 5 años en un 50% con respecto al nivel de 1990;
4. Dar acceso a todos al agua apta para el consumo y a los servicios sanitarios de eliminación de excrementos;
5. Lograr que por lo menos el 80% de los niños en edad de asistir a la escuela primaria tenga acceso a la educación básica y termine la enseñanza primaria;
6. Reducir la tasa de analfabetismo de los adultos o por lo menos la mitad del nivel registrado en 1990 (cada país determinará el grupo de edades correspondiente), otorgando particular importancia a la alfabetización de las mujeres;
7. Dar protección a los niños en circunstancias especialmente difíciles, sobre todo en situaciones de conflictos armados.

Las seis metas específicas dentro de la salud infantil

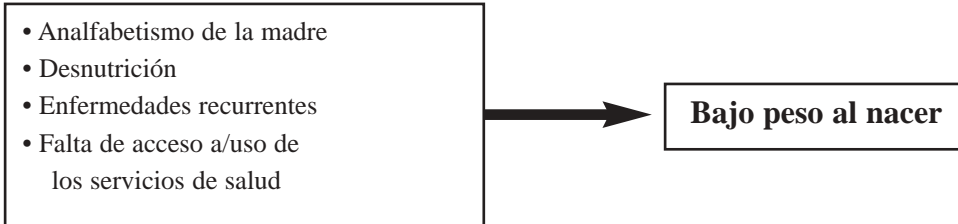
1. Erradicación mundial de la poliomielitis para el año 2000;
2. Eliminación del tétanos neonatal para 1995;
3. Reducción del 95% de las defunciones por sarampión y reducción del 90% de los casos de sarampión para 1995, en comparación con los niveles previos a la inmunización, como paso importante para erradicar a largo plazo el sarampión en todo el mundo;
4. Mantenimiento de un alto nivel de cobertura de inmunización (por lo menos el 90% de los niños menores de 1 año para el año 2000) contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, el sarampión, la poliomielitis y la tuberculosis y contra el tétanos para las mujeres en edad de procrear;
5. Reducción del 50% de las defunciones como consecuencia de la diarrea en los niños menores de 5 años y del 25% en la tasa de incidencia de la diarrea;
6. Reducción de la tercera parte de las defunciones a raíz de infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 5 años.

Fuente: N.U. **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.

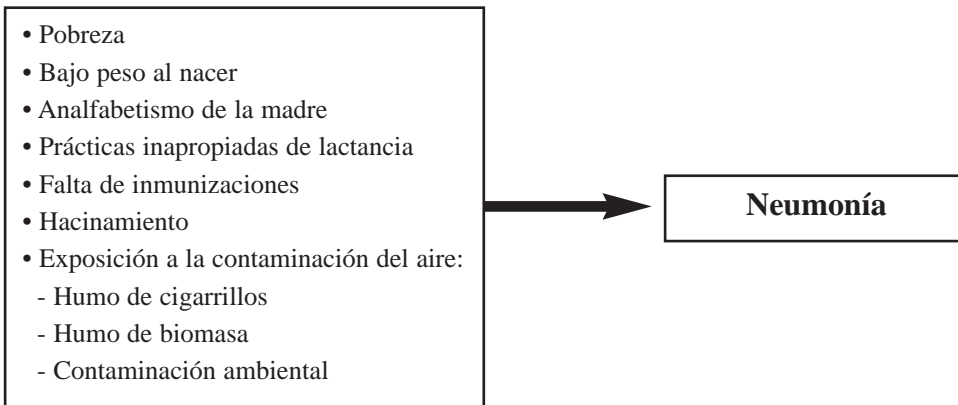
Anexo 2.

Cuadro 2
Factores de riesgo y los daños asociados
(modelo)

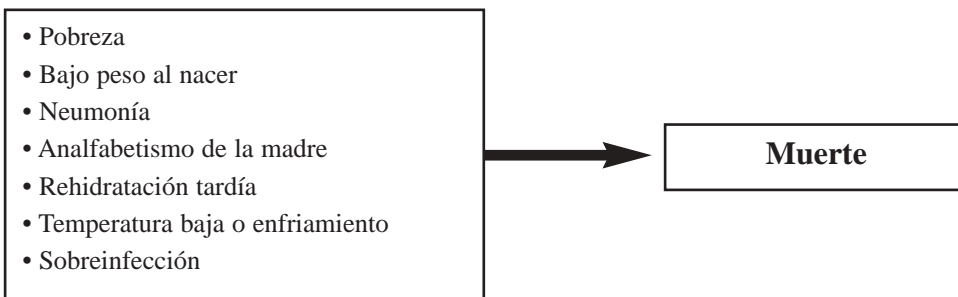
EL FETO SE CONVIERTE EN UN RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO



EL NIÑO DESARROLLA NEUMONIA



EL NIÑO ENFERMO MUERE



Factores de Riesgo

Daños

Fuente: Adaptación de figuras WHO 93/modif. por Serrano, C. & OPS/OMS 1986, Manual PALTEX de Enfoque de Riesgo en la Atención Maternoinfantil.

