



*comité ejecutivo del
consejo directivo*

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

*grupo de trabajo del
comité regional*

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



101a Reunión
Washington, D.C.
Junio-Julio 1988

Tema 4.3 del programa provisional

CE101/9 (Esp.)
20 abril 1988
ORIGINAL: ESPAÑOL

PROGRAMAS DE SALUD MATERNOINFANTIL Y PLANIFICACION FAMILIAR

El Informe del Director analiza las actividades realizadas por la Organización Panamericana de la Salud en el período 1985-1988 en cumplimiento de la "Política de Acción de la OPS en asuntos de población", aprobada por la XXX Reunión del Consejo Directivo en 1984.

El documento persigue dos objetivos: el primero analizar las actividades desarrolladas por la Organización en cumplimiento de los mandatos de los años 1984 y 1985; el segundo señalar las líneas de trabajo que deberán enfatizarse durante los próximos años, a la luz de las tendencias socioeconómicas, demográficas y de salud de la Región.

El análisis de las actividades desarrolladas revela que siguen vigentes los objetivos adoptados en 1984. En el informe se analizan los logros obtenidos con respecto a las metas regionales de salud maternoinfantil, así como las restricciones que persisten y que requieren esfuerzos sostenidos. Entre estas se señalan las relacionadas con la coordinación intersectorial, la articulación de la cooperación externa y la organización y calidad de los servicios de salud para el niño y la mujer en edad fértil.

Se destaca el acuciante problema de la mortalidad materna, cuya verdadera magnitud comienza a revelarse a la luz de las primeras investigaciones realizadas en cumplimiento de los mandatos de los Cuerpos Directivos. Se señala también la importancia creciente de la población de adolescentes y jóvenes por su volumen y conductas de riesgo para la salud.

Para ambos problemas el informe destaca la necesidad de formular a nivel de los países y de la Organización planes concretos, con metas evaluables, que permitan aumentar la disponibilidad y calidad de los servicios en el marco del desarrollo de los sistemas locales de salud.

Además de analizar las actividades realizadas durante el período desde 1984 hasta el presente, se pide al Comité Ejecutivo que confirme las líneas de trabajo sobre las que ya se ha venido trabajando, o que proponga líneas adicionales, teniendo en cuenta las barreras que impiden un progreso más acelerado en este campo.

CONTENIDO

	<u>Página</u>
I. Antecedentes	1
II. Hechos y tendencias más relevantes para el período 1980-2000	1
III. Análisis de las estrategias de acción aprobadas por los Cuerpos Directivos en 1984 y 1985	5
1. Formular y aplicar políticas de población adecuadas a sus propios planes de desarrollo socioeconómico	5
2. Mejorar la calidad y uso de los datos demográficos y estadísticas de servicios en la identificación de problemas de salud en relación con la población, las necesidades de servicios y la identificación de los grupos de mayor riesgo para mejorar la planificación y programación en salud	6
3. Promover estudios sobre dinámica de población y sus variables demográficas	7
4. Integrar los servicios de planificación familiar a los de salud materno-infantil	9
5. Impulsar la investigación y la asistencia financiera a la capacitación de recursos humanos para factibilizar los programas de atención materno-infantil y de planificación familiar	10
6. Difundir información y asesoramiento a la comunidad para lograr su participación	12
7. Educar y capacitar a los jóvenes en materias sexuales y de la vida familiar	13
8. Intensificar esfuerzos de coordinación de la Organización con las agencias del sistema de las Naciones Unidas y los organismos gubernamentales y no gubernamentales a fin de consagrar el máximo de recursos al apoyo de los programas de salud materno-infantil y planificación familiar	14
IV. Resultados	16
V. Conclusiones	18
Cuadro 1 Datos básicos para el análisis de la economía en las Américas, 1985	20

CONTENIDO (cont.)

	<u>Página</u>
Cuadro 2	Esperanza de vida al nacer (años) en países de las Américas, 1980-1985, 1985-1990, 1995-2000 21
Cuadro 3	Mortalidad infantil en países de las Américas: Estimaciones de las Naciones Unidas y datos oficiales informados a la OPS; 1980-1985, 1985-1990, 1995-2000 22
Cuadro 4	Cobertura institucional de la atención del parto y mortalidad materna en algunos países de la Región de las Américas, circa 1983 23
Cuadro 5	Tasa global de fecundidad por cada mujer de 15-49 años de edad en países de las Américas, 1980-1985, 1985-1990, 1995-2000 24
Cuadro 6	Porcentaje de la población residente en áreas urbanas en países de las Américas, 1980, 1985, 1990 y 2000 25
Cuadro 7	Salud maternoinfantil/planificación familiar. Proyectos financiados por el FNUAP y ejecutados por la OPS, 1982-1987 26
Cuadro 8	OPS/FNUAP: Presupuesto por elemento de gasto. América Latina, 1984-1987 27
Cuadro 9	Algunos resultados de encuestas demográficas y de salud, 1984-1986 28
Cuadro 10	Evaluación de condiciones de eficiencia. Valores globales obtenidos, 1985-1987 29
Figura 1	Núcleos nacionales de perinatología vinculados al CLAP con actividades conjuntas programadas. CLAP-OPS/OMS, 1987 30
Referencias	. . . . . 31
Bibliografía	. . . . . 32
ANEXO:	Las Causas de Mortalidad Materna. Reunión Interregional sobre Prevención de la Mortalidad Materna. Ginebra, 11-15 de noviembre de 1985

PROGRAMAS DE SALUD MATERNOINFANTIL Y PLANIFICACION FAMILIAR

I. ANTECEDENTES

Atendiendo la Resolución XVIII aprobada durante la XXXI Reunión del Consejo Directivo de la OPS (1985) sobre "Programas de Salud Maternoinfantil y Planificación Familiar", que en su numeral 2.b solicitó al Director presentar un segundo informe de avance, la Secretaría ha elaborado el presente documento que el Director pone a consideración de la 101a Reunión del Comité Ejecutivo.

Para la elaboración de este informe se ha tenido también en cuenta la Resolución IX de la XXXII Reunión del Consejo Directivo (1987), que destaca la necesidad de dar a la mujer acceso a servicios adecuados para garantizar la maternidad sin riesgos y así disminuir la mortalidad y morbilidad durante el período reproductivo.

II. HECHOS Y TENDENCIAS MAS RELEVANTES PARA EL PERIODO 1980-2000

Hacia 1988 persisten en la Región grandes diferencias respecto a los niveles y tendencias de los indicadores demográficos entre países y entre áreas geográficas y estratos socioeconómicos dentro de los países, condicionadas en buena parte por la profunda crisis económica que afecta a la Región (Cuadro 1).

A pesar de los esfuerzos realizados, sigue siendo un problema destacado la falta o mala calidad de los datos estadísticos así como la capacidad de análisis y utilización para el diseño y la reorientación de los servicios y la atención de grupos de mayor riesgo.

En el análisis de las perspectivas demográficas para el período que nos separa del año 2000, siguen siendo importantes la consideración del crecimiento poblacional, la esperanza de vida, la distribución espacial, la fecundidad, la mortalidad y la estructura de la población respecto a determinadas variables.

Según el último informe de las Naciones Unidas sobre estimaciones y proyecciones de población, en 1984 (1) América Latina es la segunda área del mundo de más acelerado crecimiento natural, como resultado de un moderado pero continuo descenso de la mortalidad y un rápido descenso de la natalidad en las dos últimas décadas. El crecimiento poblacional alrededor de 1987 se estima en 2,3%, lo que determina períodos de duplicación de 30 años, previéndose que la tasa de crecimiento continuará declinando constantemente para llegar a 1,67 en el año 2000 (2).

La esperanza de vida para América Latina y el Caribe entre 1985 y 1990 se sitúa alrededor de 64 años (Cuadro 2). Entre los países con mayor aumento se encuentran: Honduras, Nicaragua y Perú y, entre los de menor incremento, Costa Rica, Cuba, Jamaica, Uruguay y Venezuela. En los tres primeros países el cambio pudiera atribuirse al control de patologías de la niñez con tecnologías simples pero de alto impacto. No

obstante, estos necesitarán realizar un esfuerzo especial para alcanzar la meta de 70 años que marca el compromiso internacional para el año 2000. Costa Rica, Cuba, Jamaica, Uruguay y Venezuela, a la inversa, tratan de controlar los factores que afectan la mortalidad perinatal precoz y los degenerativos de la edad avanzada, tarea que requiere el uso de alta tecnología médica y cambios en los estilos de vida de la población, ambos difíciles de generalizar en América Latina y de muy larga latencia para observar su impacto.

La mortalidad de los niños y de las mujeres por causas derivadas del proceso reproductivo refleja, no solo una excesiva pérdida biológica y psicosocial en términos de muertes ocurridas, sino también el grado de severidad de un costo social y una medida predictiva de la calidad de vida para aquellos que sobreviven y sus perspectivas futuras.

En América Latina y el Caribe las tasas de mortalidad infantil en el primer lustro de los 80 han continuado descendiendo, con la excepción de Panamá, República Dominicana, Guadalupe y Guyana. Los descensos más notables durante ese período fueron los de Chile, Jamaica y Trinidad y Tabago. La cifra registrada más baja fue de 9,2 por 1.000, y la más alta con 68,5 por 1.000 (Cuadro 3).

Otras fuentes informan datos que confirman en forma inicial el deterioro que la crisis ha determinado en la salud de los niños y, entre ellos, en la de los más pobres. Así, de ocho países que a nivel mundial muestran aumentos en la mortalidad de la niñez, cinco corresponden a América Latina, y de 28 que informan aumento en los niveles de desnutrición, 10 se encuentran en la Región. Si se excluyen las elevaciones que pudieran ser resultado de mejoras en el registro, se confirma la sensibilidad de las tasas de mortalidad infantil como indicador de las condiciones socioeconómicas (3).

Bolivia, Brasil, Colombia, Haití y Nicaragua no informaron a OPS, entre 1980 y 1985, datos oficiales. Esta falta de información corresponde a una población de 169.6 millones, o sea, 47,2% de la de América Latina, y constituye tal vez el hecho más relevante del análisis y la tarea para resolver con mayor apremio en el corto plazo. Desde otro punto de vista se destaca que, de 25 países que informan datos al sistema regional, 17 ya han cumplido la meta para el año 2000 de bajar la tasa de mortalidad infantil a menos de 30 por 1.000 nacidos vivos.

A pesar de los descensos verificados en las tasas de mortalidad infantil, estas siguen siendo excesivas en algunos países y grupos sociales. Gracias a los avances en el control de enfermedades inmunoprevenibles, diarreas e infecciones respiratorias agudas, se ha producido en casi todos los países un descenso significativo de las muertes infantiles por esas causas. Las causas perinatales han pasado a ocupar el primer lugar en 21 países de la Región. Un descenso en estas tasas solo podrá lograrse con la regulación de la fecundidad con criterio de riesgo y mediante amplia cobertura de los servicios de control prenatal, atención del parto y del recién nacido.

La mortalidad materna, de manera similar a la mortalidad infantil, refleja diferencias en las condiciones de salud y de vida, constituyéndose en un buen indicador socioeconómico así como de la cobertura y calidad de los servicios de atención a la mujer en edad fértil. Algunas de las investigaciones apoyadas por la OPS/OMS informan subregistros de muertes maternas superiores a las registradas, así como una mala certificación de las causas que la ocasionan. En la Región se registran 34.000 muertes maternas anuales que, de considerarse lo anterior, podrían estimarse en más de 68.000. El aborto y sus complicaciones sigue causando aproximadamente el 30% de las muertes maternas (Cuadro 4).

El riesgo de muerte de una mujer durante toda su vida atribuible a causas maternas se estima en 1:73 para América del Sur; 1:140 para el Caribe; 1:6.366 para los Estados Unidos de América y Canadá y 1:9.850 para Europa del Norte (4). Sin dejar de considerar los factores macrosociales que actúan como condicionantes, la mayoría de las muertes maternas en esta Región son prevenibles mediante acciones organizadas y adecuadamente planificadas de los servicios de salud. La existencia de tasas elevadas de mortalidad materna en un país o región no puede sino constituir una seria advertencia acerca de las posibles insuficiencias en las coberturas y/o calidad de los servicios de salud de la mujer. También debe ser considerada una expresión de la desventaja que experimentan importantes sectores de la población femenina en la Región en el logro de sus derechos fundamentales (5) (ver Anexo).

La tasa global de fecundidad en la Región es descendente para todos los países en los últimos 20 años (5,9 a 4,0 hijos por mujer), pero este nivel aun representa casi el doble que el de los países más desarrollados. La fecundidad por edades ha disminuido especialmente en los grupos de mujeres mayores de 30 años, el descenso es moderado en el grupo de 20 a 24 años y muy modesto en el de menos de 20 años. Las estimaciones hasta el final del siglo muestran descensos sostenidos para todos los países (Cuadro 5).

Los cambios en la estructura poblacional determinan que en el grupo de menores de 20 años exista un aumento proporcional de la fecundidad e incremento en el número absoluto de nacimientos que sucederán en los próximos años, originado en las cohortes de mayor número que entrarán a la edad reproductiva. De mantenerse las condiciones socioeconómicas actuales, un gran número de embarazos en adolescentes se darán en condiciones de inestabilidad en las uniones y sin la existencia de mecanismos de apoyo social, lo que aumentará el riesgo de desajustes psicosociales, así como el de enfermedad y muerte para las madres y sus hijos.

Los embarazos en edades extremas de la vida reproductiva, con períodos intergenésicos menores de dos años y la alta paridad, especialmente cuando hay insuficiencia de servicios de salud, continúa siendo un importante factor de riesgo. Este fenómeno se observa en todos los estratos sociales y especialmente en aquellos que tienen un menor nivel educativo y socioeconómico. En la Región se observa un mejor nivel educacional en la mujer, pero resta mucho por hacer.

La población continuará teniendo un importante componente juvenil. El grupo de adolescentes y jóvenes de 15-24 años representará aproximadamente el 20% de la población total, que en números absolutos se traducirá en alrededor de 124 millones en el año 2000. La disminución en la edad de la menarca, el incremento en la edad del matrimonio, el cambio de valores derivados de la urbanización, el enfrentamiento con culturas diferentes como resultado de las migraciones y la influencia de los medios de comunicación, así como la declinación de la familia extendida, aumentarán las oportunidades de conductas de riesgo en este grupo etéreo. Estas conductas de riesgo determinarán la necesidad de servicios para la prevención y atención de accidentes, suicidios, farmacodependencia, alcoholismo, enfermedades de transmisión sexual, embarazos, abortos y nacimientos en esta época de la vida.

La creciente urbanización es un fenómeno demográfico de gran relevancia en América Latina en el actual decenio y las proyecciones prevén que el 76% de la población total será urbana al finalizar el siglo (Cuadro 6). La dimensión del fenómeno está representado por las megalópolis y el cinturón de inmigrantes recientes que las circundan. Se pronostica que hacia el final del siglo habrá nueve ciudades de más de 5 millones y 14 entre 2 y 5 millones (6). El conflicto social que trae aparejada esta situación, y que es reflejo de los existentes a nivel familiar e individual, es por demás conocido y un claro exponente de las dificultades político-sociales y económicas que impiden prever o regular el traslado del asentamiento humano campo-ciudad.

Las consecuencias están a la vista: el aumento explosivo en un territorio limitado, sin infraestructura adecuada, ofrece un hábitat inhóspito a una población que presiona con urgencia por un cambio de vida diferente al que tenía en su lugar de origen. Los sectores educación y salud son los más afectados por este fenómeno demográfico y todos los esfuerzos por proveer servicios, en cantidad y calidad satisfactoria, se ven amenazados por el crecimiento diario e incesante de nuevos contingentes. Habrá, sin duda, una presión creciente a los Gobiernos de la Región para satisfacer las necesidades básicas de los habitantes de áreas urbanas. Además, las zonas urbanas o sus cercanías deberán ser las proveedoras de fuentes de trabajo para coberturas cada vez más grandes de jóvenes que entran al mercado de trabajo y que se estiman entre 4 y 5 millones anuales.

No se pueden ignorar las importantes corrientes migratorias internas o externas involuntarias, derivadas de conflictos políticos en la Región, o las voluntarias, básicamente determinadas por la búsqueda de oportunidades para superar la pobreza extrema. Las condiciones de vida en que se desarrollan estos grupos, predominantemente representados por mujeres y niños, son peores que la de los migrantes urbanos. Su inestabilidad dificulta el acceso y entrega de servicios básicos, los cuales, además, en ocasiones les quedan vedados por su situación ilegal.

El niño en situación irregular, de la calle, o sin familia constituye un problema cada día más grave en América Latina. El UNICEF calculó que en 1986 este grupo alcanzaba 20 millones de niños a los

cuales se les niegan sus derechos fundamentales, con las consecuencias sociales ya conocidas de maltrato, prostitución, trabajo, explotación y venta (7). Entre los que sobreviven, muchos serán incapaces de amar y constituir una familia, por el desafecto que tuvieron en su infancia (8).

III. ANALISIS DE LAS ESTRATEGIAS DE ACCION APROBADAS POR LOS CUERPOS DIRECTIVOS EN 1984 Y 1985

De acuerdo a las prioridades programáticas de la Organización enunciadas en los Principios Básicos para su Acción, en el período 1987-1990 las estrategias y actividades fueron enfocadas hacia: 1) el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud a través de la movilización de los recursos nacionales e internacionales, la definición de las actividades intersectoriales y de los programas nacionales, así como el apoyo al desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS); 2) la atención a los problemas prioritarios, en este caso las mujeres en edad fértil y los niños, para lo cual se dio prioridad a la aplicación del enfoque de riesgo y se desarrollaron criterios normativos de atención a los problemas y condiciones más urgentes de resolver: el control prenatal, la atención del parto y del recién nacido normal y de bajo peso y la regulación de fecundidad, y 3) la administración del conocimiento a través de la difusión de la información científica y tecnológica sobre aspectos relevantes de la salud maternoinfantil y de la planificación familiar.

El cumplimiento de estos aspectos demanda una profunda transformación del sistema y los servicios de salud para lograr aumentar la cobertura y la calidad de la atención con equidad, eficiencia, eficacia y la participación social. En apoyo de ella se han desarrollado guías integrales de estudio de las condiciones de eficiencia que permiten a los responsables de las unidades y de los sistemas locales conocer las normas de organización de los servicios. Todas y cada una de las acciones que se incluyen en este informe tuvieron este marco de referencia. A continuación se analizan los avances que conjuntamente los países, la Organización y los organismos de cooperación internacional han realizado en la ejecución de las principales líneas de acción recomendadas, aclarándose que en algunos acápites está incluido el análisis de dos o más estrategias.

1. Formular y aplicar políticas de población adecuadas a sus propios planes de desarrollo socioeconómico

El papel de la Organización en la ejecución de esta estrategia se limita a promover la participación del sector salud en el diseño y puesta en marcha de las políticas de población, para lo cual también auspicia la presencia de delegados del sector en las conferencias internacionales donde se debaten estos temas. A través de la cooperación técnica directa y la difusión de información se mantienen actualizados a los países y se les proporciona frecuentemente material sobre aspectos de legislación en población y planificación familiar.

De acuerdo con la información disponible hasta febrero de 1987 en la base de datos sobre políticas de población de las Naciones Unidas, de 33 países de la Región que contestaron a las encuestas, 14 expresaron su preocupación por los niveles de crecimiento natural y realizaron acciones para disminuirlo; entre estos se encuentran Antigua, Barbados, Dominica, Granada, Haití, Honduras, Jamaica, México, Perú, República Dominicana, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Vicente y Granadinas y Trinidad y Tabago. A pesar de que no todos ellos han enunciado políticas explícitas de población, los sectores educativo, de salud y otros del desarrollo económico y social colaboran para lograr esa reducción.

El resto de los países, 19, se han pronunciado por no intervenir en esta variable demográfica, ya que consideran satisfactorio el nivel de crecimiento actual. En cuanto a la distribución espacial de la población, 22 países intentan desacelerar las corrientes migratorias hacia las grandes ciudades, nueve no tienen intervenciones en este campo y solo dos realizaron esfuerzos para acelerar su migración interna hacia las áreas rurales.

Actualmente ningún país en la Región tiene barreras legales a la anticoncepción.¹ De 33 países encuestados, 27 apoyan directamente las actividades de planificación familiar, cuatro prestan apoyo indirecto y dos no ofrecen servicios a nivel gubernamental (9). En América Latina y el Caribe más del 90% de la población vive en países en los cuales el Gobierno ofrece apoyo a los servicios de planificación familiar sobre las bases del ejercicio de un derecho humano básico para mejorar la salud y contribuir a la calidad de vida del individuo y al bienestar familiar.

2. Mejorar la calidad y uso de los datos demográficos y estadísticas de servicios en la identificación de problemas de salud en relación con la población, las necesidades de servicios y la identificación de los grupos de mayor riesgo para mejorar la planificación y programación en salud

La falta y dudosa calidad de la información recogida por algunos servicios en la Región, así como su limitado análisis y el poco uso que se hace de ella en la formulación y evaluación de políticas y programas de salud, sigue siendo vigente al término de la década de 1980. Lo anterior limita el uso de las estadísticas en la identificación oportuna de los problemas de salud de los grupos de alto riesgo, que permitan definir las necesidades de servicios y su estructura.

Se observó que el apoyo financiero externo a los programas de salud materno-infantil y planificación familiar promovió un mayor y mejor uso de los datos demográficos y de salud, ya que el diagnóstico de salud materno-infantil es parte indispensable de las propuestas de financiamiento. A pesar de los avances que se tienen en Argentina, Brasil, Chile, Colombia,

¹Se excluye el aborto como método anticonceptivo de regulación de la fecundidad.

México, Panamá, Perú y Uruguay, entre otros, en la identificación de áreas y grupos en extrema pobreza o de alto riesgo, se tiene clara evidencia de que no en todos los casos se utilizan estos datos como factor de decisión para acciones prioritarias hacia los mismos.

En abril de 1985 se creó en la Organización el programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias (HST), entre cuyos objetivos está el de contribuir a una mejor comprensión de la situación de salud, aumentando el conocimiento y perfeccionando el proceso de uso de la información a todos los niveles. El programa tiene entre sus líneas de trabajo el promover una utilización mayor y mejor de las estadísticas de morbilidad y mortalidad con características aceptables de cobertura, calidad y oportunidad. En 1988 se realizó una reunión regional sobre guías y procedimientos para el análisis de la mortalidad, en donde se discutieron las investigaciones realizadas y el indicador "años de vida potenciales perdidos" y su utilización. La segunda línea de trabajo del programa incluye la identificación de áreas críticas y factores que afectan la oportunidad, confiabilidad, calidad y cobertura de la información. Al respecto, se trabajó con la Oficina de Estadística de las Naciones Unidas, el Instituto Interamericano del Niño, la Organización de los Estados Americanos y el Instituto Internacional de Registros de Hechos Vitales y Estadísticas para estudiar las posibilidades de acciones conjuntas que permitan lograr el mejoramiento del registro de los hechos vitales. Se inició la promoción de la inclusión del componente salud en la encuesta de hogares y se intenta iniciar en las facultades de medicina la reincorporación de la enseñanza del llenado de los certificados de nacidos vivos y defunciones. Se realizaron seminarios y cursos internacionales para mejorar la calidad del registro y su codificación y se consolidó, previa consulta con los países, la propuesta regional para la 10a Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

En el futuro, y en base a la información anterior, deberá fortalecerse la capacidad de los países para analizar en forma más adecuada la información existente. Adquiere enorme trascendencia la actualización, sobre bases permanentes, de la situación de salud maternoinfantil antes de iniciar la década de los años 90, que servirá para replantear las características de los programas y servicios en respuesta a las necesidades identificadas.

3. Promover estudios sobre dinámica de población y sus variables demográficas

Las variables demográficas que merecieron interés prioritario para la Organización en el lapso 1985-1988 son la mortalidad infantil, la mortalidad materna y la salud en las grandes ciudades, tomada esta última como una consecuencia del proceso de migración interna de algunos países.

En el período se publicó y difundió material sobre estrategias de atención primaria y mortalidad del niño. Este material incluye no solo los modelos analíticos de la mortalidad infantil sino, en forma más

importante, las experiencias de algunas áreas o países de la Región: Costa Rica, Cuba, Chile, Neuquén (Argentina), pudiéndose identificar elementos de estrategias de intervención comunes que han permitido reducirla en forma muy importante. La publicación más destacada y de mayor aceptación en los países a todos los niveles fue la correspondiente a "La mortalidad de los niños en las Américas", de la cual se han distribuido más de 5.000 ejemplares. En América Central está en proceso de desarrollo el estudio de la mortalidad infantil, que aportará metodologías que podrían utilizarse en otros países o regiones.

Entre 1985 y 1988, en el ámbito internacional se desarrolló un movimiento en favor de la maternidad que determinó las conferencias internacionales "Maternidad con Seguridad", auspiciada por el Banco Mundial, la OMS y el FNUAP, y la de "Mejor Salud a través de la Planificación Familiar", auspiciada por la OMS, el Banco Mundial, el UNICEF, el UNDP, el Consejo de Población y el IPPF, realizadas en Nairobi, Kenia, en 1987. En estas se llamó a la acción inmediata para reducir la mortalidad materna mediante la ampliación y mejora de los servicios de atención integral a la mujer.

En el mismo período la OPS convocó dos grupos de trabajo en Washington, D.C. sobre el tema de la mortalidad materna, analizándose estudios apoyados por la Organización en Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Jamaica y Perú, concluyéndose que el problema de información insuficiente y certificación deficiente era común a todos los países estudiados, siendo además indispensable ampliar las variables de investigación a fin de que se incluyeran las socioeconómicas y de servicios a fin de que se puedan identificar en forma más precisa los posibles puntos de intervención. Así surgieron documentos de referencia para el estudio y para la prevención de la mortalidad materna (5). También se tradujo el documento "Estudio de la mortalidad materna de los países en desarrollo", OMS/FHE 87.7. A través de estos documentos se contribuye a completar los protocolos y a lograr la participación del personal de servicios en la investigación de la mortalidad materna, así como a mejorar la calidad de los estudios de investigación que se están realizando sobre el tema, permitiendo además su comparación con fines internacionales.

En abril de 1988 se desarrolló en Sao Paulo, Brasil, la Reunión Regional de Estudio y Prevención de la Mortalidad Materna, en la cual se establecieron los núcleos de desarrollo que conformarán las redes internacionales y nacionales para la implementación de un plan de reducción de la mortalidad materna. Dicho plan recomienda acciones orientadas a lograr el apoyo político y legislativo y el desarrollo de mecanismos que aseguren la movilización y participación de la mujer, las comunidades y la sociedad. Se dará prioridad a los programas de atención integral de la mujer, en especial al fortalecimiento de los sistemas locales de salud, en tal forma que permita, desde el nivel comunitario y a través de todo el sistema, la identificación de las mujeres con riesgo reproductivo a fin de remitirlas a los niveles apropiados de tratamiento. Al efecto, será necesario la mejoría de la calidad de atención y la organización de los servicios y sus recursos para que el sistema de salud pueda responder a las necesidades existentes, garantizando el acceso a la planificación

familiar, al control prenatal adecuado y a la atención obstétrica básica, especialmente en el primer nivel de referencia. La investigación de servicios y la mejoría en los sistemas de información que permitan dar seguimiento y evaluar los esfuerzos serán elementos indispensables. En la medida que se pueda poner en marcha los aspectos anteriores, será posible lograr el objetivo de reducir la mortalidad materna.

Los estudios en desarrollo muestran tanto la importante falta de información de las muertes maternas como los errores en la certificación de causas, habiéndose encontrado inicialmente en algunos estudios hasta dos veces más muertes que las informadas. La influencia de la fecundidad no regulada, del nivel educativo y de la calidad y acceso a los servicios como determinantes de las muertes maternas continúa documentándose cada día mejor, por lo que resulta impostergable la implementación de acciones tendientes a reducirlas.

La Organización, a través de los Programas de Desarrollo de Servicios de Salud, Políticas de Salud y Salud Maternoinfantil, ha colaborado en reuniones regionales o nacionales sobre la problemática de áreas urbanas en Buenos Aires, Argentina, en 1984, Guayaquil, Ecuador, en 1985 y México en 1986.

Bajo el tema de "Extensión de la Protección Social a los Grupos Marginados Urbanos" se realizará una reunión preparatoria en México en junio de 1988 y otra definitiva en Buenos Aires en noviembre del mismo año, ambas reuniones con la intervención de la Asociación Internacional de Seguridad Social.

4. Integrar los servicios de planificación familiar a los de salud maternoinfantil

La integración de servicios maternoinfantiles y de planificación familiar es una realidad en la mayoría de los países de la Región. En los países en que los servicios de planificación familiar son aceptados por la población y viabilizados por el poder político a nivel nacional o estadual, las actividades de planificación familiar son un componente del programa de salud de la mujer en el marco de actividades integradas de salud maternoinfantil. Actualmente, a la extensión de cobertura que trajo la integración, hay que agregar la posibilidad de que se puedan atender las necesidades del adolescente e implementar acciones de prevención realmente eficaces para disminuir drásticamente la mortalidad materna y perinatal. Los servicios que recibieron aportes importantes de los programas de planificación familiar mejoraron en forma integral y, de acuerdo a investigaciones del Programa Maternoinfantil, hubo impacto en todos los aspectos de los servicios. En el momento actual de integración es necesario mejorar la calidad en los servicios. Lograr superar este reto requerirá mejorar la accesibilidad, la selección de tecnologías y la reducción de los costos, además de promover la efectiva participación de la comunidad y de otros sectores del desarrollo.

El fortalecimiento y desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS) aparece ante esta situación como una estrategia adecuada para

lograr la operacionalización de la atención maternoinfantil, favoreciendo el uso más efectivo de la planificación y gestión en función de las necesidades locales. Esta situación confluye con los esfuerzos de descentralización que se está efectuando en varios países de la Región.

En el presente, la Organización está realizando esfuerzos para aumentar la capacidad de gestión de los servicios de salud y está desarrollando el proceso de programación local integrado. En esta línea, el Programa Maternoinfantil dio prioridad a las actividades de capacitación, la investigación y la formulación de criterios normativos que apoyarán en forma definida el desarrollo futuro de los servicios.

5. Impulsar la investigación y la asistencia financiera a la capacitación de recursos humanos para factibilizar los programas de atención maternoinfantil y de planificación familiar

Las actividades de investigación recibieron énfasis y recursos aumentados en el período. En su desarrollo participan el Programa de Salud Maternoinfantil, el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) y otros programas de la OPS. A estos esfuerzos se suma el apoyo del Programa Especial de Capacitación e Investigación en Reproducción Humana (HRP) y la División de Salud Familiar (FHE) de la OMS, el FNUAP y la Fundación W. K. Kellogg, entre otros.

La investigación en salud, a través del aporte de bases científicas para la transformación de los servicios de salud, se promueve como un instrumento de desarrollo de programas, servicios, recursos humanos y de la salud en bien del ser humano. También sirve como mecanismo para desarrollar tecnologías, tanto de proceso como de objeto, entendiéndose como desarrollo la innovación, el mejoramiento, la aplicación y la transferencia tecnológica para mejorar los servicios a las madres y niños. La investigación es un mecanismo poderoso de articulación entre las instituciones del sector y con otros sectores para el alcance de los objetivos de salud.

El CLAP continuó trabajando en el desarrollo y promoción de investigaciones epidemiológicas y operativas de intervención-acción, con fuerte componente de desarrollo y evaluación de tecnologías apropiadas, a través de la red de más de 100 servicios de maternidad en la Región (Figura 1); entre las más importantes se destacan las realizadas en alta precoz, frecuencia de cesárea y bajo peso al nacer. Como resultado de estas se publicaron 120 artículos científicos, tanto en órganos de la propia Organización como en revistas científicas internacionales, y los resultados apoyaron el desarrollo de criterios normativos a nivel de los países.

Entre las investigaciones en curso o ya realizadas se encuentran las siguientes: en nueve países se realizan estudios algunos ya comentados sobre mortalidad materna; en 1987, con el fin de hacer seguimiento y evaluar el impacto de los programas de sobrevivencia infantil de la iniciativa de prioridades en salud para América Central y Panamá, se inició el estudio de la mortalidad infantil en América Central; en tres

países se evalúa el registro del crecimiento y desarrollo del niño en el hogar, cuyos datos iniciales permiten asegurar que la madre puede ser una efectiva vigilante del crecimiento y desarrollo de sus hijos si se la motiva y capacita en forma adecuada; en siete países de la Región, y de acuerdo a situaciones nacionales, se investigan los factores de riesgo para distintos grupos de población; por lo menos dos Gobiernos y una institución han reorganizado sus servicios en base a los resultados obtenidos de su investigación; en el área de planificación familiar y adolescencia se trabaja en 10 países, incluyéndose encuestas integradas de cobertura de servicios, y las misiones han permitido caracterizar a los grupos más expuestos y reorientar los programas correspondientes hacia ellos; en 16 países de la Región se han evaluado las condiciones de eficiencia de los servicios de atención a la madre y el niño, totalizando 1.052 servicios con distintos niveles de complejidad; el conocimiento de la situación crítica y deficiente de los servicios ha permitido orientar las actividades de cooperación entre los países para mejorar la organización de los mismos; se apoyaron investigaciones sobre participación de la mujer en tres países, resultando evidente la participación de la mujer en la mejoría de los programas y, por último, se apoya el estudio colaborativo latinoamericano de malformaciones congénitas que permitirá a los países contar con registros nacionales y frecuencias de las malformaciones más comunes. En estos 48 estudios, algunos de cuyos resultados se comentan en este informe, participan 21 países. En todos los campos enunciados se promueve la investigación multicéntrica que permite la conformación de redes de centros o grupos colaboradores que se traducen en el mejoramiento a corto plazo de los servicios brindados a la población.

Existen 165 instituciones latinoamericanas que colaboran con HRP/OMS, de las cuales 16 reciben recursos para el desarrollo institucional. De 25 Centros Colaboradores de la OMS en actividades del Programa, cinco se encuentran en la Región y 35 científicos participan en los diversos comités del programa. Las áreas que se apoyan con el HRP/OMS son: desarrollo de nuevos métodos, eficacia y seguridad, infertilidad e investigación psicosocial y de servicios.

Con el fin de mejorar los protocolos de investigación, entre 1986 y 1987 se realizaron en el CLAP seis talleres sobre metodología de la investigación epidemiológica, operacional y clínica, participando 140 profesionales de distintas disciplinas. El impacto esperado es un creciente interés por la investigación de servicios de salud maternoinfantil, mayor apoyo político a la investigación y una mejora cualitativa en los servicios.

Es continua la comunicación e intercambio de datos con los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América y con Westinghouse Health Services que realizan, conjuntamente con los países, encuestas de prevalencia y uso de anticonceptivos, así como de salud reproductiva del adolescente en América Latina. Se contribuye a difundir los informes a fin de apoyar el proceso de actualización del diagnóstico de salud y favorecer la toma de decisiones.

En el período 1985-1988 los fondos para investigación del FNUAP se mantuvieron estables en alrededor de US\$100.000 por año, los de HRP/OMS en alrededor de \$2 millones anuales y los de la OPS en alrededor de \$80.000 anuales.

Las actividades de capacitación apoyadas por el Programa Regional de Salud Maternoinfantil fueron diversas y trascendentes. Estas comprendieron principalmente: formación en administración de programas materno-infantiles, gerencia de proyectos, introducción a la salud pública materno-infantil, crecimiento y desarrollo perinatal y posnatal, adolescencia y salud perinatal. Se contó con la participación activa de instituciones docentes de salud pública de la Región, instituciones nacionales, agencias de cooperación internacional y el ya prestigioso programa docente del CLAP. Se estima que estas actividades involucraron a más de 2.000 profesionales de todos los países, con nivel de participación diferente de acuerdo a los recursos, los cuales, sumados a los capacitados a través de los proyectos de país, llegaron a 12.000 recursos entre 1985 y 1988.

Hasta el presente ha sido difícil controlar la variable referida a las características y conocimientos previos de los participantes. Aun es frecuente que los becarios internacionales no se ajusten exactamente a las condiciones requeridas y que los grupos sean demasiado heterogéneos en su capacidad y conocimientos previos. Aun no se logra que los becarios que se forman laboren en forma continua en las áreas para los que fueron preparados. En 1987, el FNUAP realizó una evaluación externa de las actividades de capacitación en cuatro países (Brasil, Honduras, México y Panamá). Esta puntualizó la falta de planes de desarrollo de recursos humanos, tanto en las instituciones formadoras como en las instituciones empleadoras, e insistió en que la capacitación del personal de servicios se oriente más a habilidades concretas que mejoren la calidad en la entrega de servicios.

Existe un amplio espacio para mejorar sensiblemente las actividades de capacitación y su calidad, tanto a nivel regional como de país. Para lograrlo es necesaria la participación de los Gobiernos y de la OPS para controlar el proceso de selección y su inserción posterior en el sistema de servicios.

Es de reconocerse que las oportunidades de capacitación en salud materno-infantil y planificación familiar, especialmente la realizada con recursos de la OPS y de proyectos financiados por la AID, FNUAP y la Fundación W. K. Kellogg, se convierten en la fuente más importante de recursos para satisfacer las necesidades de desarrollo de recursos humanos. Varios países han expresado su opinión e iniciado esfuerzos conjuntamente con el Programa Materno-infantil para integrar los componentes de la atención, ya sea extendiendo los períodos de capacitación o desarrollando actividades de educación continua.

6. Difundir información y asesoramiento a la comunidad para lograr su participación

En el presente informe se incluyen actividades realizadas con las comunidades científica, política, económica y la sociedad como un todo,

ya que ellas en algún modo y momento participan en el proceso de toma de decisiones acerca de la conducta reproductiva personal, familiar y comunitaria, así como de los servicios necesarios para atender la demanda.

Durante el período 1985-1988 la Organización ha intentado, a través de traducciones oportunas y un programa activo de publicaciones científicas, folletos de difusión y material técnico-científico, tener una presencia constante y creciente en cumplimiento de su obligación de mantener actualizada a la comunidad. En el área de reproducción humana se incrementó el acervo de la biblioteca en más de 2.000 títulos, contribuyendo en esta forma no solo a aumentar la memoria institucional del programa sino poniendo el material microfilmado a disposición de los países. Se fomentó la creación de secciones especializadas sobre reproducción humana y salud materno-infantil en los Centros de Documentación en las Representaciones de la OPS. Se considera que para lograr un mejor conocimiento y difusión de los aspectos técnicos y científicos de los programas se deben hacer esfuerzos para llegar con más regularidad a las instituciones docentes y a los ámbitos legislativos, así como a las instituciones de los sectores educación, agricultura y trabajo, tarea que solo puede lograrse con la cooperación de los países.

En algunos casos donde la participación popular en salud es una realidad concreta, la labor de difusión queda a cargo de las organizaciones de base de la propia comunidad y financiada principalmente por los proyectos de país, el FNUAP y la OPS a través de la infraestructura de salud. La Organización participó en la definición de los mensajes, las estrategias de difusión y la selección de medios. A nivel del Programa de Servicios de Salud, se han desarrollado los aspectos conceptuales de la participación social en los sistemas locales de salud, así como un plan de acción para apoyar a los países. A través de estas actividades el Programa Materno-infantil podrá mejorar su cooperación en este campo.

7. Educación y capacitar a los jóvenes en materias sexuales y de la vida familiar

La demanda de cooperación técnica en el campo de salud del adolescente crece día a día ante la agudización de algunos de los problemas de salud a que este se enfrenta. Esta situación determinó que la 48a Asamblea Mundial de la Salud acordara que se incluyera este tema en las Discusiones Técnicas en 1989 y que a partir de 1991 se ponga en funcionamiento un programa de adolescencia con identidad y recursos propios.

Desde 1985, y con el fin de ir formando una masa crítica de profesionales que puedan conducir el proceso de desarrollo de los programas y servicios a los adolescentes, se realizaron cuatro seminarios que incluyeron como participantes a funcionarios de la propia Organización y a profesionales nacionales responsables de servicios de atención al adolescente en algunos países. En abril de 1988, en Campinas, Brasil, se realizó el último de ellos y en él se conformaron los núcleos de desarrollo nacional que formarán la red del Cono Sur y el Brasil. Se apoyó

en Uruguay la realización de 10 cursos para personal docente del Ministerio de Educación, que permitieron desarrollar un currículo y el material de educación sexual, así como explorar una forma de trabajo intersectorial. La metodología será puesta a disposición de los países.

A pesar de que existen programas de atención del adolescente en Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Panamá y Venezuela, así como en la totalidad de los países del Caribe, estos requieren ser revisados y actualizados, tanto en sus conceptos como en las estrategias y enfoques de abordaje. Por tanto, atendiendo a esta necesidad la Organización ha iniciado un esfuerzo para integrar las actividades que realizan los distintos grupos técnicos. En el área de promoción de la información se destacan dos publicaciones: The Health of Adolescents and Youths in the Americas y La Salud del Adolescente y Joven en las Américas (Publicación Científica 489). En 1988 se han incluido en los programas regionales apoyados por el FNUAP y por la Fundación W. K. Kellogg los recursos necesarios para iniciar el desarrollo en esta área.

El conocimiento que se está adquiriendo a través de las investigaciones ya descritas sobre conductas de los adolescentes permitirá que los programas y sus actividades sean reflejo de las necesidades detectadas. Se han efectuado también algunos avances en diseño de material educativo para adolescentes, que a corto plazo se distribuirá en los países.

8. Intensificar esfuerzos de coordinación de la Organización con las agencias del sistema de las Naciones Unidas y los organismos gubernamentales y no gubernamentales a fin de consagrar el máximo de recursos al apoyo de los programas de salud maternoinfantil y planificación familiar

La Organización y el Programa Maternoinfantil continúan desarrollando su capacidad y diversificando sus estrategias para movilizar recursos nacionales e internacionales.

Se reconoce que los recursos nacionales que se destinan a la atención del grupo maternoinfantil son infinitamente mayores que los que la cooperación técnica y financiera externa pudieran aportar. La cooperación técnica promueve la movilización de la voluntad nacional y sus recursos, catalizando las acciones en el plano operativo.

El Programa Maternoinfantil mantiene un diálogo continuo con los ámbitos académicos en los congresos y actividades precongreso en las áreas de ginecología, obstetricia, pediatría y salud pública. Esto ha permitido lograr no solo su información sino también su participación activa en los programas.

En América Latina y el Caribe se encuentran en operación casi 60 proyectos de salud maternoinfantil y planificación familiar apoyados por diversas fuentes financieras en 31 países de la Región. Se requiere aun un esfuerzo mayor para que estos proyectos aumenten y no substituyan los

esfuerzos nacionales. A través de los recursos que estos proyectos generan se posibilitan actividades de capacitación, supervisión, equipamiento, dotación de medicamentos y otros. En algunos países los proyectos han permitido consolidar el desarrollo de jurisdicciones y áreas de salud en apoyo al proceso de fortalecimiento de servicios locales de salud y de la descentralización.

En el período se trabajó en la movilización de las organizaciones femeninas fuera del sector para que colaboren con el programa maternoinfantil. Hay experiencias de este tipo en Honduras, Paraguay y Perú, considerándose que estas actividades abren nuevas perspectivas de colaboración y que deberían multiplicarse. Las escuelas de salud pública en Argentina, Brasil, México y Perú continuaron colaborando en la capacitación, investigación y preparación de material para el desarrollo de recursos humanos de los programas.

El CLAP ha movilizado recursos nacionales ampliando la red perinatal, que a fines de 1987 contaba con más de 100 núcleos cooperantes con base en servicios de maternidad de 27 países de la Región. A partir de estos se logra realizar tareas específicas en los países en investigación, docencia y desarrollo de servicios de salud, así como la conformación de redes nacionales a partir de los núcleos iniciales.

En cuanto a los fondos extrapresupuestarios, el FNUAP continúa apoyando a la Región en el orden de US\$7 millones anuales destinados al Programa Regional y a proyectos de país (Cuadros 7 y 8). La Fundación W. K. Kellogg apoya con alrededor de \$380.000 anuales para actividades regionales y de apoyo a los 31 proyectos maternoinfantiles de integración docente-asistencial que financia directamente a los países. La Corporación Carnegie y The Pew Charitable Trusts apoyarán con \$500.000 anuales (1988-1990) un proyecto de salud maternoinfantil en la frontera México-Estados Unidos. Asimismo, la Corporación Carnegie aportó \$40.000 para desarrollar, dentro de la iniciativa de Cooperación en Salud del Caribe, un pre-proyecto en salud maternoinfantil entre los países de habla inglesa. Durante el período se han desarrollado otras propuestas que están siendo negociadas y que permitirán sostener, y aun aumentar, el nivel de apoyo con fondos extrapresupuestarios, el desarrollo de los programas nacionales de salud maternoinfantil y la planificación familiar.

El Programa provee cooperación técnica a nivel regional, subregional y de país para la implementación de los proyectos de salud maternoinfantil, apoyados en América Central por la Comunidad Económica Europea y el Gobierno de Italia y ejecutados por el UNICEF, dentro del marco de la iniciativa del Plan de Prioridades en Salud de Centroamérica y Panamá.

En relación a los fondos regulares de la OPS-País, en el bienio 1986-1987 solo nueve de 34 países asignaron recursos al área de crecimiento, desarrollo y reproducción humana después de una activa promoción y respondiendo al mandato de sus Cuerpos Directivos. En el bienio 1988-1989, 26 de 35 países han asignado fondos.

En respuesta al mandato de coordinación de esfuerzos que se le dio a la Secretaría en 1984, se incrementaron las acciones programadas y ejecutadas en forma conjunta entre: unidades del Programa Maternoinfantil, otros programas regionales, unidades de la OMS/Ginebra, agencias del sistema de las Naciones Unidas, agencias de cooperación bilaterales y agencias no gubernamentales. La disposición al trabajo conjunto existente en todas las instituciones mencionadas, participando en todas las etapas desde el inicio de la programación y ejecución, compartiendo recursos técnicos y financieros y unificando los mensajes técnicos; con una abierta y oportuna comunicación entre los profesionales que las representan. Los acuerdos de coordinación que se tomaron hace ya algunos años en el nivel regional se van fortaleciendo y crecen en el trabajo cotidiano a nivel de país, subregión y Región.

IV. RESULTADOS

Es difícil establecer qué cambios en la situación de la salud maternoinfantil pueden imputarse a la cooperación técnica y al quehacer diario del sector salud. Sin embargo, es posible relacionar algunas de las modificaciones observadas con las actividades realizadas, especialmente a nivel de los servicios. Al término de 1987 se pueden ennumerar los siguientes logros:

La mayoría de los países han establecido unidades y programas de salud maternoinfantil con responsabilidad por acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud de mujeres y niños. No obstante que estas unidades no siempre incluyen dentro de su responsabilidad todas las intervenciones que afectan directamente la salud maternoinfantil, se observa una tendencia general a mayor coordinación e integración entre los diferentes ámbitos que las conducen. La normatización, la supervisión, la capacitación y la evaluación de servicios se realizan cada vez en forma más integrada.

La utilización del enfoque de riesgo en la programación, la normatización y la entrega de servicios se ha expandido considerablemente; algunos países están introduciendo criterios de riesgo desde la programación local, varios los utilizan en la referencia de pacientes entre distintos niveles de atención y casi todos aplican dichos criterios en la entrega de servicios a la población a través de normas diseñadas con ese enfoque.

La relación con las agencias del sistema de las Naciones Unidas, de cooperación bilateral y con las fundaciones privadas cada día es mayor y más coordinada, y las iniciativas subregionales han permitido ejercitar y fortalecer los mecanismos de cooperación entre ellas y entre países, tales como el intercambio de recursos humanos, la capacitación conjunta de personal, el compartir material audiovisual y educativo y la impresión conjunta de documentos, material bibliográfico, así como el intercambio de experiencias.

A pesar de la disminución de la mortalidad infantil en la mayor parte de los países y de los aumentos de cobertura en la atención del niño, continúan existiendo dificultades de acceso de la población a las actividades de control del crecimiento del niño, estimándose que solo se alcanzan coberturas del 65%. La vigilancia del desarrollo psicosocial del niño es todavía una de las áreas poco exploradas, ya que no existe consenso en los instrumentos idóneos ni una actitud continua del personal de salud para observar y evaluar el proceso de maduración psicosocial del niño. Hay una acelerada expansión de actividades de prevención y tratamiento normatizado de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. No obstante hay grupos importantes que aun no tienen acceso a estas actividades, lo que exige el esfuerzo sostenido y continuo para abatir las causas de muerte por estas enfermedades y para continuar aumentando las coberturas de vacunación.

Las coberturas de atención prenatal son del orden del 70%, comentándose la falta de oportunidad con que estas se prestan, así como la baja concentración y la aun insuficiente cobertura con vacunación antitetánica a las embarazadas. Las coberturas de parto institucional y personal calificado se estiman en 75%; la atención del puerperio mediato es sumamente baja y la prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres en edad fértil y en unión se estima en alrededor de 54%, siendo necesario en el futuro promover aun más la transición del uso de métodos tradicionales a métodos más eficaces de regulación de la fecundidad y elevar la prevalencia de uso en adolescentes sexualmente activos (10) (Cuadro 9). La aceptación de la planificación familiar como actividad integrada a los programas maternoinfantiles ha abierto mayores posibilidades para la expansión de coberturas y el mejoramiento de los servicios. El uso de la historia clínica perinatal simplificada, como instrumento del sistema de vigilancia de la salud perinatal, está siendo adoptada cada día por más países.

Numerosas investigaciones promovidas por la OPS, los CDC y otras aportan informaciones sobre el comportamiento reproductivo de los adolescentes y jóvenes en varios países de la Región (11). A pesar de que se reconoce la necesidad de acciones sobre bases intersectoriales, la mayoría de los programas aun son puntuales o resultado de acciones realizadas con otros propósitos, resultando frecuentemente en intervenciones aisladas o programas poco efectivos. De ahí la necesidad urgente de revisar en forma integral los aspectos de salud del adolescente que permitan un abordaje principalmente educativo y preventivo de las conductas de riesgo y prepararlo, entre otros aspectos, para el amor, el matrimonio y la familia a fin de no exponerlos a riesgos innecesarios cuando ejercen su sexualidad.

Una evaluación realizada a nivel mundial de los programas de planificación familiar señala que de 21 países de la Región, seis obtuvieron connotación de buenos programas, siete de programas regulares, siete de programas deficientes y uno de programa muy limitado (12).

La evaluación de condiciones de eficiencia de los servicios de atención maternoinfantil de todos los niveles mostró serios problemas de

organización. Entre los rubros analizados (planta física, recursos humanos y materiales, normas y procedimientos, programación y administración, suministros, educación comunitaria y participación comunitaria) los mayores problemas observados se encontraron en las normas y procedimientos y en la programación. De una muestra de 425 servicios evaluados se encontró que el 85% de ellos estaba en las categorías "insatisfactoria" o "en situación crítica", mientras que solo el 15% restante se consideró "aceptable" (13) (Cuadro 10).

Por toda la información anterior se deduce que a pesar de la crisis económica que sufren los países de la Región, estos, en su mayoría, han logrado algunos avances. Pero debe tenerse en cuenta que aun existe mucho espacio para continuar las mejoras observadas, especialmente aquellas que permitan la transformación de los servicios de salud, así como el nivel de educación y participación de la comunidad, que le asegure el acceso a los servicios con equidad, eficiencia y eficacia.

Requiere especial atención en el futuro la extensión de la cobertura y la mejoría de la calidad de los servicios, ya que las cifras de mortalidad materna y sus causas prevenibles son un indicador de acceso a los servicios y su calidad. Lo inaceptable de las tasas conocidas continúa demandando programas y acciones prioritarias para disminuirla en el corto plazo. Se insiste también en la necesidad de utilizar la mortalidad infantil y materna como indicadores sensibles de la situación de salud de los grupos postergados.

V. CONCLUSIONES

Las estrategias de acción formuladas en 1984 y 1985 continúan vigentes a la luz de las actividades realizadas por los países y la Organización en cumplimiento de las recomendaciones del Consejo Directivo en asuntos de población y salud. Sin embargo, al presente cobran importancia la reducción de la mortalidad materna y la atención al adolescente, hechos que demandan la formulación de planes de acción con recursos definidos.

Los planes de acción para la reducción de la mortalidad materna deberán incorporar actividades propias del sector salud y otras intersectoriales y de participación social. En las actividades del sector salud se dará énfasis a conocer la magnitud real del problema y a la organización de servicios de atención prenatal, parto, puerperio y planificación familiar, con especial atención a la mejoría de capacidad de respuesta del primer nivel de referencia.

En relación a la atención del adolescente, los planes de acción enfatizarán los aspectos preventivos tendientes a disminuir o evitar las conductas de riesgo y sus efectos devastadores en el desarrollo biopsicosocial del adolescente y que pone en peligro su maduración e integración a nuestras sociedades en desarrollo. Estos planes deberán ser integrados con la participación de la comunidad, la familia y el propio adolescente, quien deberá ser motivado a aceptar el reto de su compromiso con el futuro.

El compromiso compartido de los sectores salud y educación en el abordaje de la salud materna y del adolescente es fundamental. La educación le permitirá a la mujer mejorar su movilidad social y su integración al desarrollo, posibilitándole la decisión en cuanto a su fecundidad y, en forma muy importante, a aumentar su capacidad en la crianza y cuidado de sus hijos. Al adolescente lo preparará a enfrentarse al reto que la vida le impone y a la convivencia con la mujer en condiciones de igualdad, permitiéndole posteriormente la vida en pareja y la formación de su familia sobre bases más sólidas.

La organización de las actividades de atención maternoinfantil, adolescencia y planificación familiar se dará dentro del marco de desarrollo de la estrategia de fortalecimiento de los sistemas de servicios locales de salud, contribuyendo a su desarrollo y dinamización. En la programación local se tendrá en cuenta, en especial, la identificación de los grupos de riesgo. La normatización será el resultado de una adecuada selección de tecnología y atendiendo a la participación social. La evaluación de las condiciones de eficiencia de los servicios se utilizará como el instrumento diagnóstico de sus características y necesidades de reorientación y reorganización; recibirá especial atención el primer nivel de referencia para que sea capaz de cumplir con las funciones básicas tocoginecológicas y pediátricas, posibilitando la complementariedad de los niveles ambulatorios y la atención integral. Se apoyará la conformación de redes de núcleos de desarrollo que faciliten el intercambio del conocimiento, la mejoría de las investigaciones y la capacitación de recursos humanos encargados de operar el sistema. Se continuará la movilización de recursos nacionales e internacionales que demandará el proceso.

Debe también, en forma prioritaria, darse importancia a la coordinación de la ayuda externa a fin de que esta apoye a los programas nacionales sin dispersión de esfuerzos ni distorsión de objetivos. Debe promoverse también la articulación de las actividades desarrolladas por los organismos no gubernamentales, a los programas nacionales. Solo en la medida en que se sea capaz de unir esfuerzos y recursos en la búsqueda de objetivos comunes se tendrán mejores oportunidades de lograrlos a más corto tiempo, a costos sociales aceptables y que los países puedan aportar.

Se espera que de la discusión de este informe se reiteren los compromisos contraídos colectivamente en años anteriores y, además, resulten nuevas líneas de acción o énfasis que permitan actualizar los programas vigentes y acelerar aun más los avances que, a pesar de la crisis económica, se están obteniendo en la protección y salud de las madres y niños. Esta necesidad cobra mayor importancia cuando se está por iniciar la última década del siglo XX, al final de la cual se deben evaluar los logros obtenidos en el compromiso de dar salud para todos en el año 2000.

Cuadro 1

DATOS BASICOS PARA EL ANALISIS DE LA ECONOMIA EN LAS AMERICAS. 1985

País	Población (en millones)	PNB per cápita US\$	Tasa promedio anual de crecimiento	Promedio anual de inflación (%)	Expectativa de vida al nacer	Deuda externa en millones de US\$	Deuda externa per cápita
Haití	5,9	310	0,7	7,0	54	704	119.3
Bolivia	6,4	470	-0,2	569,1	53	3.972	620.6
Honduras	4,4	720	0,4	5,4	62	2.713	616.5
Nicaragua	3,3	770	-2,1	33,8	59	5.615	1.701.5
Rep. Dominicana	6,4	790	2,9	14,6	64	3.294	514.6
El Salvador	4,8	820	-0,2	11,6	64	1.736	361.6
Paraguay	3,7	860	3,9	15,8	66	1.780	481.0
Jamaica	2,2	940	-0,7	18,3	73	3.795	1.725.0
Perú	18,6	1.010	0,2	98,6	59	13.688	735.9
Ecuador	9,4	1.160	3,5	29,7	66	9.233	982.2
Guatemala	8,0	1.250	1,7	74	60	2.595	324.3
Costa Rica	2,6	1.300	1,4	36,4	74	4.191	1.611.9
Colombia	28,4	1.320	2,9	22,5	65	14.044	494.5
Chile	12,1	1.430	-0,2	19,3	70	20.221	1.671.1
Brasil	135,6	1.650	4,3	147,7	65	106.730	787.4
Uruguay	3,0	2.080	1,4	44,6	72	3.910	1.303.3
México	78,8	1.973	2,7	62,2	67	97.429	1.109.5
Panamá	2,2	2.100	2,5	3,7	72	4.710	2.140.9
Argentina	30,5	2.767	0,2	342,8	70	48.444	1.588.3
Venezuela	17,3	3.080	0,5	9,2	70	3.2079	1.854.2
Trinidad y Tabago	1,2	6.020	2,3	7,6	69	1.087	905.8
Total	380,2	-	-	-	-	380.234	1.000
Canadá	25,4	13.680	2,4	6,3	76		
EUA	239,3	16.690	1,7	5,3	76		

Fuente: World Development Report 1987. Banco Mundial, págs. 202 y 232.

Cuadro 2

ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS) EN PAISES DE LAS AMERICAS
1980-1985, 1985-1990 y 1995-2000

País	1980-1985	1985-1990	1995-2000
AMERICA LATINA			
<u>Area Andina</u>			
Bolivia	50,7	53,1	59,4
Colombia	63,6	64,8	66,9
Ecuador	64,3	65,4	67,7
Perú	58,6	61,4	67,0
Venezuela	69,0	69,7	71,0
<u>Cono Sur</u>			
Argentina	69,7	70,6	72,0
Chile	69,7	70,7	72,0
Paraguay	65,1	66,1	67,8
Uruguay	70,3	71,0	72,1
<u>Brasil</u>	63,4	64,9	67,5
<u>Istmo Centroamericano a)</u>			
Costa Rica	73,0	73,7	74,4
El Salvador	64,8	67,1	71,3
Guatemala	59,0	62,0	67,2
Honduras	59,9	62,6	67,8
Nicaragua	59,8	63,3	68,5
Panamá	71,0	72,1	73,3
<u>México</u>	65,7	67,2	69,6
<u>Caribe Latinoamericano</u>			
Cuba	73,4	74,0	74,7
Haití	52,7	54,7	58,4
Puerto Rico	74,0	74,7	76,1
República Dominicana	62,6	64,6	68,1
CARIBE			
Barbados	72,7	73,5	75,1
Guadalupe	72,4	73,4	74,9
Guyana	68,2	69,8	72,1
Islas de Barlovento b)	69,1	70,4	72,6
Jamaica	73,0	73,6	75,3
Martinica	73,2	74,1	75,5
Otro Caribe c)	70,7	71,8	73,6
Suriname	68,0	69,6	71,9
Trinidad y Tabago	68,7	70,2	72,4
AMERICA DEL NORTE d)			
Canadá	75,7	76,3	76,8
Estados Unidos de América	74,3	75,0	76,3

Fuente: Naciones Unidas. World Population Prospects: Estimates and Projections as Assessed in 1984. ST/ESA/SER.A/98. Nueva York, 1986.

a) Incluye Belice.

b) Dominica, Granada, Santa Lucía, San Vicente y Granadinas.

c) Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Bahamas, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (EUA), Islas Vírgenes (RU), Monserrat y San Cristóbal y Nieves.

d) Incluye Bermuda y San Pedro y Miquelón.

Cuadro 3

MORTALIDAD INFANTIL EN PAISES DE LAS AMERICAS: ESTIMACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS Y DATOS OFICIALES INFORMADOS A LA OPS

País	Estimaciones de las Naciones Unidas ¹			Datos oficiales alrededor de:	
	1980-1985	1985-1990	1995-2000	1980	1985
AMERICA LATINA					
<u>Area Andina</u>					
Bolivia	124	110	74	...	...
Colombia	50	46	39	42,6	...
Ecuador	70	63	52	54,3	40,5
Perú	99	88	66	37,0	33,8
Venezuela	39	36	31	31,7	27,6
<u>Cono Sur</u>					
Argentina	36	32	26	33,2	25,0
Chile	23	20	18	32,7	19,5
Paraguay	45	42	36	63,2	46,0
Uruguay	30	27	23	37,6	29,5
<u>Brasil</u>	71	63	51	81,1	73,7
<u>Istmo Centroamericano a)</u>					
Costa Rica	20	18	16	19,1	19,0
El Salvador	70	59	40	53,0	35,1
Guatemala	70	59	40	81,2	68,5
Honduras	82	69	46	23,0	17,4
Nicaragua	76	62	41	42,9	...
Panamá	26	23	19	21,7	22,8
<u>México</u>	53	47	37	34,5	33,0
<u>Caribe Latinoamericano</u>					
Cuba	17	15	11	19,6	16,5
Haití	128	117	95	...	...
Puerto Rico	17	15	11	18,4	14,9
República Dominicana	75	65	49	29,7	40,6
CARIBE					
Barbados	14	11	9	22,3	17,3
Guadalupe	14	12	9	15,3	15,9
Guyana	36	30	22	33,5	36,2
Islas de Barlovento b)	30	27	20		
Jamaica	21	18	14	25,9	9,2
Martinica	14	13	10	11,1	9,4
Otro Caribe c)	26	23	17		
Suriname	36	30	22	34,8	26,7
Trinidad y Tabago	24	20	15	21,7	12,6
AMERICA DEL NORTE d)					
Canadá	9	8	7	10,4	7,9
Estados Unidos de América	11	10	7	12,6	10,6

1/ Fuente: Naciones Unidas. World Population Prospects: Estimates and Projections as Assessed in 1984. ST/ESA/SER.A/98. Nueva York, 1986.

a) Incluye Belice.

b) Dominica, Granada, Santa Lucía, San Vicente y Granadinas.

c) Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Bahamas, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (EUA), Islas Vírgenes (RU), Monserrat y San Cristóbal y Nieves.

d) Incluye Bermuda y San Pedro y Miquelón.

Cuadro 4

COBERTURA INSTITUCIONAL DE LA ATENCION DEL PARTO Y MORTALIDAD
MATERNA EN ALGUNOS PAISES DE LA REGION DE LAS AMERICAS

País	Año	Porcentaje de partos con atención institucional	Mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos
Antillas Neerlandesas a)	1983	94,8	2,5
Antigua y Barbuda	1984	86,0 b)	-
Argentina	1981	91,4 c)	6,9
Belice	1984	60,0	4,9
Bolivia	1984	20,0 d)	48,0 d)
Canadá	1984	99,0	0,3
Colombia e)	1977-80	54,6	12,6
Costa Rica	1983	92,7	2,6
Cuba	1985	98,8	4,6 f)
Chile	1985	97,7 l)	4,5
Dominica	1983	58,0 g)	5,8 f)
Ecuador	1983	26,9 h)	20,0
El Salvador	1982	50,0 i)	8,5
Estados Unidos de América	1984	99,0	0,8
Guatemala	1983	22,0	12,3
Haití	1983	20,0	23,0 f)
Honduras	1983	24,0	5,0
Jamaica	1982	89,0	3,6
México	1981	64,0 i)	8,7
Nicaragua	1984	40,6	4,7
Panamá	1984	96,0	4,9
Paraguay	1984	22,0	27,5
República Dominicana	1980	64,0	7,2
San Cristóbal y Nieves	1983	98,0	18,3
Santa Lucía	1983	91,6 j)	2,6
Uruguay	1983	97,2	3,9
Venezuela	1984	98,0	5,9 k)

a) Curacao solamente. Los datos de mortalidad son de 1981.

b) Nacimientos en el Hospital Holberton solamente.

c) Nacimientos vivos en instituciones.

d) Esta cifra se basa en una estimación de que 80% a 85% de los partos son atendidos en la comunidad. Los datos de mortalidad son una estimación para 1980-85.

e) Partos y abortos en un año; excluye los embarazos que no informaron el lugar de atención del parto o aborto. (Resultado del Estudio Nacional de Salud.) Los datos de mortalidad son de 1981.

f) Datos de 1984.

g) Partos en hospitales solamente.

h) Partos en las instituciones del Ministerio de Salud Pública.

i) Incluye todos los partos atendidos en instituciones de salud (pública, de seguridad social o privada).

j) Partos en hospitales y centros de salud.

k) Datos de 1983.

l) Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, Anuario de Demografía 1985.

Cuadro 5

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (POR CADA MUJER DE 15-49 AÑOS DE EDAD)
EN PAISES DE LAS AMERICAS, 1980-1985, 1985-1990 y 1995-2000

País	1980-1985	1985-1990	1995-2000
AMERICA LATINA			
<u>Area Andina</u>			
Bolivia	6,25	6,06	5,50
Colombia	3,93	3,58	3,00
Ecuador	5,00	4,65	4,00
Perú	5,00	4,49	3,50
Venezuela	4,10	3,77	3,20
<u>Cono Sur</u>			
Argentina	3,38	3,26	2,74
Chile	2,59	2,50	2,37
Paraguay	4,85	4,48	3,75
Uruguay	2,76	2,61	2,38
<u>Brasil</u>	3,81	3,46	2,91
<u>Istmo Centroamericano</u>			
Costa Rica	3,50	3,26	2,85
El Salvador	5,56	5,10	4,45
Guatemala	6,12	5,77	4,90
Honduras	6,50	5,59	5,00
Nicaragua	5,94	5,50	4,50
Panamá	3,46	3,14	2,65
<u>México</u>	4,61	3,98	3,00
<u>Caribe Latinoamericano</u>			
Cuba	1,97	1,97	2,10
Haití	5,74	5,56	5,15
Puerto Rico	2,54	2,44	2,23
República Dominicana	4,18	3,63	2,81
CARIBE			
Barbados	1,94	2,00	2,08
Guadalupe	2,55	2,24	2,08
Guyana	3,26	2,75	2,19
Islas de Barlovento a)	3,47	2,86	2,24
Jamaica	3,37	2,86	2,24
Martinica	2,14	2,08	2,08
Otras Caribe b)	2,86	2,55	2,24
Suriname	3,59	2,97	2,25
Trinidad y Tabago	2,88	2,68	2,27
AMERICA DEL NORTE			
Canadá	1,71	1,75	1,83
Estados Unidos de América	1,85	1,91	2,09

Fuente: Naciones Unidas. World Population Prospects: Estimates and Projections as Assessed in 1984. ST/ESA/SER.A/98. Nueva York, 1986.

a) Dominica, Granada, Santa Lucía, San Vicente y Granadinas.

b) Anguilla, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Bahamas, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (EUA), Islas Vírgenes (RU), Monserrat y San Cristóbal y Nieves.

Cuadro 6

PORCENTAJE DE LA POBLACION RESIDENTE EN AREAS URBANAS EN
PAISES DE LAS AMERICAS, 1980, 1985, 1990 y 2000

País	1980	1985	1990	2000
AMERICA LATINA				
<u>Area Andina</u>				
Bolivia	44,3	47,8	51,4	58,5
Colombia	64,2	67,4	70,3	75,2
Ecuador	47,3	52,3	56,9	64,9
Perú	64,5	67,4	70,2	75,2
Venezuela	83,7	86,6	88,4	90,9
<u>Cono Sur</u>				
Argentina	82,7	84,6	86,2	88,8
Chile	81,1	83,6	85,6	88,6
Paraguay	41,7	44,4	47,5	54,0
Uruguay	83,8	84,6	85,5	87,3
<u>Brasil</u>	67,5	72,7	76,9	82,7
<u>Istmo Centroamericano a)</u>				
Costa Rica	46,0	49,8	53,6	60,8
El Salvador	39,3	39,1	39,8	43,6
Guatemala	38,5	40,0	42,0	47,5
Honduras	36,1	40,0	44,0	52,0
Nicaragua	53,4	56,6	59,8	65,9
Panamá	50,5	52,4	54,8	60,4
<u>México</u>	66,4	69,6	72,6	77,4
<u>Caribe Latinoamericano</u>				
Cuba	68,1	71,8	74,9	79,9
Haití	24,6	27,2	30,3	37,3
Puerto Rico	67,0	70,7	73,9	78,8
República Dominicana	50,5	55,7	60,4	68,1
CARIBE				
Barbados	40,1	42,2	44,7	51,1
Guadalupe	43,5	45,7	48,5	55,4
Guyana	30,5	32,2	34,6	41,8
Islas de Barlovento b)	00,0	00,0	00,0	00,0
Jamaica	49,8	53,8	57,6	64,2
Martinica	66,4	71,1	74,7	79,3
Otras Caribe c)	47,7	49,9	52,4	58,7
Suriname	44,8	45,7	47,5	54,1
Trinidad y Tabago	56,9	63,9	69,1	75,0
AMERICA DEL NORTE d)				
Canadá	73,9	74,1	74,3	74,9
Estados Unidos de América	75,7	75,9	76,2	76,9
Estados Unidos de América	73,7	73,9	74,1	74,6

Fuente: Naciones Unidas. World Population Prospects: Estimates and Projections as Assessed in 1984. ST/ESA/SER.A/98. Nueva York, 1986.

a) Incluido Belice.

b) Dominica, Granada, Santa Lucía, San Vicente y Granadinas.

c) Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Bahamas, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (EUA), Islas Vírgenes (RU), Monserrat y San Cristóbal y Nieves.

d) Incluye Bermuda y San Pedro y Miquelón.

Cuadro 7

SALUD MATERNOINFANTIL/PLANIFICACION FAMILIAR
 PROYECTOS FINANCIADOS POR EL FNUAP Y EJECUTADOS POR LA OPS
 1982-1987 (en US\$)

	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Anguila	30.619	13.046	1.282	-	7.360	11.800
Antigua	22.118	15.888	13.653	23.147	22.068	16.000
Argentina	-	-	-	-	-	13.700
Belice	-	-	95.305	37.954	23.655	33.940
Bolivia	231.580	394.990	224.332	481.469	388.714	335.000
Brasil	-	136.563	309.634	2.000.316	1.417.913	2.217.290
Islas Vírgenes Brit.	37.061	26.796	17.108	7.925	15.552	26.200
Islas Caimán	-	-	-	-	-	-
Chile	-	-	-	-	-	-
Chile	-	32.937	10.474	11.340	7.533	-
Colombia	389.217	953.164	451.595	303.829	162.061	51.000
Cuba	22.451	55.827	37.191	72.315	63.031	149.000
Dominica	18.033	56.909	78.245	60.515	82.032	69.000
Rep. Dominicana	-	-	73.589	109.408	37.011	80.000
Ecuador	-	-	10.000	338.399	321.954	214.000
El Salvador	7.208	13.542	99.851	24.141	-	-
Granada	-	-	-	33.616	42.955	67.595
Guatemala	145.110	352.417	481.064	257.867	152.972	84.230
Haití	445.514	400.610	549.273	554.233	309.284	90.000
Honduras	368.092	414.574	440.746	380.226	217.448	205.340
Jamaica 020	279.825	86.137	278.028	-	-	-
Jamaica 030	1.200	-	15.280	100.309	77.029	45.000
México	562.718	688.398	1.007.574	897.405	374.696	1.292.000
Montserrat	-	4.800	9.827	12.872	1.208	-
Nicaragua	113.309	429.954	902.766	1.072.095	801.284	782.000
Panamá 010-021	189.918	240.449	196.811	199.292	109.148	70.000
Panamá 020	31.338	32.247	45.319	50.749	49.732	4.000
Paraguay	14.581	185.357	216.844	247.581	113.697	206.000
Perú	223.991	913.708	770.217	151.490	252.832	287.000
Perú (Serv. ORT)	-	-	-	-	14.635	24.000
San Cristóbal	43.775	32.418	24.146	35.448	22.400	29.500
Santa Lucía	73.499	68.340	90.782	79.816	25.515	49.100
San Vicente	77.676	70.232	50.932	24.271	11.385	67.500
Trinidad y Tabago	-	-	-	-	-	-
Islas Turcas y Caicos	-	-	10.872	3.110	6.316	8.700
Uruguay	24.249	21.440	-	64.770	19.208	34.700
Venezuela	-	-	-	5.447	4.495	-
Subtotal	3.343.082	5.640.923	6.523.798	7.674.971	5.229.778	6.563.595
Regional	...	...	493.022	625.394	422.800	528.766
Total global	...	...	7.016.820	8.300.365	5.652.578	7.092.359

Nota: 1982-1986 - Gastos y obligaciones finales.

1987 - Presupuesto.

Cuadro 8

OPS/FNUAP PRESUPUESTO POR ELEMENTO DE GASTO
AMERICA LATINA, 1984-1987 (en US\$)

	Personal	Viaje	Grant/ Cont.	Capaci- tación	Equipa- miento	Misce- láneos	Total
<u>País</u>							
1984	1.424.463	234.199	693.827	1.001.505	3.127.498	300.895	6.782.387
1985	1.186.972	300.637	782.657	1.414.367	3.749.169	470.294	1.904.096
1986	1.105.301	246.842	340.907	1.757.811	1.668.451	243.715	5.363.027
1987	950.669	231.528	438.094	2.732.253	1.845.769	314.409	6.512.722
Total	4.667.405	1.013.206	2.255.485	6.905.936	10.390.887	1.329.313	26.562.232
	17,6%	3,8%	8,5%	26,0%	39,1%	5,0%	
<u>Regional</u>							
1984	329.640	66.000	47.500	10.689	-	39.193	493.022
1985	397.879	97.027	42.385	47.917	8.100	32.086	625.394
1986	192.705	61.100	62.000	70.000	8.550	31.495	422.800
1987	225.364	47.968	22.912	82.550	37.833	112.137	528.764
Total	1.145.588	272.095	174.797	211.156	51.433	214.911	2.069.980
	55,5%	13,1%	8,4%	10,2%	2,5%	10,3%	

Fuente: Informes finales de presupuesto.

Cuadro 9

ALGUNOS RESULTADOS DE ENCUESTAS DEMOGRAFICAS Y DE SALUD
 1984-1986

País	Tasa global de fecundidad	Prevalencia de uso (%)*	Vacunación tetánica madre	Atención prenatal	Parto institucional	Atención puerperio
Brasil	3,1	65	38	74	79	-
Costa Rica	3,6	70	18	90	92	81
Colombia	3,4	63	40	72	70	-
Ecuador	4,3	44	38	69	61	-
El Salvador	4,4	47	48	92	-	-
Honduras	5,3	35	22	83	45	28
Panamá	4,0	58	-	89	83	81
Paraguay	-	45	-	-	-	-
Perú	4,4	46	16	55	-	-
Rep. Dominicana	3,8	50	87	95	90	-
Trinidad y Tabago	3,1	53	-	-	-	-

Fuente: Informes Preliminares, WHS/Países Respectivos. Archivos OPS/HPM

*Mujeres en edad fértil, casadas o en unión

Cuadro 10

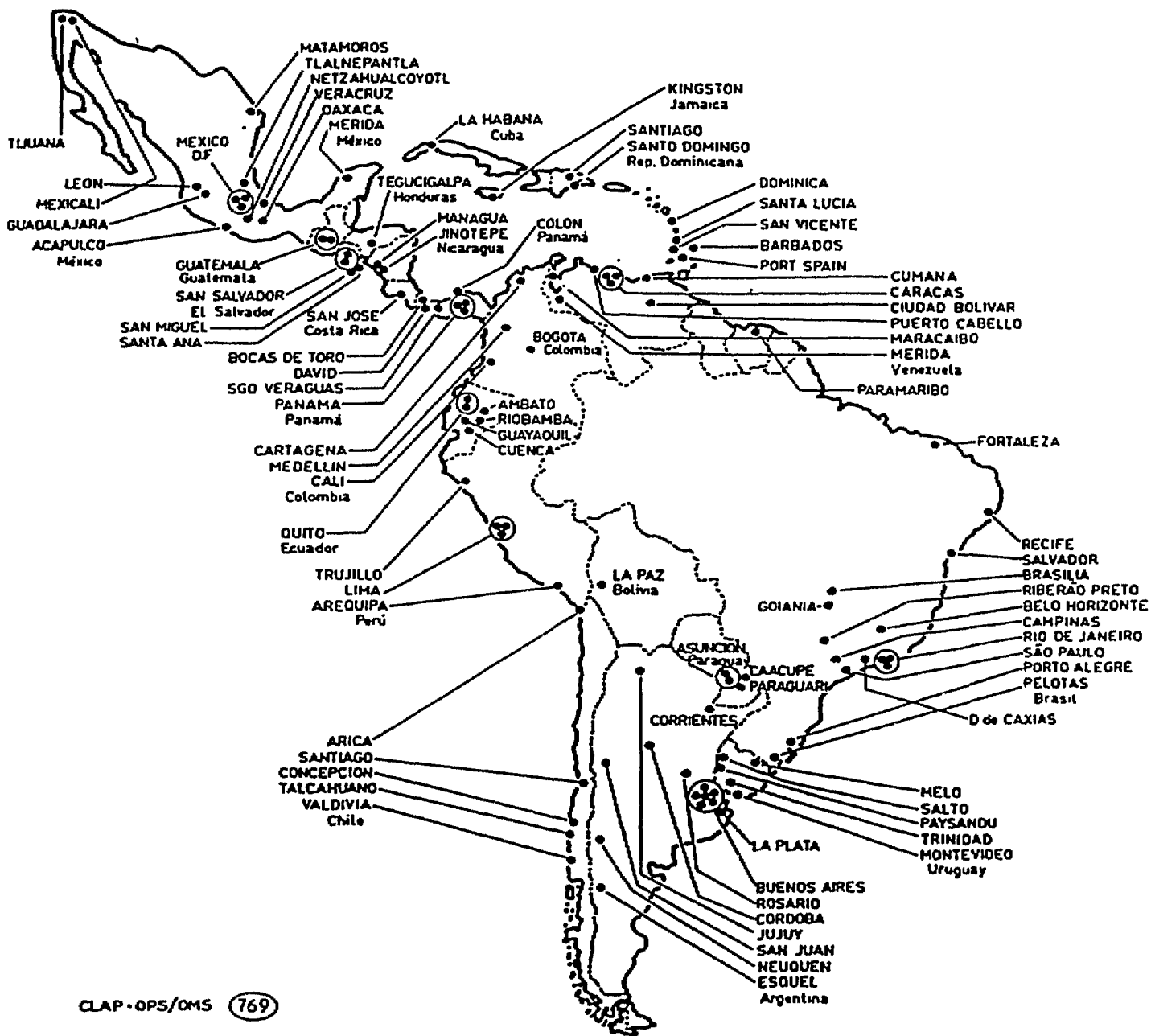
EVALUACION DE CONDICIONES DE EFICIENCIA Y DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS
 DE LOS SERVICIOS SEGUN TIPO Y VALOR GLOBAL OBTENIDO
 PAISES DE AMERICA LATINA, 1985-1987

Tipo	Total de servicios evaluados	Situación crítica		Servicios			
		No.	%	Insatisfactorios		Aceptables	
		No.	%	No.	%	No.	%
Puesto de salud	102	19	19	67	65	16	16
Centro de salud	118	6	5	95	81	17	14
Ambulatorio obstétrico	31	1	3	18	58	12	39
Ambulatorio pediátrico	31	5	16	24	77	2	7
Nonatología	40	5	13	29	72	6	15
Hospitalización obstétrica	51	7	14	40	78	4	8
Hospitalización pediátrica	52	7	13	39	75	6	12
Total	425	50	12	312	73	63	15

Fuente: Programa de Salud Maternoinfantil OPS/OMS, 1987

Figura 1

NUCLEOS NACIONALES DE PERINATOLOGIA VINCULADOS AL CLAP
 CON ACTIVIDADES CONJUNTAS PROGRAMADAS



REFERENCIAS

1. Naciones Unidas. World Population Prospects: Estimates and Projections as Assessed in 1984. Department of International Economic and Social Affairs; ST/ESA/SER. A/98. Nueva York, 1986.
2. United States Department of Commerce. World Population Profile: 1985 WP-85 Bureau of the Census. Washington, D.C., octubre 1986.
3. Giovani, Andrea Coria, Richard Jolly y Frances Steward. Ajuste con Rostro Humano UNICEF. Editorial Siglo XXI, España, 1987.
4. Stars, Ann. Preventing the Tragedy of Maternal Deaths. A Report on the International Safe Motherhood Conference. Co-sponsored by WB/WHO/UNFPA. Nairobi, Kenia, febrero 1987.
5. Organización Panamericana de la Salud. Documentos de Referencia sobre Estudio y Prevención de la Mortalidad Materna. Programas HPM/HST Washington, D.C. 1986 y 1987.
6. United Nations Fund for Population Activities. Population Images Population and Evaluation Division. p. 21. Nueva York, 1986.
7. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia, Nueva York. 1987.
8. Galeano, Eduardo. Memoria del Fuego. III. El Siglo del Viento. Bogotá, Los Gamines. Edit. Siglo XXI. México, 1987. pags. 247-248.
9. Naciones Unidas. Global Population Policy Data Base 1987. Department of International Economic and Social Affairs. ST/ESA.SER. R/71. Nueva York, 1987.
10. Naciones Unidas. World Contraceptive Use Chart. Population Division of the Department of International and Social Affairs. Nueva York, 1987.
11. Morris Leo, Experiencia Sexual y Anticoncepción en Jóvenes en Algunos Países de América Latina. Presentado en XII Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia. Ciudad de Guatemala, Guatemala, 25-30 de octubre de 1987. (Mimeografiado).
12. Population Crisis Committee. World Access to Birth Control: A World Assessment. Population; Briefing Paper No. 19, Washington, D.C., octubre 1987.
13. Organización Panamericana de la Salud: Programa Maternoinfantil. Condiciones de Eficiencia en Países de América Latina, 1985-1987. Taller Regional sobre Evaluación de Servicios de Salud Maternoinfantil. Caraballeda, Venezuela, 24 al 28 de agosto de 1987.

BIBLIOGRAFIA

Institute for Resource Development/Westinghouse. Child Survival Risk and the Road to Health. Demographic Data for Development Project. Washington, D.C., marzo 1987.

Omran, R. Abdel. Fertility and Health; the Latin American Experience. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1985.

Organización Panamericana de la Salud. Documentos Básicos en Reproducción Humana; Programa de Salud Maternoinfantil. Washington, D.C., septiembre 1986.

Organización Panamericana de la Salud. La Salud del Adolescente y del Joven en las Américas. Washington, D.C., 1985. Publicación Científica No. 489.

Organización Panamericana de la Salud; Ministerio de Sanidad y Asistencia; Ministerio de la Familia, Venezuela. Reunión Latinoamericana sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (Mimeografiado) Caracas, Venezuela, 1 al 4 de septiembre de 1987.

Organización Panamericana de la Salud. Principios Básicos de Acción de la Organización Panamericana de la Salud 1987-1990. Washington, D.C., 1987.

Organización Panamericana de la Salud. Programa de Salud Maternoinfantil. Evaluaciones, 1985, 1986 y 1987.

Organización Panamericana de la Salud. Children's Health in the Americas: A Commitment of the People and Their Governments. Washington, D.C., 1984.

Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Publicación Científica No. 500. Washington, D.C., 1986.

Organización Panamericana de la Salud. Programa y Presupuesto, 1988-1991. Documento Oficial 210. Washington, D.C., 1987.

Organización Panamericana de la Salud. The Use and Prevalence of Contraception in Some Countries of the American Region. Washington, D.C., 1985.

Population Council. Better Health through Family Planning. Recommendations of the Conference on Better Health for Women and Children through Family Planning. Co-sponsors: WB/UNICEF/UNDP/UNFPA/WHO. Nairobi, Kenia, 5-9 de octubre 1987.

Banco Mundial. World Development Report, págs. 202-232. Washington, D.C., 1987.

Organización Mundial de la Salud. Adolescent Health Global Medium-Term Programme, 9.2 borrador. Ginebra, Suiza, septiembre 1987.

Organización Mundial de la Salud. Coverage of Maternity Care. A Tabulation of Available Information. División de Salud Familiar, FHE/85.1, págs. 12-16. Ginebra, 1985.

Organización Mundial de la Salud. Studying Maternal Mortality in Developing Countries, Rates and Causes, Guide Book. División de Salud Familiar. WHO/FHE/87.7, 1987.

LAS CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

Reunión Interregional sobre Prevención de la Mortalidad Materna
Ginebra, 11-15 de noviembre de 1985

El Dr. M. F. Fathalla, Presidente de la Reunión, subrayó en su discurso de apertura que las causas de defunciones maternas son complejas y describió, a este respecto, el caso de la Sra. X.

La Sra. X murió en el hospital durante el parto. El médico que la atendía certificó que la muerte se había debido a una hemorragia causada por placenta previa. El especialista consultor de obstetricia dijo que la hemorragia quizá no habría sido mortal si la Sra. X no hubiese padecido una anemia causada por una infección parasitaria y la malnutrición. También fue causa de inquietud el hecho de que la Sra. X solo hubiese recibido 500 ml de sangre entera, y de que falleciera en la mesa de operaciones cuando se le estaba practicando una operación cesárea a cargo de un médico que se estaba adiestrando en la especialidad. El administrador del hospital señaló que la Sra. X había llegado al hospital cuatro horas después de haber empezado la grave hemorragia y que había sufrido varios episodios de hemorragia durante el mes precedente sin que hubiese solicitado atención médica. El sociólogo hizo observar a su vez que la Sra. X tenía 30 años de edad, había tenido siete embarazos anteriores y tenía cinco hijos vivos. Nunca había utilizado anticonceptivos y no había deseado el último embarazo. Además, era pobre, analfabeta y vivía en una zona rural.

¿Por qué murió la Sra. X y cómo se habría podido evitar que muriera? El Dr. Fathalla señaló que había cierto número de puntos en los que se habría podido ayudar a la Sra. X a evitar el camino que llevaba a la muerte. Para identificar esos puntos y planear y aplicar programas eficaces es necesario comprender las diversas clases de causas.

Tomado de la Crónica de la OMS 40(5):195-205, 1986.