

Periodistas y Medios de Comunicación

Ayudando a crecer

**Información de
referencia sobre el
desarrollo integral de
niñas y niños
menores de seis años**



Programa de Desarrollo de Recursos Humanos
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

Programa de Salud Familiar y Población
División de Promoción y Protección de la Salud

Unidad de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)
División de Prevención y Control de Enfermedades

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
Periodistas y Medios de Comunicación
“Ayudando a Crecer”

Información de referencia sobre el desarrollo integral de niñas y niños menores de seis años.

Washington, D.C.: OPS, 2003. 317p.

ISBN 92 75 32440 9

- I. Título
1. DESARROLLO INFANTIL
2. PROMOCIÓN DE LA SALUD
3. CRECIMIENTO
4. PREVENCIÓN PRIMARIA

NLM WA320.O68ac

ISBN 92 75 32440 9

Textos: Maestre Dalys Dixon Silvera y Sofía Izquierdo Valderrama
Revisión Técnica: Dra. Dora de Da Costa (Ministerio de Salud/Panamá),
Dr. Roberto Ruiz Merino (Perú) y Dra. Gina Watson (OPS/Panamá)
Revisión de estilo: Maestre Jennie Vásquez- Solís (OPS/Perú)
Revisión y evaluación: Dr. Rafael Oregón (OPS/Washington)
Portada e ilustraciones: Walter Ventosilla
Edición a cargo de: Dra. Gloria Coe (OPS/Washington)

© OPS/OMS. 2003.

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud; no obstante, la Organización se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que no se use para fines comerciales.

Los periodistas opinan sobre Ayudando a Crecer

La edición del Manual “Ayudando a Crecer” ha sido objeto de numerosas revisiones por parte de profesionales de la salud, de la comunicación y del periodismo. Una de las fases más importantes en la puesta a tono del documento lo constituyó el ejercicio desarrollado con 16 periodistas de distintos países de América Latina. Durante un mes, estos profesionales evaluaron los contenidos del manual y nos entregaron sus impresiones y comentarios sobre el mismo. A la edición final del manual se han incorporado numerosas sugerencias hechas por este grupo de periodistas, lo que sin duda alguna ha elevado el nivel de esta publicación. En este sentido, se hizo el mayor esfuerzo para acomodar el mayor número de recomendaciones posibles.

En “Ayudando a Crecer” el periodista encuentra un aporte importante que permitirá informar, comentar sobre la forma cómo se deben guiar a los hijos. El método apunta hacia la obtención de una familia más integrada... va dirigido hacia la obtención de una persona más generosa y solidaria... el manual, tan sencillo y práctico, contribuye a que el periodista haga un aporte sobre la formación de mejores hábitos a favor de un futuro mejor.

Miguel Humberto Aguirre,
Coordinador General, Radioprogramas, Lima, Perú

Los temas del manual son de interés social, vigentes y muy útiles para los medios de comunicación y a través de ellos para la comunidad.

Alina Anton,
Periodista, *El Tiempo*, Piura, Perú

El contenido del manual es de mucha utilidad para la sociedad. Por lo tanto, ¿qué mejor que el mayor número de medios pueda difundirlo? Recomendaría a cualquier colega que esté en condiciones de utilizar el manual, incluirlo en sus fuentes de información.

Tuffi Aré Vásquez,
Editor General, *Diario El Deber*, Santa Cruz, Bolivia

El manual es muy útil en el cubrimiento diario de los temas de salud, especialmente en el campo radial que exige información pertinente y ágil. En mi caso, me ha servido mucho en el cubrimiento de la información sobre temas del sector salud, aspecto al que le damos un gran énfasis en nuestro noticiero radial.

José Barraza,
Reportero, «Atlántico en Noticias», Emisora Atlántico,
Barranquilla, Colombia

El Manual me ha parecido fabuloso, no solo porque sus temas abarcan todo lo que uno necesita saber en lo relacionado con la salud, del crecimiento y desarrollo de niños y niñas, para poder elaborar informaciones periodistas al respecto, sino por la manera sencilla, clara y veraz como están redactados cada uno de esos temas.

Rosario Isabel Borrero Becerra,
Periodista, *El Herald*o, Barranquilla, Colombia

Considero indiscutible la importancia y el interés periodístico del manual. Pienso que debe dirigirse una estrategia no solo a los y las periodistas en relación a sus contenidos, sino también a ejecutivos de los medios, como editores, jefes de redacción, etc. Considero muy novedoso la incorporación del hombre y de toda la familia como audiencia para el cuidado de niños y niñas.

Isaura Cotes,
Redactora, Periódico *Hoy*, Santo Domingo,
República Dominicana

Es un excelente material de consulta para los redactores que suelen cubrir el tema de salud, y es un documento que debe ser leído por quienes deciden políticas de salud o los líderes de opinión que tienen posibilidades de participar formal o informalmente en el lobbying.

Jacqueline Fowks,
Ex Editora de «Vida y Futuro», Diario *El Comercio*,
Lima, Perú

La información del manual es valiosa y novedosa porque muy pocas veces se abordan los temas con un lenguaje no sexista y con una visión de igualdad de género que hace visible tanto a la niña como al niño. Esto le da a los periodistas una visión diferente en el tratamiento del tema.

Alina Guerrero,
«El Pulso de la Noticia», Canal 4, Directora, Managua, Nicaragua

El manual me ha servido muchísimo para generar reportajes y entrevistas que han sido de mucha utilidad para la audiencia. Televidentes han comentado su agrado con estos temas.

Karla Herrera,
Directora, Televisión Rural Noti 14, San Carlos, Costa Rica

El manual tiene contenidos muy educativos e informativos, pero muchos no se adecuan a nuestra realidad. El lenguaje es muy claro, sobre todo la forma de redacción. Escapan a nuestra idiosincrasia palabras que se utilizan en regiones centroamericanas.

Rossana Luján Crosta,
Periodista, Red Uruguaya de TV, Canal 12/BBC, Montevideo, Uruguay

“Ayudando a Crecer” tiene como mayor virtud el enfoque práctico de la información. Ese tratamiento es de gran impacto en salud y coincide con el avance del periodismo de servicio en la Región. Para el principiante en la cobertura de salud, el texto le adelantará muchos de los temas obligados en la agenda anual. Al experimentado, le refrescará conceptos o le recordará la necesidad de presentar la información de una manera práctica.

José Mairena Morera,
Productor de TV, San José, Costa Rica

Los temas del manual son de gran trascendencia para contribuir a una cultura de la salud, para orientar a las futuras madres, para prevenir accidentes y enfermedades y para detectar a tiempo cualquier problema.

Marisol Ortega Guerrero,
Coordinadora de la Sección Salud, *El Tiempo*, Bogotá, Colombia

Trabajo en televisión y el manual me ha abierto la inquietud de producir un programa semanal específico sobre el tema, en el que la población pueda participar y resolver dudas y compartir experiencias.

Cathia Rodríguez Clavijo,
Periodista Reporter/Conductora de Noticias,
Periodistas Asociados Televisión, La Paz, Bolivia

La temática y actores (niñas, niños y mujer como actuante en eventos relacionados con su nacimiento, lactancia, desarrollo, crecimiento, etc.) convierte al proyecto «Ayudando a Crecer» en una herramienta útil para la inclusión y tratamiento en los medios masivos de temas que contribuyan a la promoción de la salud y prevención de enfermedades de un sector de la población que puede ser la base de sociedades más sanas.

Alicia Pineda,
Directora Gerente, Luz FM 102.9, Maracaibo, Venezuela

Tal como está concebido el manual, su información se podría estructurar en medios plegables, afiches, boletines, cápsulas radiales y cortos audiovisuales dirigidos al público con información general. El manual cumple como un elemento de apoyo. Los temas que trata requieren más investigación por parte del periodista.

María Isabel Solís,
Consultora, Proyecto Modernización
C.C.S.S.-Banco Mundial, San José, Costa Rica

Índice General

Sección introductoria	xi
Maternidad	33
Nutrición	67
Mejor prevenir	111
Crecimiento y desarrollo	173
Desarrollo de la inteligencia	201
Desarrollo emocional y social	229
Anexos	297
Bibliografía	313

Índice

Sección introductoria

Los periodistas opinan sobre Ayudando a Crecer	v
Prólogo	xiii
Ayudando a crecer: una herramienta vital para los periodistas	xiii
Prefacio	xv
Antecedentes	xvii
Agradecimientos	xxiii
El propósito del documento	1
Organización y contenido del documento	2
El material	2
<i>Datos importantes</i>	2
<i>El tema durante los primeros cinco años</i>	2
<i>Información para las familias</i>	3
<i>Consejos</i>	3
<i>Temas conectados</i>	3
Revisión del Manual	3
Los temas	4
Los medios y las campañas de desarrollo social	7
Audiencias: para todos los gustos	8
Las cifras	10
América Latina y el Caribe	10
Las causas de muerte	11
La salud de los pueblos indígenas	13
Familias y crisis: variaciones sobre un mismo tema	14
Crecer en las ciudades	15
Municipios saludables: gobierno, instituciones y comunidad: itodos ponen!	16
El riesgo: una larga historia de desventajas	18
<i>Enfermedades inmunoprevenibles</i>	19
<i>Enfermedades diarreicas</i>	21
<i>Infecciones respiratorias agudas</i>	22
Situación nutricional en la Región	23
La atención en salud	24
Crecimiento y desarrollo	27
Todos no nacemos iguales	27
El afecto limitado	28
Afecto y salud	31
Amor: la receta de la salud	31

Prólogo

Ayudando a crecer: una herramienta vital para los periodistas

La salud es un elemento crucial en la construcción de todo tejido social y es factor determinante en las distintas dimensiones del desarrollo físico y emocional de niños y niñas. Sin embargo, mientras la infraestructura de servicios sigue teniendo una significativa importancia en los niveles de salud de la población, los estilos de vida, actitudes y comportamientos de las personas a menudo juegan un papel aun más preponderante en la salud de hombres, mujeres y niños. Un sinnúmero de enfermedades y condiciones de salud está asociado a los estilos de vida de cada individuo y en particular a sus actitudes, creencias y comportamientos, elementos que pueden ser reforzados o modificados a través de la información proveniente de los medios masivos de comunicación.

Uno de los compromisos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) es fortalecer las actividades de promoción de comportamientos saludables logrando la incorporación de información sobre salud en la agenda de los medios masivos de comunicación. Con este fin, varias estrategias han sido implementadas en los últimos años, entre las que se encuentran los esfuerzos orientados a la incorporación del tema de la salud en la currícula de escuelas y facultades de comunicación social de las universidades de la Región; el diseño de un CD-ROM en periodismo en salud en colaboración con la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID) y el «International Broadcasting Bureau» de los Estados Unidos de América, y la Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social (FELAFACS) para la capacitación de periodistas en ejercicio y estudiantes de periodismo; la preparación de un currículo para la enseñanza del periodismo en salud; la participación de periodistas en talleres sobre comunicación en salud, e investigaciones como el proyecto COMSALUD coordinado con FELAFACS, que analiza la cobertura de la salud en los medios masivos en América Latina y la relación con los adolescentes, medios de comunicación y salud pública. Igualmente, otra actividad clave de nuestra Organización consiste en trabajar con los medios de comunicación, con el fin de posicionar con mayor fuerza los temas de salud de niñas y niños en la agenda pública de los países de la Región, con el propósito de promover políticas de salud que beneficien a miles de familias.

Por ello, con entusiasmo y orgullo me complace presentar, en nombre de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, el manual **Periodistas y Medios de Comunicación «Ayudando a Crecer» Información de referencia sobre el desarrollo integral de niñas y niños menores de seis años**, el cual constituye otro aporte de nuestra

Organización al mencionado esfuerzo. Este manual, dirigido a periodistas y medios masivos de comunicación de América Latina y el Caribe, tiene como propósito el apoyarles en su esfuerzo por incorporar información sobre la salud en su rutina periodística.

El manual ha sido concebido como un documento de referencia y una herramienta de apoyo al trabajo de los periodistas vinculados a diversos medios de comunicación (radio, prensa y televisión) de la Región, quienes regularmente cubren temas relacionados con la salud infantil. El manual contiene información útil y práctica sobre diversos temas como *Maternidad; Nutrición; Crecimiento y Desarrollo Emocional, y Desarrollo de la Inteligencia y Desarrollo Emocional y Social*, entre otros temas, con el fin de promover la crianza y desarrollo de niños saludables.

A través de este manual y con el decidido apoyo de instituciones de capacitación como la Fundación para un Nuevo Periodismo, dirigida por el escritor, periodista y Premio Nóbel de Literatura de 1982, Gabriel García Márquez, de agremiaciones como la Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social, de las distintas universidades y facultades de comunicación social que han colaborado con nosotros durante más de nueve años, y muy especialmente con el valioso concurso de los periodistas de la Región comprometidos con los temas de salud, esperamos contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de niñas y niños de América Latina. Al poner en manos de los periodistas y medios de comunicación este valioso instrumento, les deseamos mucho éxito en esta nueva aventura de incorporar temas de salud en su quehacer diario.

GEORGE A. O. ALLEYNE

Director

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud

Septiembre de 2002

Prefacio

¿Qué importa más en la vida? Esta pregunta fue formulada en la *Encuesta del Milenio*, la más grande del mundo, realizada en el año 2000 por Gallup International en 60 países, sobre una muestra representativa de 50 mil personas. En 37 países la salud es lo primero y una familia feliz lo segundo. En los países encuestados de América Latina (Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, México, Paraguay, Perú y Uruguay), el 51% de las personas mayores de 35 años respondieron que tener una buena salud es lo primero. Tener una vida familiar feliz, con 38%, ocupó el segundo lugar. Claramente, la salud y la familia son dos razones imprescindibles en la vida de los seres humanos, independientemente de la geografía y la cultura.

En concordancia con lo anterior, en los estudios que hacen los medios de comunicación para determinar los intereses de las audiencias, aparecen una y otra vez en los primeros lugares los temas relacionados con la salud, lo que incluye la salud en general, la educación para los hijos, la educación sexual, drogadicción, adolescencia, y violencia familiar, entre otros aspectos. En estas materias la vocación de servicio de los periodistas tiene un terreno fértil de trabajo para atender las necesidades y las demandas de los usuarios de los medios. Por su parte, los estrategas del *marketing* mediático sí se han dado cuenta de la oportunidad de negocios alrededor de la información sobre salud, y eso explica la proliferación de publicaciones de disímil calidad, especialmente en Estados Unidos y en Europa, que se dirigen de preferencia a sectores con alto poder de consumo. Es bien sabido que las industrias de alimentos y productos farmacéuticos impulsan un torrente de información interesada que se utiliza de manera acrítica en los medios de comunicación masiva.

Uno de los desafíos más importantes que enfrentan los medios de comunicación es cómo interpretar y presentar la información relacionada con la salud, de manera sencilla e interesante, acorde con las características socioculturales de los distintos grupos de audiencia, y según principios y valores profesionales del periodismo: independencia, veracidad, rigor, equilibrio, responsabilidad social. No es una tarea fácil: por ejemplo, un estudio reciente en los Estados Unidos de América indica que el 77% de los periodistas científicos no entienden la complejidad de la información científica, incluyendo los temas de salud.

Por ello hay que celebrar las diversas iniciativas que adelanta la Organización Panamericana de la Salud para trabajar de manera conjunta con los medios de comunicación, apoyar la tarea de los informadores y contribuir a mejorar la salud, y por ende la calidad de vida de nuestras comunidades.

Uno de los grupos que requiere más atención es el de los niños, dada su mayor vulnerabilidad en los primeros años de vida, etapa que reviste crucial importancia para su posterior desarrollo físico y emocional. Con este objetivo la Organización Panamericana de la Salud decidió preparar el manual **Periodistas y Medios de Comunicación: Ayudando a Crecer**

- Información de referencia sobre el desarrollo integral de niñas y niños menores de seis años, para ofrecerlo a los directivos y profesionales que trabajan en medios de comunicación de América Latina como una herramienta básica en el cubrimiento de la información relacionada con la salud infantil.

El manual es una obra colectiva con aportes de numerosos profesionales de la salud y del periodismo en salud, pertenecientes a distintos medios e instituciones de diferentes países de la región. Los dos tomos que lo componen presentan información completa, útil y sucinta sobre la salud de los niños y niñas, hasta seis años de edad. Y aunque el trabajo está dirigido a periodistas y productores de programas que cubren los temas relacionados con salud, sus contenidos pueden ser de gran utilidad para profesionales de la salud, padres y madres o cualquier persona interesada en educarse y adquirir mayores niveles de conciencia para asegurar que niños y niñas crezcan de manera saludable.

En términos sociales la salud es negocio en el cual todos ganan. Todos los medios de comunicación masiva de América Latina deberían, más temprano que tarde, incorporar estos temas a su agenda informativa, a su programación habitual, y evaluar con su propia experiencia el valor de la salud como asunto de gran interés mediático. Con ello la comunidad recibe información útil e interesante que produce un impacto positivo en la vida cotidiana, las empresas de medios aumentan sus audiencias e ingresos, los comunicadores tienen un campo apasionante de servicio al público y el sector salud amplía sus posibilidades de diseminación de información, elemento que contribuye de manera significativa a que familias y comunidades logren mejores niveles de salud y bienestar. Este manual es una formidable herramienta de trabajo para dominar y cubrir mejor un tema que a todos nos interesa.

JAIME ABELLO BANFI

Director

Fundación Nuevo Periodismo Iberoamericano

Creada en 1994 por iniciativa del periodista y escritor colombiano

Gabriel García Márquez, Premio Nobel de Literatura de 1982

Cartagena de Indias, Colombia

Abril de 2002

Antecedentes

La importancia de los medios masivos de comunicación en la transmisión de información relacionada con la salud se ha evidenciado con mayor fuerza en las últimas décadas y esto ha conducido a que diversos investigadores de la comunicación hayan resaltado y prestado mayor atención a este fenómeno. Refiriéndose a la relevancia de los medios y su carácter prominente como conductores de información sobre la salud, Atkin & Bratic¹ ya han advertido que «los temas relacionados con la salud son presentados diariamente por la televisión a una abrumadora mayoría de la población. Información, mensajes e imágenes tanto positivas como negativas son incorporadas a los distintos contenidos más populares de la televisión» (p.26). Por su parte, Brown & Walsh-Childers² y Milio³ han señalado la existencia de un nivel personal y un nivel público en torno a la relación entre los medios masivos y la salud. Es decir, los medios pueden incidir en las personas a través de la promoción de comportamientos saludables, mientras que a nivel público pueden contribuir a la adopción de políticas y toma de decisiones favorables para el sistema y condiciones de la salud de la comunidad.

En las naciones de América Latina y el Caribe, al igual que en otras en vías de desarrollo, los mensajes provenientes de los medios masivos de comunicación se constituyen en importantes fuentes de información sobre temas de salud pública. El ciudadano del nuevo milenio está expuesto, cada vez en mayor grado, a información sobre temas de la salud a través de los medios masivos que por medio de visitas a médicos o profesionales de la salud (Signorielli⁴ y Montgomery⁵). Incluso, en muchos casos, y durante largos períodos de tiempo, las personas solo tienen un acercamiento a temas de la salud vía los medios masivos de comunicación o de la comunicación con otras personas, a menudo familiares y amigos (Wahl⁶).

Investigaciones llevadas a cabo en Europa, Estados Unidos y América Latina y el Caribe corroboran esta tendencia. Un estudio realizado en Estados Unidos señala que por cada persona que recibe información sobre la salud a través de un médico o profesional de la salud, veinticinco personas

¹Atkin, C. & Bratic, E. 1990. «*Issues and initiatives in communicating health information*,» in C. Atkin & L. Wallack (Eds.). 1990. *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts*. Newbury Park, CA: Sage.

²Brown, J.D. & Walsh-Childers, K. 1996. «*Efectos de los Media sobre la Salud Personal y Publica*,» en J. Bryant & D. Zillmann (compiladores), *Los Efectos de los Medios de Comunicación: Investigaciones y Teorías*. Barcelona: Paidós.

³Milio, N. 1986. «*Health and the Media in Australia: An Uneasy Relationship*». *Community Health Studies*, 10(4), 419-422.

⁴Signorielli, N. 1993, *Mass Media Images and Impact on Health: A Sourcebook*. Greenwood.

⁵Montgomery, K. 1990. «*Promoting health through entertainment television*,» in C. Atkin & L. Wallack (Eds.). 1990. *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts*. Newbury Park, CA: Sage.

⁶Wahl, O.F. 1995. *Media Madness: Public Images of Mental Illness*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

la reciben de los medios masivos de comunicación. Diversos análisis de contenidos de los medios en los Estados Unidos —incluyendo diarios y revistas— revelan que cerca del 40% de la información presentada se relaciona con salud, mientras que en América Latina esta cifra tiende a ser más baja y se estima que solo alcanza el 10% (DeVries⁷).

En el estudio de las Naciones Unidas, Conciencia y Comportamiento sobre SIDA⁸, los adolescentes citaron la radio, la televisión y los periódicos o revistas como primera, tercera y cuarta fuentes prioritarias de información sobre esta enfermedad; la radio se ubicó como primera fuente con diferencias considerables frente al resto de medios; 7 de cada 10 hombres recibieron información sobre SIDA a través de la radio. En los países con amplio acceso a la televisión, este medio fue citado con mayor frecuencia. La segunda fuente de información la constituyeron los amigos y parientes.

Entre las razones más importantes para el incremento de la presencia de la salud en los medios se encuentra el interés que tiene el público en temas de salud y bienestar. Por ejemplo, La Encuesta del Milenio, desarrollada por Gallup Internacional a finales de 1999, preguntó a una muestra de 50.000 personas de 60 países: ¿qué es lo que más importa en la vida? El primer lugar lo ocupó la salud, seguido por la familia.

Además, los medios también se han beneficiado comercialmente por este cubrimiento. Por ejemplo, en algunos países de la Región la circulación de los diarios aumenta cuando la edición incluye el suplemento de la salud. En los Estados Unidos, aproximadamente 1 o 2 ediciones mensuales de las revistas Time y Newsweek destacan como portada un tema relacionado con la salud. Tal respuesta ha demostrado que la salud es un buen negocio para todos ya que a través del mayor y mejor cubrimiento de temas relacionados con salud se benefician los medios, se beneficia el sector salud y, lo que resulta más importante, se beneficia la comunidad y las familias.

En los últimos años, entidades internacionales como la Organización Mundial de la Salud y su oficina regional para las Américas, la Organización Panamericana de la Salud, han enfatizado la necesidad de promover a través de los medios de comunicación una cultura orientada hacia la prevención, en oposición al tradicional énfasis centrado en enfermedad, curación y tratamiento. Este énfasis en prevención ha sido impulsado por el creciente consenso en torno al rol que la promoción de comportamientos saludables puede tener en la población y porque se convierte en una de las pocas alternativas efectivas para resolver las necesidades de salud de la población (Beltrán⁹).

En el caso de la población infantil, se calcula que cada año mueren cerca de 250.000 niños y niñas menores de cinco años a causa de enfermedades que podrían prevenirse o tratarse a tiempo tales como

⁷DeVries, WC (1988). *The physician, the media, and the spectacular case*. JAMA, 886.

⁸United Nations (2002). *HIV/AIDS Awareness and Behaviour*. UN: New York.

⁹Beltrán, L.R. 1995. «Comunicación y Salud en América Latina». Chasqui, 51: 28-32.

enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias, desnutrición y VIH/SIDA, así como otras enfermedades prevenibles por vacunación. Igualmente, muchos niños y niñas sufren serios trastornos y su calidad de vida se deteriora de manera significativa debido a que a menudo son víctimas de maltrato o no reciben un adecuado estímulo que contribuya positivamente a su desarrollo afectivo y emocional.

En este sentido, la edición de un manual orientado a promover la crianza de niños saludables se apoya en dos elementos conceptuales clave. En primer lugar, la importancia de ubicar los temas relacionados con el crecimiento y desarrollo de los niños en la agenda de los medios obedece a la suficiente evidencia empírica que indica que la presencia de ciertos temas en la agenda de los medios determinará la importancia de esos temas en la agenda pública. A través de este concepto conocido como agenda social (agenda setting), se espera que la ubicación de temas relacionados con la salud de los niños en la agenda pública contribuya a generar una mayor atención a este tipo de información por parte de la comunidad. Rogers & Dearing¹⁰ ya habían definido el concepto de agenda social como «el proceso a través del cual los medios masivos comunican al público acerca de la importancia relativa de ciertos temas y asuntos» (p.56).

Al mismo tiempo, la presencia de determinados temas en la agenda de los medios puede, en muchos casos, incidir no solo en el público sino también en aquellos individuos que toman decisiones a nivel de políticas. Diversos autores (por ejemplo, McQuail¹¹, Rogers & Dearing) han planteado la existencia de tres agendas que interactúan entre sí. A la señalada agenda de los medios se suma la existencia de una agenda pública y la de una agenda política o del gobierno. Esta interacción puede plantearse en distintas direcciones, pero una de ellas puede darse a partir de la ubicación de temas específicos en la agenda de los medios. En este caso, se espera que el incorporar temas relacionados con el crecimiento y desarrollo saludable de los niños en la Región contribuya a colocar estos temas en la agenda del público y en la agenda de individuos que toman decisiones a nivel político y público. Sin embargo, esto solo será posible en la medida en que editores y periodistas de los medios escritos y electrónicos de la Región se conviertan en aliados de este proceso.

Precisamente, la elaboración de este manual ha contado con la participación activa de varios periodistas de la Región con el fin de garantizar su relevancia y pertinencia al ejercicio periodístico cotidiano de los profesionales de la información en América Latina. El manual fue diseñado y elaborado bajo la coordinación de las Divisiones de la OPS de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, de Promoción y Protección de la Salud

¹⁰Rogers, E. & Dearing, J. 1988. «*Agenda-setting Research: Where It Has Been, Where It Is Going,*» en J.A. Anderson (ed.), *Mass Communication Review Yearbook*, v.11, Newbury Park, CA: Sage.

¹¹McQuail, D. 1987. *Mass Communication Theory: An Introduction*, 2nd. Ed. London: Sage.

¹²The Communication Initiative. <http://www.comminit.com>.

¹³La Iniciativa de la Comunicación. <http://www.comminit.com/la>.

y de la Unidad de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) de la División de Prevalencia y Control de Enfermedades, y contó con la participación de médicos especialistas en temas de salud infantil, expertos en comunicación y salud y periodistas.

Una versión preliminar del manual fue preparada por médicos y especialistas en temas de salud infantil y fue posteriormente entregada a diecisiete periodistas de prensa, radio y televisión de ocho países de América Latina (Bolivia, Colombia, Costa Rica, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela) quienes utilizaron el documento durante un periodo de treinta días como parte de un proceso de validación de la utilidad de los contenidos del manual.

Los periodistas utilizaron el manual como parte de su actividad periodística cotidiana y al final de los treinta días respondieron un cuestionario preparado para evaluar distintos aspectos del manual en el que se incluyeron preguntas abiertas y cerradas en torno a contenidos, estructura y organización del manual, así como preguntas acerca de la importancia de los temas de la salud en la agenda de los periodistas y la importancia relativa asignada a determinados temas relacionados con la salud, entre ellos la salud de los niños. Además, los participantes en esta evaluación tenían la libertad de consignar comentarios adicionales en torno a cualquier otro aspecto del manual que ellos consideraran relevante. En base a estos resultados se hicieron las modificaciones pertinentes al manual y posteriormente se hizo una validación adicional con profesionales de la salud con el fin de garantizar la precisión de los contenidos técnicos relacionados con la salud de los niños.

El manual puede ser utilizado de diversas maneras. A continuación presentamos una lista de alternativas que no incluye todas las opciones posibles. Por el contrario, esperamos que los periodistas y todas aquellas personas que hagan uso del manual encuentren formas innovadoras de uso de este documento. Algunas sugerencias son:

- El manual puede ser utilizado como herramienta de consulta en la preparación de notas periodísticas.
- El manual puede facilitar la incorporación de determinados contenidos, particularmente los consejos prácticos, en las notas periodísticas que se produzcan.
- Diferentes secciones y temas del manual pueden convertirse el punto de partida para la preparación de informes especiales a nivel local o nacional.
- El manual puede servir como herramienta para la preparación de una serie de notas o informes especiales sobre determinados temas de interés local o nacional.
- El manual puede servir de herramienta para preparar una agenda de cobertura de temas relacionados con la niñez en forma sistemática a lo largo de un determinado período de tiempo.

Para la Organización Panamericana de la Salud este proceso riguroso y participativo en la preparación del manual brinda la confianza necesaria para diseminar el manual a más de 500 periodistas de la Región con el fin de contribuir a que, paulatinamente, la salud de los niños de América Latina pase a ocupar un lugar protagónico en la agenda pública de nuestras comunidades, de tomadores de decisión y de los gobiernos en la Región. Este manual también está disponible a profesionales de la salud, de otras disciplinas y en general a todas aquellas personas interesadas en estos temas contenidos en espacios de divulgación y diseminación de información como la Iniciativa de la Comunicación (www.comminit.com y www.comminit.com/la) y la página Web de la OPS (www.paho.org).

Agradecimientos

La producción del manual *Periodistas y Medios de Comunicación «Ayudando a Crecer - Información de referencia sobre el desarrollo integral de niñas y niños menores de seis años»*, ha sido posible gracias al esfuerzo de personas dedicadas y comprometidas con la propuesta de preparar información sobre la salud en forma atractiva para uso de los medios de comunicación masiva. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce y agradece la contribución de estas personas para mejorar el nivel de salud y bienestar de nuestros pueblos latinoamericanos:

- ❑ a la Maestra Dalys Dixon Silvera y a la Lic. Sofía Izquierdo Valderrama, por su excelente trabajo en interpretar la información científico-técnica y presentarla de manera interesante y clara.
- ❑ a la Dra. Dora Migdalia Whiteman de Da Costa, Directora de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud de Panamá (1994-1999); a la Dra. Gina Watson, Asesora de la Representación OPS en Panamá (1994-1999) por apoyar el trabajo de interpretación de la información científico técnica de la salud, y al Dr. Roberto Ruiz Merino, Jefe del Departamento de Medicina Pediátrica del Instituto de Salud del Niño, Lima, Perú y Consultor del Programa de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia quien hizo la última revisión del Manual.
- ❑ a Jaime Abello Banfi, Director, Fundación Nuevo Periodismo Iberoamericano creada por el periodista Colombiano Gabriel García Márquez, Premio Nóbel de Literatura 1982, por su compromiso desinteresado y su constante interés en ayudar a la OPS a vincularse más estratégicamente con los medios de comunicación masiva de América Latina.
- ❑ al Lic. Walter Ventosilla por su creatividad en el diseño del manual, los dibujos y la carátula.

La edición del manual «Ayudando a Crecer» ha sido objeto de numerosas revisiones por parte de profesionales de la salud, de la comunicación y del periodismo. En este sentido, nuestro agradecimiento a la Maestra Jennie Vásquez-Solís Arnaiz, Coordinadora del Programa de Comunicación y Salud de la Representación de la OPS en Perú; al Dr. Rafael Obregón, Profesor Asociado, Programa de Comunicación Social, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia, y desde junio del 2002, Asesor Regional de Comunicación, Unidad de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, de la OPS; a la Dra. Helia Molina, Asesora Regional en la Salud de la Familia y del Niño por su revisión del Manual y su contribución al capítulo sobre Resiliencia; y a la Lic. Claudia Chamorro y a Matilde Cresswell, de la Unidad de Publicaciones de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS, por su dedicación al cuidado de la edición, diagramación y producción.

El desarrollo del manual fue posible gracias a la visión y liderazgo de la Doctora Carol Collado, Coordinadora del Programa de Salud de la Familia y Población, División de Promoción y Protección de la Salud, del Dr. Pedro Brito, Coordinador del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, y del Dr. Yehuda Benguigui, Coordinador de la Unidad de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, funcionarios de la OPS.

Agradecemos al grupo de periodistas que evaluó el manual y lo enriqueció con sus impresiones y comentarios. Ellos son: Kathia Rodríguez de Periodistas Asociados de Televisión de La Paz y Tufi Are de El Deber de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia; José Barraza de Emisora Atlántico, Barranquilla; Rosario Isabel Borrero Becerra de EL HERALDO de Barranquilla y Marisol Ortega de El Tiempo, Bogotá, Colombia; José Mairena Morera del Programa «Aló, Qué tal?», Carla Herrera Masis del Noticiero NOTI 14, Canal 4, San Carlos y María Isabel Solís Ramírez del Programa «Por Tu Salud», Radio Reloj, San José, Costa Rica; Alina Guerrero de El Pulso de la Noticia, Canal 4, Managua, Nicaragua; Miguel Humberto Aguirre, Radioprogramas del Perú, Alina Antón, de El Tiempo, Piura y Jaqueline Fowks, Página Vida, de El Comercio, Lima, Perú; Isaura Cotes Javier y Altagracia Ortiz Gómez de HOY y Marta Doris Pantaleón, de Listín Diario, Santo Domingo, República Dominicana; Rossana Crosta, del Informativo Central de la Red Uruguaya de Televisión, Montevideo, Uruguay, y Alicia Pineda, de Luz FM 102.9, Maracaibo, Venezuela.

*Gloria A. Coe, Ph. D.
Asesora Regional de Comunicación y Periodismo en Salud
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios en Salud
OPS/OMS*

El propósito del documento

Cuando se pensó en elaborar un *Manual de referencia para los medios de comunicación sobre el desarrollo integral de niños y niñas menores de seis años*, se priorizó la información sobre el cuidado diario. Una de las maneras de aumentar la eficiencia de ese cuidado es poner a circular información para las personas que se encargan de atender a los menores de seis años.

Diversas experiencias en varios países permiten reconocer el papel de los medios de comunicación en la difusión de mensajes que promueven una mejor calidad de vida. Varios factores se han vinculado al proceso de apropiación de esos mensajes. Entre ellos se destaca la relación entre las personas que trabajan en los medios, la elaboración, publicación o emisión de materiales que tienen como principal objetivo animar a las familias —y a las comunidades en general—, a adoptar prácticas que inciden en su salud, y el hecho reiterado de que familias que han tenido acceso a este tipo de materiales —entre otras condiciones— se muestran más abiertas a incorporar propuestas que mejorarán su calidad de vida. Bajo esa óptica, se presenta el material que se incluye en este manual. El contenido de esta propuesta busca que las personas que trabajan en los medios de comunicación:

- ❑ cuenten con información que les permita elaborar materiales de comunicación que promuevan cambios en la percepción y en la relación de la sociedad con niños menores de seis años.
- ❑ cuenten con información que pueda ayudar a desarrollar destrezas de crianza en los padres, las madres, hermanas y hermanos y las personas que cuidan a los menores.
- ❑ conozcan algunas condiciones que obstaculizan o propician el crecimiento y desarrollo de los menores de seis años.

Organización y contenido del documento

El material

Con el fin de facilitar la elaboración de materiales de comunicación para los medios, se concibió la redacción y presentación de cada tema incluido como una unidad independiente. La idea es que no sea necesario leer todo el Manual para elaborar un artículo, reportaje o anuncio promocional. De antemano, se autoriza la reproducción total o parcial de este material.

En cada tema se seleccionó un paquete de información básica. La información de cada subtema se redactó en forma de pequeñas cápsulas. De este modo, así como cada tema puede ser leído de manera independiente, cada subtema —a su vez— conforma una unidad con datos que permitirán elaborar un producto sobre consejos prácticos, sobre la conveniencia de promover o evitar ciertas prácticas o bien, sobre la descripción de la manera como se suceden determinados eventos durante los primeros seis años de vida.

El siguiente es el esquema utilizado para presentar la información en cada tema.

Datos importantes

Esta información tiene como objetivo dar una visión del impacto que tiene el tema en el crecimiento y desarrollo de los niños menores de seis años. Se aborda desde diferentes ópticas: las consecuencias en la vida adulta o en la salud de los menores, la incidencia del problema en algunos países, el costo de atenderlo en el sistema de salud o bien, las posibilidades que se abren para cada niño que recibe atención en esta área durante los primeros seis años de vida. En resumen, se busca dar elementos para contestar a la pregunta ¿por qué es importante tratar este tema en los medios?

El tema durante los primeros seis años

En la medida de lo posible, se hace una descripción “cronológica” del tema. Se presentan características básicas en diferentes etapas (al nacer o durante el embarazo, en los primeros meses y cada año, hasta los seis años). El objetivo es presentar los primeros seis años como un período donde es fundamental dar atención y cuidado “sostenido” a los niños.

Información para las familias

En este nivel se incluye información básica (práctica y conceptual) con el fin de buscar respuesta a la pregunta ¿qué puede hacerse y por qué, para garantizar un cuidado de mayor calidad? Se combina información sobre la conveniencia de evitar o promover determinadas actitudes o actividades con datos prácticos. Cuando se considere pertinente, los datos se consignarán a partir de un esquema cronológico (por ej.: recién nacido, por meses y por cada año hasta los seis años). En este segmento se presentarán recuadros que pueden servir como guía a los padres para dar seguimiento al crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Consejos

Se exponen datos prácticos para el cuidado diario de los menores, para enfrentar situaciones conflictivas o estimular comportamientos que favorezcan su crecimiento y desarrollo.

Temas conectados

En algunos subtemas se propone la búsqueda de información o la referencia a fuentes con el fin de abordar otros aspectos del tema con miras al cuidado que reciben los niños o a la incidencia de este punto en la agenda pública de cada país.

Revisión del Manual

La edición del Manual «Ayudando a Crecer» ha sido objeto de numerosas revisiones por parte de profesionales de la salud, de la comunicación y del periodismo. Una de las fases más importantes en la puesta a tono del documento la constituyó el ejercicio desarrollado con 16 periodistas de distintos países de América Latina. Durante un mes, estos profesionales evaluaron los contenidos del manual y nos entregaron sus impresiones y comentarios sobre el mismo. A la edición final del manual se han incorporado numerosas sugerencias hechas por este grupo de periodistas, lo que sin duda alguna ha elevado el nivel de esta publicación. En este sentido, se hizo el mayor esfuerzo para acomodar el mayor número de recomendaciones posibles.

Los periodistas solicitaron dos temas adicionales: *VIH/SIDA –Una nueva amenaza* y *La inteligencia emocional* que han sido incluidos en los capítulos «Mejor prevenir» y «Desarrollo de la inteligencia» respectivamente.

Los temas

La **sección introductoria** presenta la importancia del apoyo de los medios a las campañas de desarrollo social. Se describe la situación de la niñez en América Latina y el Caribe a partir de algunos cuadros estadísticos y del desarrollo de dos temas esenciales a la hora de “pensar” en la niñez de la subregión: la “urbanización” de un continente que hace dos décadas se estudiaba bajo una óptica que enfatizaba lo rural y el peso de los hogares con jefatura femenina en el abanico de familias que viven en estas ciudades.

En esta sección también se busca proponer tres conceptos: en primer lugar, el respeto a las condiciones individuales, físicas e intelectuales que cada persona tiene al nacer. En esencia se trata de promover el concepto de “normalidad” como “característica común” pero no “obligatoria” a una edad o condición específica. Luego, se plantea la conveniencia de que los hombres (padres, hermanos, abuelos, etc.) establezcan una relación más cercana en lo que se refiere al cuidado de niñas y niños. En tercer lugar, se propone promover el cuidado afectivo como un elemento clave en el proceso de atender las necesidades de niñas y niños. En general, a lo largo de todo el contenido se propone utilizar un lenguaje que incorpore a las niñas, en la redacción de los materiales de comunicación.

Prepararse para la llegada de un bebé supone una serie de eventos donde pueden participar todos los miembros de una familia. En los últimos años, la paternidad ha sido promovida como un derecho y, por supuesto, un placer, aun en etapas consideradas un tanto “extrañas” a la “naturaleza” masculina como el parto. En el capítulo titulado **Maternidad**, se propone la incorporación del padre a la “espera” del bebé y se ofrece información sobre el período de gestación, el parto, el puerperio y los principales cuidados que una mujer embarazada debe tener a lo largo de este período. Bajo una perspectiva afectiva y física, resulta saludable que las parejas tengan la capacidad de decidir cuándo y cuántos hijos quieren tener. En ese marco se incluye información que ayudará a evitar o a controlar algunas causas de embarazos de riesgo.

En este capítulo, además, se describe el tema de la lactancia como un proceso para el que las madres se preparan desde que están embarazadas. La mayoría de las madres está en capacidad de amamantar y hacerlo garantiza mejores condiciones de salud para el bebé. Iniciar la lactancia materna después del parto ayuda a expulsar la placenta, a recuperar el tamaño del útero, estimula la producción de leche y fortalece el vínculo afectivo entre la madre y el bebé.

Una alimentación adecuada garantiza que niñas y niños menores de seis años cuenten con la energía necesaria para completar cada una de las etapas de crecimiento y desarrollo. En el capítulo sobre **Nutrición**, en el apartado **«Del pecho a la papilla»**, se busca alentar a las familias a examinar la dieta diaria bajo la óptica de las necesidades nutricionales durante el embarazo, la lactancia y el período de transición de la lactancia a la comida familiar. También se examina el consumo de vitamina A, hierro y yodo y la necesidad de conocer algunos factores que influyen en los

períodos de “inapetencia” por los que atraviesan los menores de seis años. Los temas de alimentación de transición e inapetencia, se refieren a dos momentos especialmente difíciles tanto para la madre y el padre o las personas que los cuidan, como para los menores. Además de la incidencia de estos dos puntos en la nutrición infantil, se quiere brindar información práctica a los padres sobre la conducta que puede ayudar a sus hijos en estas etapas.

Durante los primeros seis años de vida, los niños son especialmente vulnerables a las enfermedades que se pueden prevenir con vacunas. Vacunar es un mensaje que debe llegar a todas las familias. Cada niño menor de seis años debe recibir todas las dosis de las vacunas que evitan que enfermen de polio, tosferina, tétanos, tuberculosis, difteria, rubéola, paperas y sarampión. Estas enfermedades son culpables de que muchos niños y niñas retarden su crecimiento y el desarrollo de algunas de sus capacidades. En otros casos, corren el peligro de perder la vida o mueren, lo que representa una situación especialmente dolorosa para las familias. Las cifras de mortalidad —los que mueren— y morbilidad —los que enferman— de menores de seis años en América Latina y el Caribe revelan la necesidad de que las familias tengan información sobre las posibilidades de evitar que la diarrea y las infecciones respiratorias —por ejemplo la neumonía— afecten el desarrollo y crecimiento de sus hijos. En el capítulo, **Mejor prevenir**, también se brinda información sobre cómo atender y prevenir estas enfermedades.

De un 15 a un 20 por ciento de las consultas pediátricas están relacionadas con el asma. En este capítulo se ofrecen recomendaciones sobre la manera como las familias pueden atender a los niños que sufren de asma.

Estudios recientes enfatizan la relación entre las etapas de crecimiento y desarrollo y la vulnerabilidad de niñas y niños ante accidentes en muchos casos prevenibles. En este mismo *tercer capítulo* se incluye información sobre normas de seguridad que la familia debe tener en cuenta para prevenir los accidentes más comunes.

Monitorear y acompañar el crecimiento físico y el desarrollo de los hijos desde el nacimiento, permite que padre y madre sepan si se están desarrollando saludablemente. En el capítulo **Crecimiento y Desarrollo** se ofrece información sobre las habilidades y comportamientos que deben esperarse de niños y niñas durante los primeros seis años. Además, se incluyen algunas de las actividades que pueden estimular el desarrollo de la coordinación y la destreza de movimiento. El “surgimiento” de los dientes, su cuidado, importancia e higiene también hace parte de este *cuarto capítulo*.

La temática de este capítulo busca aportar a las personas que trabajan en los medios, información que permita elaborar materiales para ayudar a los padres, a las madres, a las personas que cuidan a los niños y a la comunidad. A la vez, se presentan datos que pueden contribuir a estimular habilidades o a ayudarles a resolver algunas dificultades propias de cada etapa.

Así como contamos con determinadas características físicas a nivel intelectual y social, también poseemos características propias que influyen en la manera como nos desarrollamos. **El Desarrollo de la Inteligencia** trata de cómo el estímulo temprano en diversas actividades como el dibujo, el lenguaje y el juego contribuyen a consolidar el proceso de independencia y autonomía y a desarrollar la inteligencia —entendida como la capacidad de que las niñas y los niños conciban y apliquen soluciones a problemas cuya complejidad puede variar.

La relación de afecto y el desarrollo de un buen nivel de comunicación en la familia, inciden de manera positiva en la salud física, emocional y mental de los niños. El capítulo **El Desarrollo Emocional y Social** busca ayudar a los padres y madres a garantizar que sus hijos crezcan felices, afectivamente equilibrados y con hábitos adecuados de conducta. Se pretende, además, fomentar la comunicación dentro de la familia como un elemento que refuerce la disciplina positiva y que elimine el castigo físico y la violencia psicológica que es maltrato infantil. Se brindan algunas herramientas para lidiar con conductas específicas como las rabietas, el mentir, robar, lenguaje inadecuado y conducta agresiva. Se abordan temas como aprender a avisar cuando se tienen ganas de orinar, juegos sexuales e interés sexual, así como sobre la hora de dormir, los miedos y otros. En este capítulo se habla también de la relación de los niños con la televisión.

Los medios y las campañas de desarrollo social

La conservación o adopción de prácticas que incidan en la calidad de vida de niñas y niños depende en muchos casos del conocimiento de las posibilidades o de las carencias que determinada sociedad tiene. A través de las campañas de información, muchas familias y aun algunas instancias de decisión se han visto inclinadas a adoptar medidas o a alentar prácticas que tienen un impacto positivo en la calidad de vida de niñas y niños.

Una de las alianzas más productivas que ha tenido la salud y el bienestar infantil en los últimos años ha sido la de los Medios y las propuestas de mejoramiento de la calidad de vida provenientes de muchos campos: los Medios participan en campañas de vacunación o prevención de enfermedades, proponen respuestas a la violencia familiar, cubren eventos como la Convención de los Derechos de las Niñas y los Niños, publican la Declaración Mundial y el Plan de Acción de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y —entre otras muchas acciones— dan espacio a instancias interesadas en mejorar la calidad de vida de niñas y niños.

En las Américas, en países que reportan logros en temas como la adopción de la Terapia de Rehidratación Oral para reducir la cantidad de muertes infantiles por causa de la diarrea y la inmunización a enfermedades que causan un alto porcentaje de mortalidad y discapacidad infantil, se ha reconocido el valor de las comunicaciones para movilizar comunidades y animar a las familias a participar. Algunos estudios han evidenciado el papel de los medios en la movilización de la sociedad civil y política en la campaña de prevención y atención al cólera. Del mismo modo se registra la contribución de los medios en la adopción de leyes y medidas para la protección física y emocional de las niñas y niños.

Tantos logros hacen parte de un hecho innegable: la popularidad de los medios parece tener muy pocos límites: una vez que se tiene acceso a la electricidad, los barrios nuevos se llenan de antenas de televisión. No bien amanece suenan los radios... Quien sabe leer tiene “su” diario. Los medios, “esa octava maravilla” casi omnipresente, tuvieron una gran responsabilidad en que a lo largo y ancho de Brasil las familias se decidieran a apoyar a las madres para que amamantaran a sus bebés y a fortalecer la autoconfianza en sí mismas y en la calidad de su leche.

Algunas propuestas de comunicación buscan *capacitar* a las familias en una serie de actitudes, prácticas y patrones de conducta social que les darán confianza en su capacidad de proteger la salud familiar. Algunos estudios destacan que el valor de los medios no radica en capacitar a las familias para que adquieran determinadas habilidades sino en “*legitimar*” la importancia de principios generales. En síntesis, la credibilidad de los medios es un elemento crucial a la hora de proponer hábitos saludables.

En el caso de los menores de seis años, se espera que el hecho de que circule información sobre los temas que trata este manual anime a las

familias y a la comunidad a establecer un vínculo más estrecho con niñas y niños, que incidirá en temas como la manera de alimentarlos, la promoción de condiciones de bioseguridad, la prevención de riesgos, la vigilancia de los signos de crecimiento y desarrollo o en la forma en que las familias y la sociedad responden a los miedos, inseguridades y juegos que plantean niñas y niños.

Audiencias: para todos los gustos

¿A quién aconsejar que a las niñas y los niños con diarrea se les debe insistir que coman y —a menos que lo recomiende el personal de salud— de ninguna manera se les debe dejar de alimentar? ¿A quién se le recomienda ser consistente cada vez que la niña o el niño tenga una pataleta? ¿Influye el personal médico en la disposición de las madres para amamantar a sus bebés?

Para muchas culturas, cuidar y relacionarse con niñas y niños suele ser una tarea de las madres o —en general— de mujeres. En consecuencia, la participación de los padres es desestimada. Diversos estudios señalan la importancia que tienen los miembros de la familia en el apoyo de actitudes, decisiones y comportamientos que favorecen o perjudican la salud y el desarrollo de niñas y niños. En ese sentido, algunas propuestas de comunicación señalan la conveniencia de pensar en el cuidado de los pequeños como una responsabilidad de toda la familia: la idea es tratar de incorporar a todos los miembros en las recomendaciones y consejos.

Se ha establecido una división de audiencias en función de la capacidad de influir sobre el cuidado de niñas y niños. Se ha estimado que un 80% de las personas que tienen acceso a los medios de comunicación, tienen algún grado de relación con niños y niñas. En el primer nivel se ubica a la madre y a las personas que pasan mayor tiempo con los pequeños. En segundo nivel se encuentran las personas que influyen en las decisiones del primer nivel: los padres, las suegras y las abuelas maternas. Un tercer nivel está constituido por los centros de párvulos y guarderías. En el cuarto nivel está el personal de salud que goza de una fuerte credibilidad en los tres niveles anteriores y en cuyas manos en muchas ocasiones se encuentra la posibilidad de amamantar a un bebé o de usar antibióticos para atender una infección que no lo amerita.

La salud de niñas y niños también tiene interlocutores en esferas menos hogareñas como las normas de seguridad de las industrias que fabrican juguetes, ropa y alimentos para niños, la yodización de la sal o la fluorización del agua, el acceso a la atención primaria para las madres y los niños, el respeto a los convenios internacionales sobre la niñez y la prohibición del uso de determinados materiales de construcción que perjudican a la salud. Una estrategia de comunicación sobre estos temas puede tener en cuenta a las personas que toman y apoyan las decisiones políticas en tres niveles:

- las organizaciones internacionales y donantes multilaterales,

- ❑ los gobiernos que destinan fondos para ayuda para el desarrollo, y
- ❑ las personas que hacen, planifican y ejecutan las políticas en los propios países.

Algunos medios y agencias internacionales han elaborado propuestas de comunicación que tienen como interlocutores a niñas y niños de diez años en adelante. Se plantea que son un público abierto al cambio y que además, en algunas comunidades, tienen la responsabilidad de atender a sus hermanos en la casa.

En cualquier caso, la norma general para hablar a las familias sobre la conveniencia de adoptar una nueva conducta o de alentar una actitud tradicional debería tener en cuenta la comprensión de las diversas culturas. El concepto fundamental parece ser: ***los problemas son los mismos pero las soluciones pueden ser diferentes.***

Las cifras

América Latina y el Caribe

Son conocidas las dificultades y restricciones para obtener datos confiables en materia de salud infantil. Por esta razón se recomienda el manejo prudente de las cifras y una seria inversión en el mejoramiento de los procesos de recolección de datos. Además se advierte que el análisis global de los datos no siempre pone de manifiesto las diferencias que existen entre diferentes grupos. En ese sentido, se propone considerar las cifras desagregadas como una manera más confiable de acercarse a la situación que nos ocupa.

La salud de niñas y niños del continente está marcada por el ciclo de pobreza y enfermedad que afecta a amplios sectores en las Américas. Según datos de 1999, de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), el 44% de la población de las Américas (183 millones de personas) vive en el nivel de pobreza mientras que el 21% (88 millones) vive en la categoría de la miseria.

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) se refiere a los fallecidos menores de un año relacionados con las niñas y los niños nacidos vivos menores de un año, en el mismo período. En los últimos años la TMI se ha tomado como un indicador de salud y desarrollo. Sin embargo, en la última década, la disminución de la TMI en la mayoría de países del continente a la vez que se considera un logro, también ha obligado a identificar su dependencia relativa del desarrollo socioeconómico. Se considera que la mejora en este indicador no necesariamente es el reflejo de una mejora similar en las condiciones de vida del conjunto de la población. De cualquier modo, la TMI permite evaluar los logros de las campañas de inmunización, el control de las enfermedades diarreicas y de las infecciones respiratorias agudas, las tres principales causas (de orden infectocontagioso) vinculadas al comportamiento de la TMI.

Las cifras de TMI para América Latina se encuentran por debajo de las de Asia y África, pero las estimaciones para el período 2020-2025 señalan que la situación de los países de la Región será similar a la que tuvieron los países de América del Norte en 1950, lo que representa un “retraso” de más de cincuenta años.

Según datos citados por la Organización Panamericana de la Salud —OPS—, cada año mueren 600.000 niñas y niños menores de un año en América Latina y el Caribe. Las causas de estas muertes pueden ser tratadas con tecnologías simples y de bajo costo. Se ha estimado que el

¹ Todos los datos presentados en este aparte fueron tomados de *Las condiciones de Salud en las Américas*. Vol. I y II. Edición de 1994. Organización Panamericana de la Salud.

El anexo sobre CIFRAS, contiene información sobre atención en salud, nutrición, enfermedades prevenibles, diarrea e infecciones respiratorias, así como cuadros estadísticos.

número de menores de seis años que muere cada año en América Latina es de un millón. Siete millones del mismo grupo de edad están desnutridos.

No existe una situación homogénea en la Región ni dentro de cada país. Cuba, Chile, Costa Rica, Trinidad y Tobago y Bermuda presentan una TMI igual o por debajo de 15 por 1.000 nacidos, lo que los coloca muy cerca de las cifras presentadas por los países desarrollados. En tanto que Haití y Bolivia tienen tasas mayores de 70 por 1.000. Cuba —con 10,2 por 1.000— y Haití —con 133 por 1.000— presentan la tasa más baja y alta de la Región. (Ver cuadro *Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos en países seleccionados de América Latina y el Caribe* en Anexo)¹

Se han identificado algunos factores contextuales comunes en los países que han logrado un mejoramiento considerable de la TMI. Uno de los más importantes es la decisión política explícita de atender la salud de la madre y de los niños y las niñas. El alto grado de escolaridad —especialmente de las mujeres, quienes continúan asumiendo en mayor medida el cuidado de niñas y niños, la existencia de lo que se ha llamado una “cultura popular en salud” y la ampliación de la cobertura y calidad de los servicios de atención primaria de salud maternoinfantil, son elementos presentes en los países que presentan una disminución de la mortalidad infantil.

Los países de habla inglesa del Caribe presentan tasas de mortalidad infantil inferiores a 20. A pesar de que el desarrollo económico de estos países no registra índices tan “alentadores”, los servicios sociales y de salud tienen un fuerte componente de acciones de promoción y prevención, lo que incide en la evolución favorable de la TMI.

Al interior de algunos países, las cifras desagregadas no sólo difieren de manera considerable entre una y otra región, sino que reflejan la inequidad social y económica de algunas sociedades. Factores como la edad, el nivel de educación de la madre, el sexo del jefe del hogar, su ocupación y el espaciamiento de los nacimientos están vinculados a las diferencias que se presentan en cada región. Estudios sobre algunos países señalan que la TMI de hijos de madres analfabetas triplica la de los nacidos de mujeres con educación secundaria y universitaria. El número de años de escolaridad que alcanza una mujer depende en gran medida del ingreso económico familiar y de las condiciones de vida en que crece.

El espaciamiento de los nacimientos es otro factor que se destaca en el comportamiento de la TMI. En todos los países se identifica una mortalidad significativa en niñas y niños nacidos con intervalos menores de dos años. En Bolivia, Perú y Guatemala, la TMI se duplica cuando el período entre uno y otro nacimiento es menor de dos años.

Las causas de muerte

Un estudio sobre la tasa de mortalidad por causa en bebés menores de un año en países seleccionados de América Latina y el Caribe (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, México, Nicaragua,

Panamá, Perú, Puerto Rico, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela), señala que desde 1965 hasta inicios de los años noventa las *enfermedades transmisibles* (infecciosas y parasitarias: diarrea, infecciones respiratorias agudas y otras infecciones) y las enfermedades de la madre —incluso el SIDA—, las complicaciones obstétricas y otras *afecciones originadas en el periodo perinatal*, son las principales causas de muerte.

El “ordenamiento” de las causas ha variado. En los años sesenta las enfermedades transmisibles ocupaban el primer lugar. En los años noventa, las afecciones de los recién nacidos son la primera causa. Se estima que el fortalecimiento de la atención primaria de salud en países como Costa Rica, Cuba y Chile ha permitido la reducción de la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles en más de un 85%.

El tratamiento de las afecciones de los recién nacidos supone intervenciones más complejas y costosas. La causa principal de las muertes durante esta etapa es la desnutrición de la mujer embarazada y por tanto del feto, situación que se manifiesta en el bajo peso al nacer. La mayoría de estas muertes pueden evitarse con un adecuado control del embarazo y el manejo adecuado del parto. En resumen, se requiere un mejoramiento de la cobertura y la calidad de los servicios de atención materno-infantil.

Las causas de muerte de menores entre 1 y 4 años han conservado el mismo esquema durante los últimos 20 años. En primer lugar se encuentran las enfermedades transmisibles, seguidas por lo que se ha denominado “causas externas” que se refiere a accidentes domiciliarios y causas violentas. Luego se encuentra el grupo de afecciones identificadas como “tumores” y las enfermedades cardiovasculares. En los últimos años se ha reportado una disminución de las enfermedades transmisibles y un incremento de las muertes causadas por “causas externas”.

Según datos registrados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para menores de un año —excepto en el caso de Barbados y Jamaica de los que sólo se dispone de la tasa en menores de seis años—, sólo Canadá, Estados Unidos, Puerto Rico y Perú presentan tendencia a la baja por causas externas, mientras que la mayoría del resto de países registra tendencia al aumento. Argentina ha triplicado la tasa y en Chile el último valor es el mayor observado en todo el período y de todos los países, con una tasa de 234 para ambos sexos y de 258 y 208 para niños y niñas respectivamente.

Las causas de las defunciones por accidente y violencia en menores de un año en los países donde ha aumentado se agrupan en “otros accidentes”, lo que implica que no son ni por vehículos de motor o transporte, ni por envenenamiento, ni ahogamiento por inmersión, ni por caídas, ni por armas de fuego o fuego, sino por causas asociadas a las condiciones de vida del menor. Lo que sugiere un conjunto de causas registradas en forma muy poco específica.

La salud de los pueblos indígenas

Se estima que para comienzos de los años noventa vivían en las Américas 42 millones de personas pertenecientes a 400 etnias (un 6% de la población total de la Región y un poco menos del 10% de América Latina y el Caribe).

A pesar de que se ha incrementado la atención a la población indígena en las Américas, no todos los países cuentan con información específica que permita valorar los problemas de salud y el acceso de este grupo al sistema de salud. En los años ochenta, sólo 9 de los 35 países de la Región incluyeron en censos o encuestas de hogares la posibilidad de discriminar la información sobre estos grupos.

Las cifras oficiales o estudios especializados que reportan la situación de los indígenas, evidencian características demográficas y económicas por debajo de la media nacional. Por ejemplo, la esperanza de vida al nacer de la población indígena del Canadá es, en promedio, unos ocho años menor que la de la población general, aunque esta situación ha venido mejorando. Un estudio del Banco Mundial reveló que en Bolivia, casi el 75% de la población indígena monolingüe vive en condiciones de extrema pobreza, y más de dos tercios de la que habla español, además del idioma nativo, es pobre.

En lo que se refiere a la salud de los menores de seis años, las cifras mantienen la desventaja observada para la población indígena en general. En México, por ejemplo en 1990 las defunciones de las niñas y los niños indígenas menores de seis años tuvieron un peso relativo superior al nacional: 26% frente al 20%. Cuando se desagrega esta información en menores de un año y en la población de 1 a 4 años, se encuentran diferencias relevantes. En el grupo de 1 a 4 años, la proporción de defunciones de niñas y niños indígenas (12,8%) es casi tres veces mayor que la de niñas y niños de la población en general (4,8%). Esta diferencia no se reporta en el grupo de menores de un año debido —entre otras causas— al sub-registro existente.

En Bolivia, según la Encuesta Demográfica y de Salud realizada en 1989, las niñas y niños de madres que hablaban una lengua indígena (los Aymará o los Quechua) mostraron una tasa de mortalidad infantil más alta que las de las madres no indígenas. Las niñas y niños indígenas menores de seis años presentaron una tasa de mortalidad de 185,8 por 1.000 frente a una de 122,3 por 1.000 de los hijos de madres no indígenas.

Algunos países hacen esfuerzos por atender los problemas de salud de la población indígena. En Canadá las reservas indígenas reciben, a través de programas federales, servicios que además de la atención en salud incluyen asistencia social, educación y vivienda. En Estados Unidos, el Servicio de Salud de los Indígenas hace parte del Servicio de Salud Pública. En México, el Instituto Mexicano de Seguridad Social y el Instituto Nacional Indigenista cuentan con estructuras dirigidas a la población indígena. En México, en el estado de Puebla, funciona un hospital mixto atendido por personal médico del Instituto Nacional Indigenista y por

médicos tradicionales indígenas de la Organización Nahua Totonaca de la región Cuetzalteca.

Familias y crisis: variaciones sobre un mismo tema

Como corresponde a una etapa de la denominada “crisis”, la sociedad se plantea soluciones o propuestas que permitan dar una orientación saludable a la familia.

La familia: esa “unidad” compuesta por numerosos hijos e hijas, uno o más abuelos o abuelas, una tía soltera, un padre trabajador y una madre “abnegada” parece ser una vieja postal teñida de sepia: un recuerdo.

Un determinado ordenamiento económico que trajo de la mano la urbanización del continente y el acceso de hombres y mujeres a una mejor calidad en algunos aspectos de la vida, se entretuje con el “advenimiento” de nuevos modelos de núcleos familiares y con la poco grata noticia de que detrás de las idílicas familias de “antes” también se escondía una desigual relación entre quienes la integraban, en términos de género y edad. La violencia familiar, las dificultades para asumir las expectativas de los adolescentes y el cuidado de los ancianos y la condición de inferioridad que tienen los niños, son algunos eventos que tienen sus raíces en esa familia tradicional y que hablan de los problemas que afrontan las nuevas familias.

En ese marco, las propuestas que buscan garantizar la protección y una mejor calidad de vida para los niños se tropiezan con condiciones que empeoran la situación como en el caso de los hogares presididos por mujeres. Una específica manera de concebir la paternidad y la maternidad adjudica una mayor responsabilidad a las mujeres frente al cuidado y porvenir de las hijas e hijos. Una vez que los padres abandonan la familia, los hogares enfrentan el hecho de que las mujeres por lo general tienen una menor educación o tienen capacitación para empleos que son menos remunerados que los que ocupan los hombres de su misma condición social y lo que es más grave, a menudo las mujeres abandonadas tienen una baja autoestima.

En el mejor de los casos, las familias extendidas de antes se transformaron en las familias nucleares de ahora, donde padre y madre trabajan fuera de casa y deben buscar solución a la necesidad de proporcionar formas de cuidado a los niños. El desvanecimiento de redes sanguíneas que parecían imborrables es un hecho que muchas familias nucleares tratan de evitar.

La falta de espacios y horarios de encuentro y la dificultad para fortalecer vínculos, hace que algunas familias que cubren sus necesidades económicas de manera satisfactoria, confronten una tensión emocional que llega a ser tan devastadora como las privaciones económicas.

Las familias que siguen migrando del campo a la ciudad deben asumir el desarraigo y enfrentar problemas como el estancamiento económico, la desintegración social y la degradación del medio ambiente, así como la creciente violencia estructural en la sociedad.

En el campo, los estudios develan la vida de familias marcadas por la sobrecarga de trabajo que llevan las mujeres: a la vez que hacen el trabajo doméstico y se encargan de la crianza de niñas y niños o lo comparten con las hijas, hacen labores agrícolas en el patio o en la parcela. Entre tanto, la jornada de trabajo de los hombres tiene de cinco a siete horas menos que la de las mujeres y se limita a las faenas agrícolas una parte del año.

Como corresponde a una etapa de la denominada “crisis”, la sociedad se plantea soluciones o propuestas que permitan dar una orientación saludable a la familia. Una de esas propuestas es precisamente replantearse los objetivos de “ser familia”. En ese marco, resulta evidente la importancia que adquiere fortalecer la capacidad de las familias para satisfacer las necesidades sociales y emocionales de los niños. En la base subsiste la idea de que una repartición equitativa de responsabilidades y derechos entre todas las personas que constituyen una familia es una condición indispensable para disfrutar de uno de los vínculos más gratos que pueden tener los seres humanos.

Crecer en las ciudades

En los últimos 30 años la población urbana de América Latina pasó de 49 al 72 por ciento. Las ciudades latinoamericanas crecen pero no parecen gozar de buena salud. La crisis económica de los años ochenta impulsó el “floreamiento” de asentamientos caóticos. Las montañas o algún extremo de la periferia, recibieron sin parar a los pobres urbanos: hileras de familias que —«en virtud» de la recesión y los programas de ajuste— sobreviven entre el desempleo, las contracciones salariales y la inestabilidad de los precios de los alimentos. Hombres y mujeres que tienen trabajos “temporales” o que apuestan todos sus haberes en el amplio menú que adopta la “informalidad” en la economía de las ciudades latinoamericanas.

Dado el carácter crucial de los primeros cinco años de vida, invertir en mejorar la calidad de vida durante la primera infancia asegura no sólo una mayor productividad sino el ahorro de dolor humano y de dinero vinculado con la reducción de tasas de deserción y repetición escolar, uso de drogas, delincuencia, violencia y embarazos en adolescentes.

Muchos hogares urbanos pertenecientes a la franja de los “menos favorecidos” parecen cortados por una misma tijera: mujeres que trabajan fuera de casa y a la vez atienden hijos e hijas en una maratónica faena doméstica que se complica debido a la falta de agua, transporte público y otros servicios. Es lo que se conoce como “jefatura femenina”. Las niñas y niños que viven en esos hogares han sido catalogados como las personas más vulnerables de las ciudades.

Las familias urbanas pobres deben comprar agua y combustible y pagar en transporte un porcentaje de sus ingresos proporcionalmente “desmesurado” si se compara con el de las familias de mayores ingresos. Las cifras sobre la calidad de vida de los niños y las niñas que crecen en esas familias por lo general se pierden en los promedios urbanos, pues en las mismas ciudades se concentra casi toda la riqueza del país. No es común discriminar las cifras urbanas de manera que se facilite cualificar y evaluar la situación de las niñas y niños urbanos que viven “por debajo del nivel de vida aceptable”.

Las estadísticas señalan un mayor acceso al abastecimiento de agua y saneamiento en zonas urbanas que en el campo. Pero el agua que beben las familias pobres urbanas con frecuencia está contaminada por sustancias procedentes de las industrias, aguas residuales sin tratar y descargas de basura.

El paisaje urbano no puede evitar la imagen de niñas y niños que juegan en calles polvorientas, en zanjas o cerca a basureros. La diarrea, la disentería, la fiebre tifoidea, los parásitos intestinales y el envenenamiento producido por alimentos contaminados, son enfermedades frecuentes entre las niñas y niños que viven en “esa parte” de las ciudades. El hacinamiento es responsable del contagio de enfermedades como la tuberculosis, la influenza, la meningitis, el sarampión y la violencia física y sexual. Se ha estimado que las tasas de morbilidad y mortalidad infantil para los pobres urbanos son de tres a cuatro veces más altas que los promedios de las ciudades. Aun así, las ciudades no se detienen: crecer es parte de la cotidianidad. Algunos estudios denominan resiliencia a la capacidad de vivir en estas condiciones y “sobrepasarlas”.

Sin embargo, la convicción general es que la crisis es un estado tal vez prolongado pero no letal. Las agencias y organismos internacionales muestran resultados concretos y proponen una variedad de estrategias para entender y atender la situación de estos niños y niñas. A la vez que se enfatiza la necesidad de asegurar fuentes de empleo estable, recursos económicos, saneamiento ambiental y educación, se promueve la conveniencia de invertir en los menores de seis años. Las razones son muy claras: invertir en esta etapa supone ahorrar durante la adolescencia y la edad adulta.

Municipios saludables: gobierno, instituciones y comunidad: todos ponen!

Con los municipios saludables, la propuesta de salud con equidad llegó... esta vez para quedarse.

Las ciudades crecen y parecen no darse abasto con los recién llegados de todas partes para quedarse. Pero en este continente, unas son de cal y otras de arena. La propuesta conocida como Municipios Saludables cada día se aleja más de la utopía y empieza a concretarse, con los ires y

venires que trae el aterrizaje de cualquier sueño pero también con una fuerza que hace crecer las posibilidades de soñar con ciudades pequeñas que pueden atender las necesidades de su población.

En la última década se hicieron evidentes los problemas de organización y la crisis financiera de los sistemas de salud. Todo el continente constató el aumento insostenible de los costos de la atención a la enfermedad y se reconocieron las limitaciones de los servicios sanitarios tradicionales. La respuesta que se planteó tiene como base la necesidad de que los servicios de salud reorienten su labor curativa hacia la promoción y la prevención. A la vez, entró al debate el concepto de salud con equidad, cuya trascendencia sobrepasó el campo de las instituciones públicas y privadas de salud, para entrar a formar parte de la agenda pública de muchos gobiernos.

Estos planteamientos confluyeron con la propuesta de muchos sectores de promover el derecho legítimo de la ciudadanía a participar en la solución de sus propios problemas y la voluntad de muchas instancias de hacer realidad la descentralización como una forma de fortalecer los gobiernos locales.

La propuesta de Municipios Saludables se plantea en este marco y, en pocas palabras, parte del concepto de que una ciudad debe mejorar constantemente su ambiente social y físico y poner a disposición los recursos comunitarios necesarios para ayudar a que todas las personas que habitan ese espacio, mejoren sus condiciones de vida, trabajo y cultura. Detrás del logro de ese objetivo deben estar los gobiernos locales, las instituciones y organizaciones de diverso tipo y, por supuesto, la comunidad o mejor, las comunidades. Es un hecho que las tareas del Municipio no se limitan a un casco urbano cerrado, sino que incluye los conglomerados semi-urbanos y rurales aledaños.

Parte fundamental de semejante gestión es la “diversidad”. Muchos municipios a lo largo de todo el continente se apropian de la idea y le imprimen un carácter propio a su ejecución. A nivel de políticas saludables, por ejemplo, algunos municipios han buscado solucionar los problemas persistentes de recolección de basuras con la aportación conjunta de recursos materiales y humanos de los gobiernos, los grupos organizados, las instituciones y la ciudadanía. Otro municipio reglamentó el uso de los espacios públicos publicitarios para que se incluyeran mensajes positivos de salud y bienestar. En otro, la cooperativa de agricultores decidió atender los problemas de erosión y el deterioro del suelo a partir de la adopción de otras técnicas de cultivo y de cambios en la producción (se abrieron programas para promover la apicultura).

En general, en lo que se refiere a la reorientación de servicios de salud, los proyectos de los Municipios Saludables enfatizan la prevención y la promoción. En este campo, la participación de las escuelas junto a los equipos de salud ha abierto las puertas a la incorporación de nuevos temas en el curriculum escolar: en muchas aulas ahora se estudia la prevención de accidentes de tránsito o propuestas relacionadas con estilos de vida sanos y la lucha contra el tabaquismo, el alcoholismo y las drogas.

La propuesta de Municipios Saludables ha propiciado el que los gobiernos centrales y muchas instancias de decisión tomen partido de manera pública frente a temas relacionados con el medio ambiente y muy cercanos a la población como agua potable, desechos, insectos y parásitos, vivienda, e infraestructura vial.

Tal vez uno de los conceptos que más se ha afianzado entre los municipios que entran en la propuesta saludable es el concepto de “proceso más que de resultado final”. En este sentido, la OPS/OMS —una de las entidades más interesadas en impulsar la propuesta— ha señalado que un municipio empieza a ser saludable cuando sus organizaciones locales y sus ciudadanos y ciudadanas adquieren un compromiso e inician el proceso de mejorar continuamente las condiciones de salud y el bienestar de todos sus habitantes.

El riesgo: una larga historia de desventajas

Nacer y crecer con mayores posibilidades de enfermar y morir pronto es un hecho cuantificado: estudios realizados en varios países han demostrado que del 60 a 70 por ciento de las muertes ocurren entre lo que se conoce como niñas y niños en riesgo. Las circunstancias que rodean el nacimiento, ciertas normas sociales y culturales, un medio ambiente degradado y una familia con dificultades para constituirse como grupo solidario, a menudo influyen en la frecuencia con la que una niña o niño enferma y muere.

Algunos de los siguientes factores de riesgo están presentes en la historia de esas niñas y niños:

1. Bajo peso al nacer.
2. Embarazos múltiples: mellizos, trillizos o más.
3. Nacer en quinto lugar o después.
4. Ser hijo de mujeres que quedan embarazadas antes de que su último bebé cumpla nueve meses.
5. Padecer y no recibir el cuidado adecuado de enfermedades como sarampión, tosferina, diarrea y otras enfermedades infecciosas, prevenibles por vacuna.
6. Historia de malnutrición o muerte de un hermano o hermana.
7. No ganar peso en los últimos dos meses.
8. Problemas sociales que tienen como resultado:
 - el abandono de niñas y niños;
 - familias donde solo hay padre o madre;
 - desempleo, enfermedades crónicas, o alcoholismo, o con-

sumo de drogas del padre o de la madre;

- pertenecer a grupos étnicos que tienen menos acceso a recursos económicos y a programas de desarrollo social; y
- pertenecer a núcleos familiares que presentan situaciones de violencia intra-familiar y social.

Enfermedades inmunoprevenibles

En la década que va de 1982 a 1992, las enfermedades inmunoprevenibles que afectan a niñas y niños mostraron dos tendencias: en primer lugar, se hicieron grandes avances en la ampliación de la cobertura a pesar de que se produjeron reducciones en los aportes de los donantes. En segundo lugar, la ampliación del nivel de cobertura, el mejoramiento de los sistemas de vigilancia y la mejor preparación del personal que atiende el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), permitieron definir los grupos de alto riesgo y las zonas subatendidas y, en consecuencia, asignar recursos donde se necesitan.

Ante ese panorama alentador, se establecieron nuevas metas para la Región: erradicar el virus del polio salvaje, eliminar gradualmente el tétanos neonatal y reducir paulatinamente, hasta eliminar el sarampión.

Las diferencias entre los países y al interior de cada país se mantienen, pero aun así se estima que para fines de siglo se obtendrán resultados considerables en la erradicación y control de la causa de enfermedades que hasta hace sólo una generación dejaba incapacitados o acababa con la vida de miles de niñas y niños de la Región.

Poliomelitis

A partir de 1977 se inició el Programa Ampliado de Inmunización en las Américas. Desde entonces el número de niñas y niños enfermos de polio causado por el llamado virus salvaje, se ha reducido considerablemente. Para 1984 se notificaron sólo 535 casos. En agosto de 1991 se detectó en Junín, Perú, el último caso de poliomeilitis causado por el poliovirus salvaje autóctono.

La cobertura de la vacuna oral contra la poliomeilitis (OPV) llegó al 90% en 1990 y bajó a 88% en 1991. La vigilancia de la parálisis fláccida aguda —empleada para identificar zonas de alto riesgo y definir ajustes en la estrategia de vacunación— está a cargo de una red que en 1993 conformaban 22.000 centros en todos los países de América Latina y el Caribe. Las muestras de materia fecal tomadas a los casos de parálisis fláccida aguda se examinan para descartar la posibilidad de que el poliovirus salvaje sea la causa de la enfermedad.

Desde 1992, la Región comenzó a prepararse para declarar la erradicación del poliovirus salvaje autóctono en todo su territorio. Uno de los principales desafíos del decenio de 1990 ha sido evitar que se descuiden los recursos y la decisión política para mantener una estricta vigilancia de la parálisis fláccida aguda.

Sarampión

La Organización Panamericana de la Salud estableció el año 2000 como la meta para la eliminación del sarampión en las Américas. En 1988, en Cuba se logró vacunar a todas las niñas y niños de 1 a 14 años. En el Caribe de habla inglesa, desde 1991 se han realizado campañas masivas en las que se vacunaron más del 90% de las niñas y los niños de 9 meses a 14 años. En el primer trimestre de 1994, no se había reportado en esta subregión casos de sarampión confirmados en laboratorio en casi dos años.

En América Latina, durante la década del noventa también se han llevado a cabo campañas de vacunación con resultados que sobrepasan el 90% de niñas y niños que han recibido la vacuna. La estrategia de estas campañas consiste en realizar una actividad única durante la que se inmuniza a todas las niñas y los niños de 9 meses a 14 años, sin tomar en cuenta sus antecedentes de vacunación o enfermedad y garantizar el mantenimiento de altas tasas de vacunación entre las y los bebés lactantes. El siguiente paso consiste en establecer sistemas de vigilancia que permitan controlar los focos de transmisión restantes.

Hay países que reportan una cobertura de vacunación del 80%. Se presume la existencia de muchos casos notificados que no se investigan debidamente y otros, de hecho, no se notifican. Además de la necesidad de prestar apoyo a las campañas de vacunación, se hace hincapié en dar una atención especial a temas como desórdenes civiles, altos índices de emigración e inmigración, las poblaciones de refugiados y las fronteras.

Tétanos neonatal

No hay tétanos neonatal en Costa Rica, Cuba, Chile, Uruguay y Panamá. Pero la enfermedad es endémica en 16 países de América Latina, donde nacen 11,5 millones de niñas y niños cada año.

Una mujer vacunada contra el tétanos transmitirá los anticuerpos a su hijo recién nacido. La estrategia para eliminar el tétanos consiste en identificar las zonas expuestas a alto riesgo y vacunar a todas las mujeres en edad fértil que vivan en ellas.

El promedio de los casos de notificación de bebés muertos por tétanos se ha estimado en cerca del 10 por ciento de los casos reales. En América Latina, los datos de los hospitales son bastante equívocos porque los bebés a menudo mueren en su casa o no pueden llegar al hospital, sobre todo cuando viven en zonas rurales.

Tosferina

De 1980 a 1992, el número de casos notificados de tos ferina se redujo en 88% en las Américas. En 1992, la cobertura de las y los bebés menores de un año con tres dosis de la vacuna de DPT llegó a 77% en la Región. (Vea cuadro *Cobertura de las vacunas DPT, OPV y antisarampionosa de las niñas y los niños de 0 a 1 año de edad, por país, 1992*). Sin embargo, algunos países no han logrado una cobertura del 75%. La vacuna de DPT

tiene una eficacia aproximada del 80% cuando se administran las tres dosis.

La tosferina es una de las enfermedades que causa más muertes entre las niñas y los niños de la Región. Las principales víctimas viven en zonas donde la malnutrición y las infecciones múltiples son comunes y donde los brotes epidémicos son difíciles de registrar por parte del sistema de salud. Esto se conoce como brotes silenciosos.

No hay datos completos sobre las tasas de mortalidad por tos ferina en las Américas. Aunque las tasas de inmunización son alentadoras, la morbilidad notificada es elevada en la Región. Es necesario establecer un sistema de vigilancia que permita la notificación de los casos y la mejora del análisis de datos en especial con el fin de determinar la incidencia de la enfermedad en niños inmunizados, según el número de dosis.

Difteria

Según las cifras reportadas, puede considerarse que la difteria está próxima a desaparecer como causa de enfermedad y defunción en la población infantil en las Américas, gracias a las campañas de inmunización. Se reconoce la existencia de un cierto grado de subnotificación y periódicamente han ocurrido brotes de la enfermedad, como los reportados por Brasil y Chile en 1991. Sin embargo, la eficacia de la vacuna, que se estima en un 87%, ha reducido la circulación de la enfermedad.

Enfermedades diarreicas

Las enfermedades diarreicas son la principal causa de defunción de las niñas y los niños menores de un año en América Latina. En algunos países ocupa el primer lugar como causa de defunción de las niñas y los niños de 1 a 4 años. Las enfermedades diarreicas están asociadas a la malnutrición y al retardo en el desarrollo y crecimiento. La disponibilidad de fuentes seguras de agua y el manejo adecuado de alimentos son las principales causas de las enfermedades diarreicas en menores de seis años.

Se estima que de 1960 a 1990, murieron cinco millones de niñas y niños menores de seis años, por diarrea. En 1990, los datos reportados por 26 países señalan que unas/os 52.000 niñas y niños menores de 5 años murieron de enfermedades diarreicas, lo que equivale al 15% de todas las defunciones en ese grupo. Se estima que la subnotificación de muertes por diarrea es del 20 al 40%.

Las mayores tasas de mortalidad por diarrea en niñas y niños menores de 5 años se registraron en Nicaragua (9,83 por 1,000), Guatemala (7,46), Honduras (6,56), Perú (5,50) y El Salvador (4,09). Las tasas más bajas se presentaron en Trinidad y Tobago (0,13), Chile (0,17) y Cuba (0,18). Argentina, Belice, Costa Rica, Panamá y Uruguay se registraron tasas inferiores a 1 por 1.000.

Estudios realizados en la Región señalan la relación entre la mortalidad infantil por diarrea con las intervenciones del sector salud. En el estado de Ceará en el nordeste brasileño, la mortalidad proporcional por diarrea de las niñas y los niños menores de 3 años se redujo del 48% a 32% en 1990. La mortalidad infantil y la prevalencia de malnutrición disminuyeron de manera similar. La estrategia de salud utilizada incluyó la capacitación de trabajadoras/es comunitarios de salud y de parteras tradicionales. Además se enseñó el uso de las sales de rehidratación oral (SRO) y se aumentó el empleo de la terapia de rehidratación oral (TRO) de 22,6 a 37,4% en niñas y niños menores de 5 años. No hubo cambios en las características demográficas, la escolaridad de las madres, el ingreso familiar o factores ambientales que pudieran explicar la disminución de la mortalidad observada.

En diciembre de 1992, las estimaciones regionales señalaron que la tasa de acceso a las SRO era del 70%, la de uso de SRO, del 23% y la de SRO junto con los líquidos caseros recomendados, del 55%. Las tasas de acceso aumentaron de menos del 10% a casi el 70% en el período que va de 1984 a 1994.

La prevención de la diarrea tiene uno de sus ejes en la promoción de la lactancia materna. Cifras y estudios realizados en varios países, señalan la efectividad de esta práctica en la reducción de la mortalidad y la morbilidad infantil por diarrea. Una investigación realizada en San Pablo, Brasil, mostró que la mortalidad infantil se redujo el 73% desde 1981 a 1987. Durante ese período hubo una intensa campaña de promoción de la lactancia materna y su duración media aumentó de 84 a 146 días. Se estimó que un 32% de la reducción de la mortalidad era atribuible a un aumento de la práctica de la lactancia materna.

Infecciones respiratorias agudas

Según estimaciones de inicios de los años noventa, en las Américas mueren más de 100.000 niñas y niños menores de un año por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Casi el 90% de esas muertes se deben a neumonía. Es muy diferente la situación entre los países de la Región. Cerca del 85% de estas defunciones ocurren en cinco países: Brasil (40%), México (19%), Perú (14%), Bolivia (7%) y Haití (5%).

América Latina y el Caribe no sólo presenta tasas elevadas de mortalidad infantil por IRA sino que es débil la tendencia al descenso.

En la Región, Canadá es el país que ha logrado la mayor reducción de su tasa de mortalidad por neumonía e influenza en menores de 1 año y el que tiene la tasa más baja. Respecto a la morbilidad, no se dispone de datos sobre la incidencia de las enfermedades que se clasifican como IRA. De todas maneras, en casi todos los países de la Región, incluyendo los desarrollados, la causa principal de consulta pediátrica ambulatoria son las infecciones respiratorias agudas. Estudios realizados en algunos países señalan que entre el 40 y el 60% de las consultas pediátricas se deben a infecciones respiratorias.

La mayoría de estas infecciones suelen curarse con cuidados caseros, sin necesidad de ninguna medicina. Sin embargo, los países de la Región afrontan problemas debido al uso excesivo y a veces inadecuado de antibióticos para el tratamiento de las IRA.

La estrategia para controlar las IRA tienen como meta reducir las defunciones por neumonía en menores de 5 años y reducir el uso excesivo e inadecuado de antibióticos para el tratamiento de las IRA. La estrategia consiste en la detección de los casos graves, en base a signos simples pero específicos y sensibles en la predicción de la neumonía con el fin de remitirlos a hospitales. A la vez se busca identificar los casos que pueden ser tratados con antibióticos en el hogar. El tercer punto es la educación de la comunidad para que las personas que cuidan a las niñas y los niños puedan identificar los signos que indican que una niña o un niño está enferma/o.

Situación nutricional en la Región

La situación nutricional en los países de América Latina está condicionada por factores y decisiones sociales, económicos y políticos, que condicionan la disponibilidad y el consumo de alimentos. La crisis económica iniciada en la década de los años ochenta disminuyó los ingresos reales y el poder adquisitivo de la población en la mayoría de los países.

El estado nutricional se establece mediante indicadores construidos con la ayuda de encuestas o mediante el análisis de datos recogidos por los Sistemas de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN). Las cifras disponibles también provienen de informes de los países. Existe discrepancias en los datos provenientes de distintas fuentes, lo que dificulta el análisis y la comparación de la situación de cada país.

De acuerdo al cuadro *Prevalencia de déficit de peso para la edad en preescolares (Clasificación de la OMS)*, la prevalencia de desnutrición en niñas y niños menores de 4 años varía del 0,8% en Chile al 38,5% en Guatemala.

Según la OMS, el punto de corte por debajo del cual se considera que existe anemia es de 11 grados por decilitro de sangre en embarazadas y en niñas y niños menores de seis años que son los más afectados en la Región. De acuerdo a un estudio realizado en ocho países de América del Sur, las tasas de anemia en preescolares variaron entre el 22 y 45 por ciento en Brasil, el 18% en Chile y el 53% en Perú.

El bocio es la manifestación más conocida de la deficiencia de yodo. No obstante, el espectro de trastornos que produce la carencia de yodo es muy amplio y afecta a los individuos desde edades tempranas del desarrollo fetal y neonatal hasta la niñez, la adolescencia y la edad adulta. Según datos de la OPS, los siguientes lugares presentan prevalencia de deficiencia de yodo superior al 50%: Mérida en Venezuela y Chámeza en Colombia. Entre el 20 y el 50%, la región de Azuero en Panamá, la sierra y la selva peruana y en cuatro regiones de Brasil, así como en Bolivia,

Ecuador, Salvador y Guatemala. El bocio endémico se transforma en un problema de salud pública cuando su prevalencia es superior al 10% de la población examinada.

La deficiencia de vitamina A en la Región constituye un problema de salud pública en áreas geográficas determinadas, por lo general en localidades rurales económicamente deprimidas. Estudios realizados por el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) en el decenio de 1970, determinaron que la deficiencia de vitamina A en niños y niñas menores de seis años tenía una prevalencia del 18 al 43% en esa subregión. Ante esa evidencia varios países de la subregión iniciaron programas de fortificación del azúcar lo que redujo significativamente el problema. La medida interrumpida hacia 1980, se está restableciendo y está siendo considerada por otros países.

La atención en salud

Bajo el auspicio de la OPS se inició, a principios de la década de los noventa, un proceso que permitió estimar el funcionamiento de los servicios de atención en salud en 20 países de América Latina y el Caribe. El 80% de los 1,610 servicios evaluados en la Región se ubicó en el grupo insatisfactorio, el 14% se clasificó como en situación crítica y sólo el 6% llenó los requisitos de la categoría “satisfactorio”. (Fuente: OPS. *Las condiciones de salud en las Américas*. Volumen I. Edición de 1994).

La evaluación determinó que los puestos de salud, los centros de salud y los puestos ambulatorios no tienen altos porcentajes de lo que se denominó “situación crítica”, mientras que los servicios de hospitalización

Evaluación de condiciones de eficiencia, distribución de frecuencias de servicios según tipo y puntaje obtenido (a), países de América Latina y el Caribe. 1990-1992

Tipo	Total de servicios evaluados	Situación crítica		Situación insatisfactoria		Situación satisfactoria	
		No.	%	No.	%	No.	%
Puesto de salud	461	71	15	368	80	22	5
Centro de salud	427	35	8	367	86	25	6
Ambulatorio obstétrico	173	12	7	142	82	19	11
Ambulatorio pediátrico	174	27	16	140	80	7	4
Neonatología	74	14	19	52	70	8	11
Hospitalización obstétrica	147	32	22	109	74	6	4
Hospitalización pediátrica	154	36	23	106	69	12	8
Total	1.610	227	14	1.248	80	99	6

OPS, Programa de Salud Maternoinfantil

en neonatología, obstetricia y pediatría ocupan porcentajes considerables en la categoría citada.

En lo que se refiere a las condiciones de eficiencia, la evaluación determinó que la “participación comunitaria” es el componente más débil. Sólo un 3% de los servicios evaluados alcanzó un nivel aceptable en este punto. La administración y planificación de las actividades y empleo de recursos en los centros hospitalarios resultó ser otro gran vacío en los servicios examinados. En la mayoría de estos centros no se tienen datos sobre su población de referencia. El 81% de las respuestas de los directores de hospitales que fueron consultados sobre conocimientos básicos de la población a la que prestan atención, no correspondían con la situación real del centro hospitalario. Una de las razones que se aducen sobre este punto es el subregistro que prevalece en los servicios del primer nivel de atención donde es atendida la mayor demanda de los menores de seis años.

Como en otros rubros, este estudio evidenció la falta de equidad en la distribución de la calidad de los servicios. Quienes más necesitan tienen nulo o escaso acceso y en caso de lograr acceder, reciben los peores servicios.

El estudio permite afirmar que América Latina y el Caribe presentan avances significativos en inmunización y rehidratación oral, pero tienen dificultades considerables en el desarrollo global de servicios integrales de salud materno-infantil. Los servicios hospitalarios de la Región no cuentan con la posibilidad de tener un impacto en los indicadores de salud.

La explicación a estos resultados se encuentran en los recortes en el gasto social establecidos en los programas de ajuste estructural ejecutados

Evaluación de condiciones de eficiencia, distribución de frecuencias según categorías seleccionadas y puntaje obtenido (a), países de América Latina y el Caribe. 1990-1992

Categorías	Situación crítica (0-39)		Situación insatisfactoria (40-79)		Situación satisfactoria (80-100)	
	No.	%	No.	%	No.	%
	Planta física	322	20	934	58	354
Recursos materiales	177	11	1030	64	403	25
Recursos humanos	692	43	837	52	81	5
Normas y procedimientos	419	26	966	60	225	14
Programación y administración	14	19	52	70	8	11
Suministros	756	47	741	46	113	7
Educación sanitaria	145	9	837	52	628	39
Participación sanitaria	586	66	275	31	27	3

OPS, Programa de Salud Materno-infantil

en el decenio de 1980. Un estudio realizado por el Banco Mundial en nueve países de la Región estableció que durante la década de los ochenta los gastos per cápita en salud, educación y seguridad social habían disminuido en todos los países.

Sin embargo, la inversión en servicios de salud no representa una meta imposible de alcanzar. Según estimaciones del Banco Mundial el costo total para copar las metas de salud materno-infantil en 25 países de la Región ascendía a 3.500 millones de dólares. El BM calculó que aun si se presentara un lento crecimiento económico, algunos países podrían alcanzar sus metas si invirtieran menos de la quinta parte del 1% de su producto nacional bruto en el sector social. Los países más pobres necesitarían una asistencia externa de entre 400 y 700 millones de dólares cada año.

Crecimiento y desarrollo

Todos no nacemos iguales

Acompañar el crecimiento y evaluar el desarrollo es indispensable para determinar el estado de salud de un niño. Los niños y niñas que están bien alimentados, asisten al control pediátrico y son estimulados por sus padres y madres, crecen y se desarrollan de manera adecuada. Las relaciones afectivas armónicas a lo interno del núcleo familiar también favorecen al crecimiento y al desarrollo.

Se hace la distinción entre crecimiento y desarrollo, pues el crecimiento se refiere al aumento del tamaño del cuerpo, mientras que el desarrollo se refiere a la adquisición de funciones emocionales cada vez más complejas.

El crecimiento se mide a través de los controles periódicos del peso y la talla, en cambio el desarrollo se mide cualitativamente, observando la presencia o la ausencia de determinadas conductas, actitudes y capacidades en las distintas edades. El desarrollo de la capacidad de sostener la cabeza erguida, mantenerse de pie, sostener un objeto con la mano, saltar en un pie, sonreír o hablar, indican niveles de desarrollo.

El crecimiento y el desarrollo tienen el mismo orden o secuencia en todos los niños y las niñas. Sin embargo, la velocidad del proceso es variable dependiendo de las características individuales. Hay niños y niñas que empiezan a caminar a los 11 meses y quienes lo hacen a los 15 meses; algunos manipulan la cuchara eficientemente a los 2 años y medio otros lo hacen a los 3 años y medio. Otros hablan perfectamente a los 2 años de edad y hay los que a esa edad apenas empiezan a hacerlo, algunas niñas tienen su primera menstruación a los 11 años y otras menstrúan por primera vez a los quince años.

Si escuchamos a un grupo de padres y madres intercambiando experiencias vividas en la crianza de sus hijos e hijas se hace más evidente que, desde que son concebidos los bebés tienen características propias que los harán diferentes, a partir del nacimiento, de todos los otros. Hay padres y madres que al comparar la experiencia de la crianza de hermanos enfatizan en las diferencias de carácter, temperamento y personalidad. Hay siempre los más gorditos, los muy activos, los muy cariñosos, los tranquilos y apacibles.

Cada niño tiene su velocidad de desarrollo y de crecimiento y según ese ritmo propio es que se establece el patrón de normalidad relativa para cada uno. A lo largo de este manual se tocarán diversos temas,

Un consenso casi indiscutible condenó a los hombres a mantenerse alejados del contacto físico con sus hijas e hijos pequeños. En algunos sectores, la reacción ha sido poner sobre el tapete la “prohibición” que impide a los hombres acercarse afectivamente a sus hijas e hijos.

específicamente los que corresponden a coordinación y motricidad, lenguaje, erupción dentaria, conducta, inteligencia y relaciones sociales, en los cuales se establecerán parámetros para medir el desarrollo “normal” de niños y niñas.

Ese desarrollo “normal” estará expresado en las habilidades y conductas que corresponden al intervalo de edad en el cual la mayoría de niños y niñas (9 de cada 10) las alcanzan y dominan.

Hay que destacar que el crecimiento está íntimamente vinculado a la nutrición y a sus componentes culturales, el tipo de alimentación de la familia y los alimentos aceptados o rechazados por diferentes grupos culturales así como la cantidad de veces que se alimenta a los niños y niñas influye en la estatura y el peso.

El desarrollo también depende del medio social y de como los niños y las niñas maduran y aprenden del ambiente que los rodea, así como de los estímulos y mensajes de su familia. El término madurez se usa para designar cambios cualitativos, esto es, cambios en la complejidad de las estructuras que les hace posible el inicio de su funcionamiento o la funcionalidad a niveles más complejos.

El aprendizaje se refiere a la adquisición de una nueva conducta o a la modificación de la conducta previa producto de algún tipo de práctica, ejercicio o esfuerzo por parte del individuo. El aprendizaje proviene también de la repetición de un acto. Ese aprendizaje se logra imitando un acto, debido a que los niños y niñas copian aquello que ven que las otras personas hacen y se identifican con ello y adoptan como conducta o actitud propia los valores, actitudes, motivaciones y conductas de las personas que admiran o aprecian. A través del aprendizaje, el niño o la niña adquiere competencia en el uso de sus recursos hereditarios.

La capacidad que tengan niños y niñas de asimilar como propios los códigos simbólicos, entender y expresar ideas haciendo uso competente del lenguaje e incorporar reglas de convivencia les introduce en el estrato específico de la sociedad y en parte de la cultura de la que hace parte su familia.

En función de las particularidades de cada familia y de su desarrollo individual cada niño y cada niña se incorpora a la sociedad con las herramientas que le proporciona el aprendizaje y con los legados de su herencia biológica, psicológica y cultural, unida a las prácticas culturales de su medio. Con ellos vivirá o sobrevivirá de la mejor manera posible.

El afecto limitado

La Organización Mundial de la Salud ha destacado el hecho de que en los países donde las niñas reciben la misma atención que los niños, la oportunidad de sobrevivir durante los primeros seis años de vida es un poco mayor en favor de las primeras. También ha llamado la atención sobre los cifras que indican que un tratamiento desfavorable de las niñas

—probablemente derivado de una menor valoración social de las mujeres— desemboca en oportunidades de supervivencia femeninas iguales o menores que las masculinas.

En algunas regiones del continente las niñas asisten a la escuela menos que los niños. En Guatemala, en las áreas rurales, el 66% de las niñas que comienzan la primaria desertan antes del tercer grado. Sólo una de cada ocho niñas que comienza la escuela primaria la termina.

En muchas comunidades y estratos sociales de manera sutil o explícita, las madres consideran menos importantes sus necesidades de nutrición —o sus gustos— que las de los miembros de la familia del sexo masculino. Esta manera de percibirse y actuar a menudo es imitada por sus hijas. Esta percepción cultural en familias de bajo ingreso con frecuencia está relacionada con el nacimiento de niñas y niños de bajo peso.

Más allá de los recursos económicos, muchas familias tienden a favorecer a los niños. Las familias toman decisiones —sin que medie un proceso de reflexión, casi de manera “natural”— en temas como distribución de tareas y alimentos, atención de la salud, acceso a la escuela y a otras oportunidades de cambio en la vida, que generalmente benefician más a los niños que a las niñas. (Algunas fuentes denominan este proceso transmisión y perpetuación de los roles genéricos.)

En el mejor de los casos, cuando niñas y niños tienen las “mismas oportunidades”, la familia y el ambiente que rodea a la niña tienen influencia para que al crecer opte por estudiar carreras que tienen una remuneración o posibilidad de promoción menor que aquellas a las que los niños son estimulados a elegir. En ese mismo marco, se propicia que las mujeres pospongan logros profesionales en favor de la familia en un porcentaje mayor de lo que lo hacen los hombres.

Los estereotipos sexuales se aprenden y refuerzan día a día en el hogar, en la escuela, en los libros de texto, en los juegos y en los juguetes. Rara vez a un niño se le regala como juguete un bebé con sus pañales para que juegue a cambiarlo. Casi ningún padre o madre le regalaría de cumpleaños un carro de control remoto a su hija de seis años. Ni uno ni otro juguete deberían tener etiquetada la “mayor felicidad” que corresponde a cada sexo.

Prohibir o permitir determinadas actividades a una persona por pertenecer a uno u otro sexo hace parte de las diferentes culturas. Es un hecho que en una gran mayoría de aspectos, las necesidades y aspiraciones de las mujeres son relegadas en favor de las de los hombres. Sin embargo, cuando se examinan temas como los “beneficios afectivos” que trae ser miembro de una familia, las cuentas de los hombres con frecuencia arrojan un saldo negativo. En algunos sectores, la reacción ha sido poner sobre el tapete la “prohibición” que impide a los hombres acercarse afectivamente a sus hijas e hijos. No es común que en los libros de texto —ni en la cotidianidad—, los hombres bañen y vistan a sus hijas e hijos pequeños. Ningún juguete estimula al niño para que cuando sea padre, pasee con su bebé, le cambie los pañales o lo ayude a comer sus primeros purés. Aun el placer de hacer dormir a un bebé parece haber

sido “borrado” del menú de los placeres masculinos. De hecho, estas son actividades a las que se les otorga un “valor social” menor. Se diría que un consenso —construido a partir de estereotipos pero casi indiscutible— condenó a los hombres a mantenerse alejados del contacto físico con sus hijas e hijos pequeños y llevó a las mujeres a asumir casi de manera exclusiva la crianza de niñas y niños.

La sociedad actúa en consecuencia: los folletos de salud sobre el cuidado de niñas y niños que enferman casi nunca incluyen una figura masculina que cuida o atiende con cariño. Aun las “buenas intenciones” ignoran a los hombres: el personal médico y las agencias de desarrollo abogan por la necesidad de que las mujeres sean “liberadas” de trabajo en el campo para que puedan dedicar mayor tiempo a aprender destrezas de crianza. De los hombres... ni una palabra.

El hecho es que en la medida en que los hogares se consolidaron como unidades donde hombres y mujeres pasan la mayor parte del día en el trabajo, se redujo el tiempo que niñas y niños pequeños pasan con personas adultas que pueden ofrecerles un cuidado de calidad. Diversos estudios demuestran el papel que juega el afecto durante los primeros años de vida en temas como el desarrollo de algunas habilidades durante la infancia y en la capacidad de responder de manera adecuada a los cambios de la adolescencia y a los retos de la edad adulta. A un nivel elemental, se cita el hecho de que las niñas y los niños de familias de escasos recursos que reciben la atención y el cuidado de sus padres, muestran un estado nutricional mejor que aquellos que reciben menos afecto. Este punto también hace evidente la necesidad de examinar la relevancia que tiene la calidad del tiempo que la familia dedica a niñas y niños.

La respuesta es obvia: criar de manera adecuada a un bebé es un espacio donde los hombres tienen un lugar que va más allá de aportar parte de los recursos económicos. Ser padre no se reduce a aplaudir o censurar los resultados que obtienen sus hijas e hijos. Una nueva propuesta abre un amplio mundo y permite ver la paternidad como un proceso que requiere esfuerzo y brinda satisfacciones todos los días.

“Legitimar” el que los hombres asuman las menospreciadas relaciones cotidianas con los bebés o con las niñas y niños preescolares, es una tarea en la que hombres y mujeres tienen mucho que decir. Es posible que si un niño es estimulado a ayudar a comer a su hermanita o hermanito o sabe que puede contar con su padre para hacer las tareas o escuchar un cuento antes de dormir, encuentre “normal” hacer lo mismo cuando sea padre. Lo raro será ver hombres que no ayudan a sus hijas e hijos a ponerse los zapatos porque en ese trance pueden perder una parte de su —para entonces muy frágil— virilidad.

Es evidente que una visión más amplia del afecto masculino y de la autoestima de las mujeres tendrá un impacto en aspectos aparentemente poco relacionados como las cifras sobre tasas de sobre-mortalidad femenina durante los primeros seis años, baja escolaridad de las niñas, embarazo en adolescentes y calidad de vida de niñas y niños.

Afecto y salud:

Amor: la receta de la salud

Cualquier persona diría, con toda seguridad, que para bajar la temperatura, en caso de fiebre, se deben tomar un par de analgésicos y acudir al médico. La receta puede ser complementada con beber alguna infusión caliente y guardar cama. Pero, cuántos gramos de amor hacen falta para crecer emocionalmente de manera equilibrada, curar una enfermedad o para permanecer saludables?

Los padres y madres que se preocupan por la salud de sus hijos, intentan, en la medida de sus posibilidades, satisfacer casi todas sus necesidades básicas. Les alimentan, cumplen con las consultas de control pediátrico y controlan la aplicación de las vacunas correspondientes, les llevan al médico si se enferman, suministran vestido, calzado, educación y esparcimiento.

Niños y niñas necesitan todas estas cosas, pero necesitan también de atención, manifestaciones de afecto, seguridad, protección y grandes dosis de amor de su padre, madre, sus familiares y de la comunidad.

El amor, la protección, la seguridad de ser aceptado y valorado y las manifestaciones de afecto hacen que los niños y niñas crezcan seguros y sean capaces de desarrollar al máximo sus potencialidades. Aquellos que se sienten queridos y que disfrutan de refuerzo afectivo grato y continuo se enferman menos y cuando lo hacen se recuperan más rápido que aquellos que no cuentan con ese ambiente de refuerzo en sus familias o que han sido abandonados.

La seguridad emocional unida a reforzadores positivos ayuda a niños y niñas a fortalecer su autoestima, manifestar sus sentimientos y manejar mejor sus ansiedades y miedos. Un niño con una autoestima fortalecida se convierte en un adolescente y luego en un adulto seguro de sí mismo, menos sujeto a las presiones de grupo, capaz de aceptar y expresar sus sentimientos y emociones.

Un niño que crece en un ambiente de reglas bien definidas y disciplina positiva (sin castigo físico) llega a ser un ciudadano que practica valores para convivir en sociedad, respeta el derecho de los otros y agota los recursos del consenso sin considerar la violencia un medio legítimo para resolver los conflictos.

Creer en un ambiente de seguridad afectiva es un ingrediente básico de la salud integral de los niños y las niñas y puede contribuir de manera significativa a la construcción de las sociedades más armónicas. Tenía razón quien dijo que “el amor lo cura todo”.

