



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



42.º CONSEJO DIRECTIVO 52.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., del 25 al 29 de septiembre de 2000

Punto 4.10 del orden del día provisional

CD42/14 (Esp.)
18 de julio 2000
ORIGINAL: INGLÉS

SALUD DE LA NIÑEZ

La salud de la niñez en las Américas representa un desafío importante. Diez años después de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, se han logrado progresos constantes en áreas como el control de enfermedades infecciosas, la cobertura de vacunación, los aspectos nutricionales, la cobertura de atención prenatal y la asistencia al parto por personal capacitado. La salud, en su sentido positivo y de integralidad, es al mismo tiempo un factor determinante y un producto del desarrollo humano y, por consiguiente, del progreso. Es bien sabido que las políticas y estrategias apropiadas pueden ayudar a cambiar la realidad para bien y generar expectativas de desarrollo humano a través del desarrollo de los niños. Esta es la clave del progreso hacia la equidad y el desarrollo global en la Región.

Muchos países se encuentran actualmente en una etapa de transición epidemiológica y demográfica, razón por la cual deben afrontar nuevos retos y los que hasta ahora no se han resuelto, así como la aparición de nuevas enfermedades y retos sociales que repercuten sobre la salud. Al mismo tiempo, deben estar atentos y sentar las bases para que los niños gocen de buena salud a lo largo de la vida. Hay razones humanas, éticas, sociales y económicas para hacer de la salud de la niñez una prioridad para la acción y las inversiones. El nuevo milenio brinda la oportunidad de evaluar la situación, difundir los éxitos y diseñar las estrategias apropiadas para esta fase de transición en la Región.

El presente informe es el producto de una serie de análisis internos en el seno de diversas unidades de la Organización Panamericana de la Salud cuyo cometido es la salud de la niñez, y se somete a la consideración del Consejo Directivo. Reconociendo que, para promover el desarrollo integral del niño, se necesitan tanto un enfoque multidisciplinario como acciones multisectoriales, se concentra hasta donde es posible en el sector de la salud y su contribución al logro de dicho objetivo. El documento empieza con un análisis de la situación actual y traza un marco de referencia para la reorientación de los esfuerzos enderezados a lograr la salud de la niñez (basado en pruebas aportadas por diferentes disciplinas). Se presentan sugerencias para posibles estrategias y líneas de acción, junto con proyecciones de los resultados previstos. Finalmente, se define la función de la OPS, junto con la estimación de los costos involucrados. El Comité Ejecutivo, en su 126.ª sesión, examinó este asunto y preparó un proyecto de resolución para someterlo a la consideración del Consejo Directivo (véase la resolución CE126.R17, anexa).

CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. Introducción	3
2. Región de las Américas: análisis de la situación de salud de la niñez	4
2.1 Situación demográfica	4
2.2 Situación epidemiológica.....	4
2.3 Situación nutricional	6
2.4 Trabajo infantil, salud mental, violencia, abandono y abuso en la niñez	6
2.5 Problemas ambientales	7
2.6 Servicios de salud	8
3. Marco político y conceptual de la salud de la niñez	9
3.1 Convenios internacionales	9
3.2 Pruebas científicas obtenidas y lecciones aprendidas	10
3.3. Marco conceptual: propuesta para el desarrollo integral del niño	13
3.4 Resultados esperados	17
4. Pasos a seguir en la aplicación del concepto de desarrollo integral del niño.....	15
4.1 Principios básicos para la preparación de un plan estratégico de las Américas para el desarrollo integral de la salud del niño	17
4.2 Objetivos estratégicos que se deben considerar en las orientaciones de la OPS y sus Estados Miembros para la salud y el desarrollo integral del niño	18
5. Implicaciones para la ejecución del cambio de paradigma hacia el desarrollo integral del niño	19
5.1 Formación de recursos humanos.....	19
5.2 Avance continuo del conocimiento.....	19
5.3 Planes, programas y servicios	20
5.4 Movilización de recursos	21
6. La función de la Organización Panamericana de la Salud	21
Bibliografía.....	22
Anexo: Resolución CE126.R17	

1. Introducción

La situación sanitaria de los niños de 0-10 años de edad¹ en las Américas ha mejorado en forma sostenida como resultado del desarrollo social, económico, ambiental y de la tecnología, así como el control de enfermedades transmisibles y una mayor cobertura y calidad en los servicios de salud. Sin embargo, hay que enfrentar el reto de los problemas que aún no se resuelven o no se han abordado para poder formar una generación de niños sanos, felices, capaces de contribuir a su propio bienestar y el de la familia, la sociedad y la nación a la que pertenecen.

Una década después de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, es necesario considerar la situación dentro del contexto de las realidades demográfica, epidemiológica, económica, social y política de la Región de las Américas.

Las bases para el desarrollo integral se crean en la preconcepción, la gestación, el nacimiento, la lactancia y el período preescolar y de la escuela primaria. Lo que sucede en estas etapas tiene una repercusión sobre la salud y ambiente del individuo que dura toda la vida. Se sabe que la interacción de los factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales, económicos, culturales y políticos, así como su relación con el ambiente más inmediato, determina la susceptibilidad a las enfermedades y fortalece los factores que protegen contra estas.

Dado el efecto positivo ya demostrado de promover el desarrollo integral a edades tempranas, hay un consenso en el sentido de que la inversión social mejor y más lucrativa es la que se hace en los niños. El sector de la salud, en colaboración con otros sectores, tiene una amplia gama de oportunidades para asumir el liderazgo y ayudar a establecer el orden de prioridades, invirtiendo en un mejor futuro por conducto de los niños sanos.

En el presente informe se analiza la situación sanitaria actual de los niños y los servicios concebidos para atender a este grupo. Se ofrece un marco de referencia basado en la evidencia de diversas disciplinas que puede servir para reorientar los esfuerzos. También se proponen algunas estrategias y líneas de acción necesarias para promover la salud integral y el desarrollo de los niños, y se presentan las proyecciones de los

¹ Según las Naciones Unidas, la niñez se extiende de los 0 a los 18 años, y la adolescencia de los 10 a los 18. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud considera la primera infancia, entre los 0 y 10 años, y la adolescencia, de los 11 a los 20 años. Como la OPS cuenta ya con una política acerca de los adolescentes (documento del Consejo Directivo, CD40/21 [1997]), el presente informe se concentra en los niños de 0 a 10 años de edad.

resultados esperados. Por último, se formulan sugerencias para empezar a redactar un plan regional, se describe la función prevista de la OPS y se estiman los cálculos de los costos involucrados.

Se solicita al Consejo Directivo que examine y discuta el documento y proporcione orientación acerca de la dirección que debe seguir la OPS y las prioridades que debe atender.

2. Región de las Américas: análisis de la situación de salud de la niñez

2.1 *Situación demográfica*

Ha habido una disminución significativa en el crecimiento de la población, aunque en términos generales los niños todavía constituyen la mayoría de la población en muchos países que presentan concentraciones más altas en las áreas o zonas rurales. La migración cada vez mayor de las zonas rurales a las ciudades ha dado lugar a un crecimiento caótico. Como resultado, los niños a menudo tienen poco acceso a los servicios públicos básicos y viven en condiciones caracterizadas por el hacinamiento y la pobreza, expuestos a una gran variedad de riesgos sociales y abuso. Los conflictos armados y los desastres naturales han contribuido a empeorar esta situación precaria. Estas tendencias demográficas están generando grupos familiares nucleares cada vez más pequeños y dispersos, con una reducción consiguiente de las redes de apoyo social.

2.2 *Situación epidemiológica*

2.2.1 *Mortalidad*

Todos los países de la Región han disminuido la tasa de mortalidad infantil, aunque varían los perfiles. A pesar de una disminución significativa en los cuarenta últimos años, persisten muchas brechas e inequidades; por ejemplo, la mortalidad infantil por enfermedades transmisibles es diez veces mayor en América Latina y el Caribe que en Canadá.

Hay datos de que la mortalidad infantil es mayor en las zonas empobrecidas y rurales, pero también se sabe que es hasta 300% mayor cuando las madres son analfabetas. Las defunciones por trastornos perinatales están vinculadas estrechamente con la malnutrición materna y fetal, por ejemplo. Las infecciones neonatales y fetales, la rotura prematura de membranas, la prematuridad, la hipertensión arterial crónica, la distocia, la yatrogenia y la hipoxia fetal neonatal, también son causas destacadas de mortalidad en la niñez. La pobreza influye desproporcionadamente en estos resultados de salud.

Las principales causas de muerte en los niños de 1 a 4 años de edad son las enfermedades transmisibles y los accidentes. Las causas externas y las enfermedades congénitas son relativamente más frecuentes en los países que ya tienen bajos niveles de mortalidad infantil. Las enfermedades transmisibles asociadas con la malnutrición son más prevalentes en los países con mortalidad infantil alta, aunque las causas externas siguen siendo significativas. Los accidentes también constituyen la principal causa de defunción en los niños de 5 a 10 años de edad, con un ascenso brusco en la tendencia.

2.2.2 Morbilidad

La información sobre la morbilidad, basada en los casos identificados en los servicios de salud, refleja sólo una parte de la situación, por diversas razones. No hay proyecciones para la población desatendida. Aunque las cifras muestran la importancia relativa de los accidentes no revelan lo que estos representan en función de servicios, costos y discapacidad para los individuos y las familias. Por ejemplo, por cada muerte peatonal en niños de 1 a 14 años de edad, 16 niños de este grupo de edad han sido tratados en un establecimiento de salud o un centro de urgencias. Los costos de la morbilidad a menudo exceden por amplio margen los costos relacionados con el contacto con el sistema sanitario formal.

De la información disponible, se sabe que las infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades diarreicas agudas son todavía las principales enfermedades que afectan a los niños. La septicemia, la meningitis, la malnutrición y la malaria son causas importantes de morbilidad en algunos países (pues en conjunto representan entre 50% y 95% de las consultas y hospitalizaciones). La estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), aplicada en 19 países de la Región, ha sido un factor destacado en la disminución de la mayoría de los indicadores de las enfermedades transmisibles.

Las inmunizaciones han salvado muchas vidas en la primera infancia. De 1977 a 1999, la cobertura de vacunación para los niños menores de 1 año aumentó de 25% a más de 80%. En 1971, la Región de las Américas fue la primera en erradicar la viruela; la erradicación de la poliomielitis se produjo en 1991; y la Región está a punto de erradicar el sarampión. La mayoría de los países administran seis vacunas para prevenir enfermedades graves causantes de morbilidad y mortalidad: poliomielitis, tos ferina, tétanos, sarampión, difteria y tuberculosis. Se han logrado adelantos en la introducción de otras vacunas para prevenir la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, así como las infecciones por *Haemophilus influenzae* de tipo b (Hib) y la hepatitis B. La repercusión de las inmunizaciones está aumentando gracias a la incorporación de la vacuna contra Hib y la vacuna antivírica triple (contra sarampión, parotiditis y rubéola) en los programas ordinarios de vacunación de la mayoría de los países de las Américas.

Otras causas emergentes de morbilidad en las Américas están causando problemas. Los casos de SIDA pediátrico representan 1,8% del total acumulado de casos notificados en la Región. Un motivo importante de consulta a nivel de atención primaria es la salud oral. Un 90% de los niños entre las edades de 5 y 14 años tienen caries, y alrededor de 50% sufren gingivitis. Es preocupante la pérdida prematura de la visión y la audición, que a menudo se descubren mediante el tamizaje en las escuelas, pero cuando los resultados del descuido temprano ya han dado lugar a graves problemas para el desarrollo del individuo.

2.3 *Situación nutricional*

Aproximadamente 8% de recién nacidos en la Región presentan bajo peso al nacer, que se asocia estrechamente con mortalidad neonatal o riesgo de retardo del crecimiento y trastornos del desarrollo. Algunos estudios indican que hay una relación entre el bajo peso al nacer y una prevalencia mayor de enfermedades no transmisibles crónicas en la edad adulta. Aunque el retardo en los niños menores de 5 años es difícil de medir, más o menos 20% están afectados, especialmente niños menores de 2 años.

Las estrategias para promover la lactancia materna han aumentado el número de madres que amamantan a sus hijos; actualmente son amamantados 90% de los recién nacidos. Sin embargo, es mucho menor la proporción de las mujeres que amamantan durante los cuatro a seis meses recomendados. La anemia sigue siendo un grave problema en la Región, con una prevalencia que varía entre 20% y 60% en las mujeres embarazadas y los niños menores de 2 años. La carencia de vitamina A es un problema que exige atención urgente en Brasil, República Dominicana, Guatemala, Perú, El Salvador y México. Como 97% de los países tienen sal yodada, los problemas de yodo están relacionados con la sostenibilidad y la vigilancia. Algunos países han empezado a fortificar los productos alimentarios con ácido fólico.

La producción y distribución de alimentos siguen planteando problemas que ensanchan aún más las brechas de equidad y desarrollo en algunos países.

2.4 *Trabajo infantil, salud mental, violencia, abandono y abuso en la niñez*

El ingreso temprano a la fuerza laboral es un problema emergente en la Región, especialmente en las zonas rurales. Se estima que 20 millones de menores de 15 años trabajan, siendo más de la mitad de ellos menores de 10 años de edad. Diez por ciento de estos niños trabajan en el sector formal donde, al menos en teoría, tendrían acceso a servicios. El trabajo de los niños, además de marginar a estos del sistema educativo, profundiza las desigualdades en el desarrollo, y expone al niño a abuso sexual, maltrato, mayor riesgo de accidentes, delincuencia y conductas de riesgo (tabaquismo, drogas,

actividad sexual). Por otra parte, la carencia de oportunidades educativas a esta edad representa una disminución de 20% en los ingresos a lo largo de la vida, por comparación con los niños que reciben más instrucción.

Los estudios realizados ponen en evidencia cuadros de depresión, pasividad, trastornos del sueño y de la alimentación entre los niños. Si bien es escasa la información recabada sistemáticamente sobre el abandono y el maltrato infantil, muchos países están comenzando a demostrar preocupación por el creciente número de niños excluidos del sistema escolar o que no cuentan con una red de apoyo directo, los llamados “niños de la calle”. Aunque la cantidad es difícil de determinar, se sabe que están sometidos a muchos riesgos de tipo físico, psicosocial y ambiental que afectan a su crecimiento y desarrollo.

La violencia, tanto intrafamiliar como social, y otros problemas de salud pública, como el tabaquismo y la drogadicción, continúan en aumento en algunas poblaciones, con un impacto no solo en la salud de los niños afectados sino también en su descendencia, pues está comprobado que los niños maltratados repiten el ciclo. Se está comenzando a reconocer al abuso sexual como un problema de salud pública; la proporción de niñas afectadas por el abuso aumenta a partir de los 5 años de edad. A diario los niños entran en contacto con la pornografía, lo cual ha aumentado con la globalización de las comunicaciones. El temor a contraer el SIDA ha estimulado e incrementado la demanda sexual por niños y niñas.

Los niños con discapacidades son a menudo privados no solo de servicios, sino también de sus derechos. Aunque los datos son escasos, continúan los informes anecdóticos sobre el aislamiento y el abandono de niños a los que no se considera “normales”.

2.5 *Problemas ambientales*

Existen riesgos ambientales tradicionales para la salud en relación con la pobreza y el subdesarrollo, como la falta de servicios de agua potable y de eliminación de excretas, la contaminación del aire en lugares cerrados, y la contaminación de los alimentos. La vida moderna trae aparejados otros riesgos como la acumulación de residuos sólidos peligrosos, la contaminación del aire por emisiones tóxicas de industrias y vehículos; la contaminación de recursos hídricos por desechos industriales; el uso indebido de sustancias químicas o radiactivas vinculadas a nuevas tecnologías; accidentes de tránsito, cambios climáticos y atmosféricos, como la disminución de la capa de ozono y el efecto invernadero. Todos estos factores afectan a la salud de la población general, pero sus repercusiones son más intensas en los grupos más vulnerables, en especial, los niños pequeños.

2.6 Servicios de salud

La mayoría de los países de la Región se encuentran en el proceso de reforma y de descentralización política y administrativa del sector salud, y experimentan conflictos paradigmáticos entre la atención curativa tradicional, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Salvo pocas excepciones, los servicios de salud responden a la demanda espontánea generada por la morbilidad prestando atención eminentemente individualista, biomédica, curativa y despersonalizada. Las actividades de tipo preventivo en la niñez giran en torno básicamente a la vacunación y siguen siendo escasos los elementos programáticos de promoción de la salud y detección temprana de problemas durante el crecimiento y el desarrollo. Algunos sistemas separan las actividades de promoción de la salud de las actividades curativas y preventivas, lo que genera el desaprovechamiento de oportunidades.

La capacidad de respuesta del nivel de atención primaria de salud es relativamente baja. Existen varios estudios que revelan que la falta de confianza en el sistema o la calidad de los servicios reduce la utilización de los mismos. Sistemas deficientes de referencia y contrarreferencia agregan dificultades para una atención continua, lo cual se refleja en redes de servicio desarticuladas y acceso difícil a los niveles de mayor complejidad, en especial para los sectores de la población con menos recursos.

La incorporación de estrategias de vacunación y la AIEPI han fortalecido los servicios sanitarios en aspectos de información epidemiológica, planificación y evaluación. Por otra parte, han destacado la función de los niños como consumidores de los servicios de salud y la necesidad de prestarles asistencia en los servicios de salud. Las madres concurren con sus hijos frecuentemente a los servicios de salud durante el primer año de vida para control de vacunaciones y del crecimiento y desarrollo. Sin embargo, después del primer año de vida, el contacto de los niños con el sistema de salud es solo ocasional y está motivado por episodios de morbilidad aguda. En el período crítico para el desarrollo del niño, entre 1 y 5 años de edad, los sistemas de salud no ofrecen ninguna atención programada.

En resumen, la situación de la salud de la niñez en la Región es crítica. Los procesos de transición contribuyen a mantener brechas considerables en la morbilidad y mortalidad entre los países y dentro de estos, y surgen problemas nuevos asociados con el desarrollo socioeconómico que repercuten en los entornos físico y psicosocial. En el proceso de reforma sanitaria, los sistemas de salud se han centrado en aspectos financieros y resta aún mucho por hacer en cuanto a la organización y el funcionamiento de los servicios y su función en la promoción de la salud y el bienestar de los niños. Los datos indican la necesidad de reorientar los servicios de salud a actividades más integradas destinadas al niño y a su familia, acompañándolos a lo largo del ciclo de vida.

3. Marco político y conceptual de la salud de la niñez

3.1 *Convenios internacionales*

La salud de la niñez en las Américas representa un desafío importante, no solo por las tasas de morbilidad y mortalidad actuales, sino también porque promueve el desarrollo humano de los niños y porque es un elemento clave para avanzar en el logro de la equidad y el desarrollo de la Región en un sentido general. Sin duda, es necesario continuar la lucha contra las enfermedades mediante la prevención y el tratamiento; sin embargo, también es necesario incorporar como parte del sector sanitario las estrategias que promueven la salud y el desarrollo del niño.

La Cumbre Mundial en favor de la Infancia, celebrada en 1990, marcó un hito en los esfuerzos para mejorar la salud y las condiciones de vida de los niños del mundo. Los compromisos establecidos en la Cumbre se relacionan con la salud, la nutrición y la educación en la infancia, así como el medio ambiente. En la Región de las Américas, estas metas se han reiterado y ampliado en la formulación del Plan de Acción Regional y en las reuniones interministeriales de seguimiento celebradas en México (Declaración de Tlatelolco, 1992), Colombia (Compromiso de Nariño, 1994), Chile (Acuerdo de Santiago, 1996) y Perú (Acuerdo de Lima, 1998). Además, los gobiernos de la Región han manifestado su compromiso de llevar a la práctica los convenios celebrados en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, en Viena (1993), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en El Cairo (1994), la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social, en Copenhague (1995) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing (1995).

La mayoría de los países de la Región ha ratificado la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, la cual constituye el marco ético y jurídico para la ejecución de políticas públicas sobre niños y adolescentes. También han instado a la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer, un aspecto que influye en gran medida en la salud de los niños. Por otra parte, los convenios sobre la promoción de la salud (Ottawa, 1986; Yakarta, 1997) establecieron pautas claras y viables para enfrentar las complejidades del proceso de lograr la salud para todos.

La OPS ha apoyado todas estas declaraciones y, en noviembre de 1999, recalcó la importancia de intensificar los esfuerzos en materia de salud infantil mediante el lanzamiento de la iniciativa “Niños Sanos: Objetivo 2002”, la cual apoya una campaña para evitar otras 100.000 defunciones de niños para 2002.

3.2 Pruebas científicas obtenidas y lecciones aprendidas

Cada etapa del ciclo de vida del niño, desde la preconcepción hasta la preadolescencia, pasando por la gestación, la lactancia y los períodos preescolar y escolar, contribuye al desarrollo óptimo. Las etapas son parte de un proceso continuo, donde las omisiones o los daños en una etapa previa repercuten negativamente en la capacidad para avanzar a etapas posteriores y, por el contrario, los logros permiten más y mejor desarrollo.

Los embarazos complicados por problemas de salud materna tienden a asociarse con morbilidad del recién nacido y mortalidad en etapas posteriores de la niñez. Estudios recientes muestran una correlación sorprendente entre las condiciones intrauterinas y la propensión a diferentes enfermedades a lo largo de la vida. El peso al nacer como reflejo de las condiciones maternas durante el embarazo se ha utilizado para demostrar la asociación con alergias, diabetes, hipertensión, nivel alto de colesterol, problemas en el funcionamiento cerebral, hepático y renal, y susceptibilidad al cáncer de mama y la obesidad. A pesar de que muchos de estos efectos se relacionan con eventos intrauterinos, no se manifiestan sino en la mitad del ciclo de vida.

El desarrollo del sistema nervioso central no solo en el período prenatal sino también en los primeros años de vida se ha vinculado con la nutrición, los cuidados, los vínculos emocionales y los estímulos ambientales. Por el contrario, las experiencias negativas, incluidos el descuido severo, la falta de estímulos o los estímulos inapropiados, tienen efectos irreversibles que impiden el desarrollo óptimo. Las neurociencias han confirmado que este desarrollo temprano es un factor determinante de resultados posteriores relacionados con la salud, como el desarrollo cognoscitivo y social y la capacidad para tolerar el estrés.

Un estudio de tres generaciones realizado en el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) demostró la eficacia de los suplementos calóricos y proteínicos en mujeres embarazadas. El peso de sus hijos fue mayor al nacer y padecieron menos infecciones que otros. El resultado excepcional fue que, sin otras intervenciones, la segunda generación, es decir, los nietos de la mujer que consumió suplementos, tuvieron las mismas ventajas. Además, se ha demostrado que las intervenciones en este punto de la niñez tienen un efecto potenciador si se combinan, como se hizo, por ejemplo, en el trabajo de McGregor en Jamaica, quien combinó estrategias para la nutrición y la estimulación que produjeron más beneficios que cualquiera de las estrategias en forma aislada.

Los estudios del desarrollo han revelado que la formación de actitudes se inicia en los primeros años de vida de la persona. Mucho tiempo antes de alcanzar la edad escolar,

los niños aprenden sobre relaciones y forman actitudes con respecto al comportamiento y el modo de vida. Los datos demuestran que los patrones del comportamiento, que ya han finalizado sus principales fases de desarrollo al alcanzar los 7 años de edad, son influidos en gran medida por las actitudes y el comportamiento de los padres, especialmente el padre, la madre o la persona encargada del cuidado con quien el niño comparte la mayor parte del tiempo (el cuadro 1 ofrece ejemplos de algunos factores psicosociales identificados en la bibliografía como contribuyentes directos a la salud y el bienestar de los niños y para los cuales es posible desarrollar estrategias).

Cuadro 1: Factores psicosociales que contribuyen a mejorar la salud y el bienestar de los niños

Nivel	Factores psicosociales	
	Factor de riesgo	Factor protector
Individual	Hostilidad, desesperación, alexitimia, baja autoestima, autosuficiencia baja	Resiliencia, autoestima alta, autosuficiencia, mecanismos de adaptación
Familiar	Divorcio, red de apoyo limitada, disfunción familiar, violencia	Resiliencia, comunicación, sentido del humor
Comunitario	Alteración de patrones culturales y falta de antecedentes comunes en asentamientos periurbanos Falta de cohesión social	Redes de apoyo social Comunidad organizada Resiliencia, empoderamiento (nivel de participación)

Los programas de administración de suplementos alimentarios a edad temprana y en la fase escolar han repercutido de manera positiva en incrementos de la talla y el peso, la adquisición de aptitudes verbales y matemáticas y la disminución de la anemia. Datos sobre educación han demostrado que la participación de los padres en la escuela es importante en los logros del niño. La extensión lógica incluiría la participación de la persona que cuida al niño en las actividades del sector de la salud. En realidad, las estrategias de AIEPI se han ampliado para incorporar la preparación de los padres y las comunidades con respecto a la iniciativa. En Inglaterra, la cantidad de energía disponible mediante incrementos en las dietas de la población se ha relacionado directamente con el crecimiento económico.

Las investigaciones recientes muestran una relación directa entre el estado de salud y bienestar de una mujer o un hombre adulto y su capacidad de enfrentar problemas,

su resiliencia, autoestima, confianza, respeto y autosuficiencia. Existen datos contundentes sobre la adquisición de estas aptitudes en los primeros años de vida. Un ejemplo muy citado es el *Perry Preschool Project* de los Estados Unidos. Se trata de un experimento longitudinal con más de 30 años de experiencia que estudia los efectos de la educación preescolar y aborda las necesidades de salud, educativas y sociales del niño. Los resultados destacan los beneficios psicosociales y económicos de la intervención temprana. Los participantes en el estudio demostraron en la edad adulta comportamientos académicos y sociales más adecuados, la obtención de mejores trabajos y mayores ingresos. En términos económicos, se demostró que la inversión retribuiría siete veces su valor en ahorros de servicios de asistencia social, educación especial y justicia. En esta Región, el Brasil, basándose en la proyección de los costos del programa para el gobierno, concluyó que los programas preescolares integrados constituyen una sólida inversión económica.

Datos provenientes de México demuestran que la intervención temprana e intensiva con individuos y familias de niños con diagnóstico de trastornos del desarrollo puede recuperar las capacidades funcionales en muchas áreas en el transcurso de varios años. También hay pruebas de que incluso las intervenciones a corto plazo al principio de la edad escolar reducen el comportamiento antisocial entre adolescentes y adultos jóvenes, la depresión y, en consecuencia, los costos personales y para el sistema.

Las experiencias en la mayoría de los países que tratan de poner en práctica programas importados han destacado reiteradamente que deben tenerse en cuenta las características individuales de cada niño y su familia, de la comunidad y del entorno físico y psicosocial para que ocurran modificaciones verdaderas. Se ha demostrado reiteradamente que la formulación de un marco común de referencia y pautas para programas de calidad, con flexibilidad suficiente para someterlos a adaptaciones locales y regionales, es la intervención más eficaz.

En vista de que el desarrollo del niño en la primera infancia es uno de los indicadores más sensibles no solo a las diferencias de ingresos (hasta el punto de satisfacer necesidades básicas), sino también al grado de desigualdades presentes en el entorno particular, el factor de equidad es sumamente importante. En este sentido, se debate actualmente sobre la conveniencia de dirigirse a grupos específicos con mayor riesgo de enfermedad como consecuencia de su predisposición biológica, estado socioeconómico o características étnicas, culturales y geográficas. Esta focalización ha sido satisfactoria especialmente cuando se trata de abordar problemas de salud basándose en información epidemiológica; además, ha contribuido a identificar y corregir

inequidades en la prestación de servicios. No obstante, si no se diseña adecuadamente, puede producir una separación de los servicios en compartimentos estancos que centran su atención en la enfermedad más que en la salud.

La investigación y la experiencia indican que las intervenciones de base comunitaria amplia son las más adecuadas en la mayoría de los casos, acompañadas cuando es necesario por el respaldo específico para las familias o individuos con mayor riesgo. Un hallazgo interesante para la formulación de programas ha sido la eficacia del elemento de visita domiciliaria en diferentes proyectos. Parece proporcionar un enfoque más realista a los cambios necesarios y contribuye a crear una relación de confianza mutua entre el personal sanitario y los padres o los prestadores de asistencia.

Según los datos disponibles, la niñez es una oportunidad única e insustituible de adquirir las herramientas necesarias para alcanzar el potencial máximo y lograr el estado de salud óptimo durante el ciclo de vida de las personas. La reducción de la pobreza y las desigualdades en la Región significa que el desarrollo integral del niño se debe convertir en una prioridad para las políticas públicas y privadas. Hay razones válidas a nivel moral, técnico, social y económico para dar prioridad a la salud y el bienestar de los niños. Existe la teoría y las pruebas científicas para proceder. Es el momento de tomar las decisiones sociales y políticas que rompan los ciclos de enfermedad e inequidad, y de adoptar un paradigma nuevo que destaque la importancia de la primera infancia para el desarrollo integral del niño.

3.3 *Marco conceptual: propuesta para el desarrollo integral del niño*

A lo largo de los años, la OPS ha promovido estrategias que han producido mejoras en la salud y el bienestar de los niños. La aparición de nuevos problemas y situaciones, así como el reconocimiento de la complejidad y de la variedad de los factores determinantes de la salud, indican la necesidad de realizar cambios. El examen de los nuevos conocimientos, los logros y los fracasos de estrategias anteriores, así como las mayores expectativas para el bienestar de los niños de la Región, han demostrado que es el momento oportuno de que la salud de los niños sea una prioridad para las inversiones.

La OPS propone avanzar con un modelo de desarrollo integral del niño (DIN), que tiene a la salud como elemento fundamental. El concepto de DIN se entiende como un proceso que abarca el ejercicio de los derechos del ciudadano para lograr la calidad de vida más alta posible y la realización humana completa durante este momento específico del ciclo de vida. Esto significa vincular los modelos actuales de enfoque de riesgo y enfermedad con estrategias para la promoción de la salud y el desarrollo, a fin de llegar al nuevo paradigma biopsicosocial. Es esencial, entonces, adoptar un enfoque multidisciplinario y crear una cultura de la salud en la población con miras a que la salud

se convierta en un valor y en un patrón, y se la considere como un proceso evolutivo y participativo positivo. El sector de la salud puede liderar este proceso, colaborando con otros sectores e instituciones como parte de un esfuerzo sinérgico, y considerando al desarrollo del niño y la familia permanentemente como parte de la agenda política pública.

El modelo propuesto incluye una estrategia con múltiples puntos de entrada y refuerzo. Los programas y los servicios que abordan solo un nivel, independientemente de que se trate del nivel individual, familiar, comunitario o de la población, no producirán los cambios necesarios. Cada punto de entrada debe considerarse según su especificidad a fin de lograr el DIN.

A nivel individual, el modelo implica la integración de los aspectos biopsicosociales, y la programación conjunta de la promoción, la prevención y la prestación de servicios curativos. Para la familia², significa conocer la importancia de un entorno sin riesgos y propicio para el desarrollo sano. Los factores ambientales incluirían los elementos físicos y psicosociales culturalmente apropiados que, al interactuar entre sí, ejercen un efecto positivo sobre la salud y el bienestar.

La familia representa el grupo más poderoso para el desarrollo social y emocional del niño. Muchos estudios han subrayado que la relación y la interacción de un niño con los padres o las personas que lo cuidan en los primeros años de vida tienen un impacto decisivo en su desarrollo como ser humano, así como en su capacidad de aprender, de regular y controlar sus emociones, y en sus comportamientos y riesgos a contraer enfermedades. En la actualidad, muchas familias están bajo estrés debido a serias desigualdades, competencia, individualismo, migraciones, situaciones monoparentales, sistemas inadecuados de apoyo social y falta de cohesión social. Una condición esencial para promover el desarrollo del niño es crear actividades que fortalezcan a la familia. También hay datos que apuntan a la necesidad de apoyar y estimular con las personas a cargo del cuidado del niño o los abuelos la inclusión de grupos de pares en el crecimiento de los niños, así como reconocer diferentes formas de "familia" y el aumento del número de grupos de referencia inmediata a medida que los niños crecen.

Se reconoce que la comunidad ejerce una función importante para asignarle valor a la salud y velar por que esta ocupe un lugar en la agenda de los asuntos públicos. El carácter sostenible, que es otro elemento importante para lograr resultados en la esfera del

² En este documento, el término "familia" se entiende como el grupo funcional que ofrece el respaldo básico a nivel económico, emocional, social y físico y del entorno. En muchos países de la Región, estas funciones son llevadas a cabo por personas que no se ajustan a la definición estructural estricta de familia, es decir, madre, padre, hijo.

DIN, es el resultado del sentido de propiedad de los programas por parte de la comunidad, el cual se logra por medio de la participación. El establecimiento de redes de información en los diferentes sectores y fuentes de apoyo es una función crucial de la comunidad al promover el DIN; a menudo se llevan a cabo actividades paralelas sin el sinergismo necesario, lo cual podría evitarse si dichas redes funcionaran. La comunicación social debe ser una de las estrategias aplicadas para lograr que toda la gente participe en la creación de una cultura de la salud. En el plano de la población, es imprescindible que se estimule la formulación de políticas favorables a los niños y la familia junto con la promoción de la causa con el fin de adoptar un criterio basado en el desarrollo para promover la salud de los niños.

Las actividades deben comenzar en las primeras etapas y continuar a lo largo del ciclo de vida. Se ha introducido el concepto de ecología en el desarrollo como una forma de interacción en la cual el individuo en desarrollo participa activamente, por ejemplo, en el hogar, la escuela y el vecindario. Estos sistemas se relacionan entre sí y son factores determinantes decisivos para el desarrollo integral y el estado de salud del niño a lo largo de toda la vida. Con la participación activa, el niño deja de ser un receptor pasivo de acciones o estímulos para transformarse en un protagonista dinámico en su entorno.

El sector de la salud necesitará sistematizar los puntos múltiples de entrada para las intervenciones a nivel individual, familiar, comunitario y de la población, los cuales se refuerzan entre sí para lograr el bienestar de la niñez. (En el cuadro 2 aparece un ejemplo de las actividades que podrían destacarse en diferentes puntos del ciclo de la niñez.)

3.4 *Resultados esperados*

Si este marco se pone en vigencia en los países de la Región, se prevén cambios en varias áreas. Se mejorarán las bases de conocimientos, habrá una fuerza laboral competente para llevar adelante un enfoque de desarrollo de los niños, independientemente del entorno en que se encuentren, la cual demostrará también una comprensión de la importancia de la familia y de las acciones de la comunidad para reforzar la cultura de la salud. Se habrá iniciado un proceso para la revisión de las políticas que protegen los derechos de los niños y se establecerían servicios a tal efecto. También aumentaría la eficacia como resultado de acciones intersectoriales combinadas, y habría más datos sobre la aplicación de la comunicación social para lograr la participación de la población en actividades que estimulan el desarrollo integral del niño.

Cuadro 2. Ejemplos de intervenciones y resultados

	Preconcepción	Prenatal	Nacimiento	0-3 años	3-6 años	6-10 años
Ejemplos de intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> • Educación en sexualidad saludable. • Educación en familia y desarrollo. • Apoyo y orientación en modos de vida sanos. • Fortalecimiento de la participación 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo y educación en el embarazo con la participación del padre. • Tamizaje prenatal. • Evaluación y vigilancia de aspectos psicosociales como salud mental, violencia, aislamiento, carencia afectiva, abuso de sustancias. • Nutrición materna: educación, suplementos de hierro y ácido fólico. • Preparación para la lactancia materna. • Salud oral; tratamiento de infecciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención en el parto. • Participación del padre. • Tamizaje físico y psicosocial de los recién nacidos. • Respaldo y fomento de la lactancia materna. • Vacunación. • Visitas domiciliarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y monitoreo del crecimiento y el desarrollo integrales. • Vacunación. • Apoyo y educación para los padres o las personas a cargo del niño. • Facilitación y fortalecimiento de las redes de apoyo social. • Derivaciones necesarias a niveles médicos y psicosociales de mayor complejidad. • Interacción con el sistema de guarderías infantiles. • Tamizaje y derivación para problemas bucodentales, de la visión y de la audición. • AIEPI. 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuación del monitoreo del DIN. • Interacción permanente y sinérgica con el sistema de educación preescolar. • Vacunación. • Estudio oportuno de los trastornos del desarrollo. • Derivación, según corresponda. • Fortalecimiento de los factores protectores para los individuos, las familias y las comunidades; factores psicosociales de autoestima, resiliencia, autosuficiencia, etc. • Tamizaje y derivación para problemas bucodentales, de la visión y de la audición. • AIEPI. 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuación del monitoreo del DIN; énfasis en trastornos del aprendizaje, problemas auditivos y de la visión, osteoarticulares y emocionales. • Vacunación. • Derivación necesaria para la solución de los problemas investigados. • Incorporación de temas de promoción de la salud en los planes de estudios y en la política general del sistema educativo (escuelas saludables). • Vigilancia de la salud bucodental. • Fomento de modos de vida sanos.
Ejemplos de Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Concepción planificada, deseada y sana. • Disminución de embarazos no deseados. • Elecciones sanas. • Ejercicio de la ciudadanía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención del tabaquismo, el consumo de alcohol y el uso de drogas. • Embarazo sano. • Embarazo a término. • Mujer sana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recién nacido sanos con peso adecuado. • Entornos seguros y saludables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo físico y psicomotor adecuado (DIN). • La familia es acogida, protegida y respaldada por el sistema de salud. • La familia forma parte de la red social y participa en ella. 	<ul style="list-style-type: none"> • DIN en las mejores condiciones. • Inserción satisfactoria en el sistema escolar. • Atención oportuna de los trastornos identificados en el tamizaje. • Participación de la familia en el desarrollo y la salud del niño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niños en edad escolar con buen rendimiento escolar. • Niños en edad escolar conscientes de la importancia de la salud para la vida futura. • Niños en edad escolar que no han iniciado hábitos nocivos como el tabaquismo o el consumo de alcohol o drogas. • Niños en edad escolar con aptitudes sociales. • Niños sanos.

4. Pasos a seguir en la aplicación del concepto de desarrollo integral del niño

Para poner en práctica este marco, es necesario crear un plan regional de acción que se base en un modelo de integración como el foco para las actividades que estimulan la realización del potencial. Esto requeriría no solo la participación de muchas disciplinas y sectores, sino también el reforzamiento de los mensajes esenciales a través de los puntos múltiples de entrada. En las secciones siguientes se presentan los principios, los objetivos estratégicos y las líneas de acción fundamentales para la formulación de ese plan. Necesitarán reconfirmarse, analizarse, enriquecerse con datos adicionales y elaborarse en mayor profundidad hasta convertirse en una propuesta concreta de la Región por medio de un proceso participativo.

4.1 *Principios básicos para la preparación de un plan estratégico de las Américas para el desarrollo integral de la salud del niño*

- El respeto pleno a los derechos del niño, según se indica en las políticas y las estrategias.
- La consideración de la niñez como un período único de oportunidad para comenzar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el desarrollo saludable durante todo el ciclo de vida.
- La articulación y el desarrollo de sinergia entre el sector de la salud y otros sectores del desarrollo, como los de educación, vivienda, trabajo, agricultura y ganadería, economía y planificación.
- La aplicación interdisciplinaria de los conocimientos de las ciencias de la salud y del comportamiento, así como las ciencias sociales, políticas y económicas.
- La reorientación de los servicios de salud incluye:
 - el fortalecimiento y el aprovechamiento de los logros a través de la prevención de enfermedades y las relaciones establecidas entre la población y los servicios de salud para ampliar e incluir a la promoción de la salud y la prevención de riesgos en todos los contactos con individuos, familias y comunidades;
 - el reconocimiento de la necesidad de adoptar un enfoque individual y colectivo, con énfasis en la familia, de manera uniforme y continua;
 - la extensión de las actividades para la promoción de la salud, a fin de que incluyan la promoción de la salud en el entorno cotidiano del niño y sus

padres, que podría incluir, por ejemplo, visitas al hogar del niño para combinar evaluación ambiental, instrucción a los padres y a la familia y atención individual del niño;

- la adopción de tecnologías apropiadas; por ejemplo, la inclusión de vacunas nuevas en los programas ordinarios de vacunación así como tecnologías para mejorar la prestación de los servicios de salud.
- La utilización de formas múltiples de comunicación social para fortalecer los mensajes dirigidos a los niños, las familias y las comunidades. Deben hacer hincapié en las alianzas con los servicios de salud para crear una cultura de salud para todos, y abogar por el desarrollo de generaciones más sanas en el futuro.

4.2 *Objetivos estratégicos que se deben considerar en las orientaciones de la OPS y sus Estados Miembros para la salud y el desarrollo integral del niño*

4.2.1 En el campo de las inequidades

Contribuir al esfuerzo regional para superar la pobreza, creando condiciones en las familias y las comunidades que permitan interrumpir tempranamente el ciclo de la pobreza. Propiciar la reducción de las inequidades entre los niños, como resultado de su nivel socioeconómico, sexo o grupo étnico, mediante actividades conjuntas de prevención de las enfermedades, promoción de la salud y desarrollo integral. Movilizar recursos de diferentes áreas y sectores para la ejecución de políticas de salud de la niñez.

4.2.2 En relación con la agenda política pública

Incorporar la salud y el desarrollo integral del niño a la agenda política de los países, transformándola en una política de Estado, con fortalecimiento del liderazgo local y el desarrollo de alianzas estratégicas que faciliten la sinergia y la complementariedad. Aprovechar el período propicio que se presentó este año con la celebración de diversas reuniones internacionales en torno a los niños y los jóvenes para estimular la consideración y la formulación de planes, programas y políticas que promuevan el desarrollo integral del niño. Participar en la evaluación de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 2000 y en el diseño de propuestas y metas para el próximo decenio, considerando el nuevo marco conceptual y promocional. Utilizar métodos de comunicación social para realizar abogacía y para crear conciencia entre la población en general.

4.2.3 *En el ámbito de los servicios de salud*

Destacar la cooperación técnica, la reorientación de los servicios de salud y los modelos de atención, el fortalecimiento de actividades multidisciplinarias e intersectoriales, el empoderamiento de familias y comunidades para participar conjuntamente con el sector de la salud en la asignación de prioridades para los problemas y la planificación, la ejecución y la evaluación de las actividades en el ámbito de la salud de la niñez. Elaborar una política de posicionamiento dinámico del sector de la salud con respecto a las poblaciones beneficiarias.

5. Implicaciones para la ejecución del cambio de paradigma hacia el desarrollo integral del niño

La puesta en práctica de un plan regional para la salud infantil, de acuerdo con el marco conceptual propuesto, requiere esfuerzos y acciones innovadoras que permitan un salto cualitativo hacia la salud y el desarrollo integral del niño en un marco de uniformidad, complementariedad y colaboración sinérgica entre las partes que trabajan para mejorar la salud y la calidad de vida de la niñez. Se han destacado varias áreas que desempeñarán una función importante: la formación de recursos humanos; el avance continuo del conocimiento; planes, programas y servicios; y la movilización de recursos.

5.1 *Formación de recursos humanos*

Con el propósito de contar con una fuerza laboral bien capacitada, el personal del sector de la salud debe tener oportunidades para formarse y aproximarse al nuevo paradigma. Como parte del espíritu de participación, los padres y las comunidades deben tener oportunidades también. Como mínimo, esto incluiría: a) la incorporación del enfoque de desarrollo integral del niño en los programas de pregrado y de posgrado para las profesiones de la salud y del sector social; b) programas de educación permanente con diferentes métodos para el aprendizaje, directo y a distancia, para la capacitación en servicio, y c) programas de educación e incentivos para padres, autoridades civiles, organizaciones laborales y otros equipos extrasectoriales.

5.2 *Avance continuo del conocimiento*

Las bases de conocimiento están aumentando; sin embargo, se han identificado algunas áreas en las cuales aún existen brechas. Por otra parte, la ejecución de un modelo nuevo debe vigilarse cuidadosamente para que puedan compartirse las enseñanzas aprendidas. Como parte del fortalecimiento de la información y el programa de investigación para la ejecución del marco, se debe dar prioridad a lo siguiente: a) superar la falta de conocimiento sobre las relaciones integrales entre la salud y el desarrollo y la

intervención temprana, con especial atención al tema de las inequidades y el establecimiento de indicadores del DIN; b) contribuir al enriquecimiento del marco conceptual mediante estudios de casos de los logros significativos provenientes de la ejecución de políticas sociales públicas, por ejemplo, y c) mejorar las bases de datos epidemiológicos y su uso, incluida la información adicional que contribuye al desarrollo de una percepción integral de los niños (aspectos psicosociales, familiares).

5.3 Planes, programas y servicios

El proceso de cambio del paradigma está en marcha en muchas áreas. El componente de planes, programas y servicios debe hacer hincapié en:

- El fortalecimiento del alcance de las intervenciones con la difusión del marco conceptual y el respaldo a los países en la reorientación de los servicios, así como el uso de métodos e intervenciones basados en pruebas científicas y que sean eficaces en función de los costos.
- El acceso de grupos marginados al sistema de servicios, es decir, los discapacitados, los niños con enfermedades crónicas, los grupos desfavorecidos como consecuencia de su nivel socioeconómico, sexo o grupo étnico, y los individuos marginados (niños de la calle, niños reclusos en instituciones, etc.).
- El fortalecimiento de los sistemas de información y la determinación de indicadores que permitan el monitoreo y la evaluación de la salud y el desarrollo integral del niño.
- La promoción y el fortalecimiento de políticas públicas y estrategias educacionales que mejoren el acceso a la educación preescolar y de adultos, con planes de alfabetismo orientados a las mujeres.
- La preparación y la aplicación de modelos para la ejecución y la evaluación de las estrategias propuestas. Por ejemplo, respaldar a Bolivia, Ecuador y Perú en la evaluación de esquemas para el seguro de atención materno-infantil para todos.
- La preparación, el examen y la adaptación de materiales para apoyo técnico (normas técnicas, guías para la acción, instrumentos específicos, etc.).
- El apoyo y la promoción de actividades preventivas con una repercusión comprobable en la salud pública, por ejemplo, nuevas vacunas como las dirigidas contra *Haemophilus influenzae* de tipo B (Hib), hepatitis B y rubéola.

5.4 *Mobilización de recursos*

Los recursos importan y a menudo marcan la diferencia entre los anhelos y la realidad. La Región tiene actualmente uno de los niveles más altos de inversión en desarrollo social en la historia. Para lograr el desarrollo de DIN y los resultados previstos, serán necesarias la inversión y la movilización eficaces de los recursos. Esto incluirá decisiones políticas sobre el número, el tipo y la distribución del personal, los tipos y la programación de los servicios a ser ofrecidos, y la prioridad asignada a las funciones tradicionales del sector de la salud y aquellas que representarán la aplicación del nuevo paradigma. Los estudios han revelado que esto es posible desde el punto de vista económico y teórico. Deben identificarse maneras nuevas de trabajar e incorporar a otros sectores. Estas acciones se pueden catalizar mediante alianzas públicas y privadas, filantropía o proyectos de cooperación. Se debe estimular a las empresas a crear entornos propicios para familias, como el trabajo en horario compartido y los servicios de guardería en el lugar de trabajo. A todos los niveles (padres, zonas locales, comunidades y en los planos nacional e internacional) debe existir un compromiso con la infancia ahora y en el futuro.

6. *La función de la Organización Panamericana de la Salud*

En la OPS, serán necesarios esfuerzos de coordinación entre las diversas unidades con interés en la salud del niño. El carácter transdisciplinario y los ámbitos variados (individuo, familia, comunidad, entornos) que participan en el desarrollo integral y la salud de la niñez hacen que la División de Promoción y Protección de la Salud sea el espacio propicio para servir de punto focal en la coordinación de iniciativas conjuntas, optimizando los recursos y las oportunidades y evitando la duplicación de esfuerzos. También requiere la incorporación de tecnologías de alto impacto, la construcción de alianzas estratégicas, la formación de recursos humanos y la movilización de recursos suficientes para el logro de los objetivos planteados. La realización de este proceso en colaboración con los países exige la presencia de un asesor regional permanente para respaldar a los países en la elaboración de políticas, planes y programas.

El cálculo preliminar de los recursos adicionales necesarios para reforzar la asignación del presupuesto bienal por programas de la OPS, a fin de proporcionar el personal y realizar las actividades necesarias para “arrancar” el plan regional, es de US\$ 1.000.000. Esto permitiría realizar actividades que consoliden, inicien y apoyen la formulación y la ejecución inicial del Plan Regional para la Salud de la Niñez. Una vez consolidada esta primera etapa, se generarán propuestas de proyectos y programas y se presentarán a la comunidad internacional para continuar y ampliar los esfuerzos.

Bibliografía

PAHO. Health in the Americas, 1998.

UNICEF. The State of the World's Children 1998.

Inversión en la infancia. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 1996.

PAHO. Annual Report of the Director, 1995. The Search for Equity. Off. Doc. 277.

The College of Family Physicians of Canada. Report on Child Health. 1999. Our strength for Tomorrow: Valuing our Children.

OPS. Impacto del ambiente sobre la salud infantil, 1999.

World Summit for Children. Interagency Coordinating Committee for the Americas on Maternal and Child Health. Goals for 1995 and indicators for monitoring.

PAHO. Annual Report of the Director. 1996. Off. Doc. 267.

Beryl Levinger. Critical Transition - Human Capacity Development Across the Life Span.

Manfred Max-Neef et al. Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro. 1986.

Early Year Study: Reversing the Real Brain Drain, Final Report 1999. Toronto, Ontario, Canadá.

Working Group on Healthy Child Development. Minister of Public Works, Canada 1999. Investing in Early Child Development: The Health Sector Contribution.

OPS/OMS. Situación de salud de los pueblos indígenas en Chile 1997.

Discussion Paper: Atlantic Health Promotion Research Centre, Dalhousie University, Canada. 1995 - Resiliency Relevance to Health Promotion.

Ministerio de Salud de Chile, Salud y Sociedad. Publicaciones promoción de la salud 1999.

OPS/OMS. La salud del niño en las Américas: Compromiso de los pueblos y sus gobiernos 1984.

IV Reunión Ministerial sobre Infancia y Política Social - Lima Perú 1998. *Acuerdo de Lima*.

WHO - *The World Health Report 1998*.

PAHO. *Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)*, Series HCT/AIEPI-12
Helia Molina.

WHO Contribution to Maternal and Child Health, Rev Med Chile 1998;126:54-60.

CEPAL, Chile, 1996 - *Inversión en la infancia: Evidencias y argumentos para políticas efectivas*.

Margozzini, Paula. *Apoyo social y salud*. Publicación Escuela de Salud Pública, Vol. 1, No. 2, dic. 1999, Chile.

Gotlieb BH. - *Social Networks and Social Support: An Overview of Research, Practice, and Policy Implications*. Health Education Quarterly 1985; 12(1): 5-22.

WHO - *Intersectoral Action for Health. Report of the International Conference*, 1997.

Center for Health Promotion, Toronto. 1998 -*The Role of Health Promotion Within Integrated Health Systems*.

Garbarino, J. Jossey-Bass Inc. Publishers - *Raising Children in a Socially Toxic Environment*. San Francisco, 1995.

Peters, R. y Russell, Dev. *Better Beginning – Better Future Program*. Ontario Ministry of Community and Social Services, 1994.

WHO/FHE/1995. *Child Care Programmes*.

PAHO. *Maternal and Child Health Activities at the Local Level*. Series HCT/AIEPI/4.1. 1998.

National Forum of Health Series, Canada. *Children and Youth. Determinants of Health*. Vol. 1, 1998.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



126.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., 26 al 30 de junio del 2000

CD42/14 (Esp.)
Anexo

RESOLUCIÓN

CE126.R17

SALUD DE LA NIÑEZ

LA 126.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe sobre la salud de la niñez (documento CE126/16), y

Recordando que el Subcomité de Planificación y Programación examinó el informe y estuvo de acuerdo con la dirección propuesta para apoyar la promoción de la salud y el desarrollo integral del niño,

RESUELVE:

Recomendar al Consejo Directivo que adopte una resolución redactada en los siguientes términos:

EL 42.^o CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe sobre la salud de la niñez (documento CD42/___);

Reconociendo la necesidad de elaborar un concepto nuevo, más pleno de la importancia de la salud de la niñez para un mejor futuro, basado en los logros del último decenio y en los nuevos conocimientos y las pruebas científicas aportadas por diversas disciplinas;

Teniendo en cuenta que todavía quedan problemas sin resolver en relación con los derechos de los niños, la equidad en materia de salud, las oportunidades de desarrollo y la solución de los problemas de salud básicos, así como los problemas nuevos que afectan a la salud de la niñez, pero plenamente consciente de la importancia de llevar adelante un programa de salud pública más amplio que incluya los factores determinantes y la comprensión de que se justifica la inversión en la salud de la niñez, y

Reconociendo que este es un momento crucial para el desarrollo de la salud de la niñez debido a la atención mundial que atraerá la evaluación con motivo del décimo aniversario de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, así como la sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas programada para septiembre de 2001, en la cual se establecerá el plan de acción para los niños en el nuevo milenio,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que instituyan procesos nacionales para examinar las políticas y la legislación con miras a comprobar que tengan en cuenta los derechos de los niños, una distribución de los recursos que sea favorable a los niños y las familias, y las contribuciones comunitarias y ambientales a las posibilidades de salud y desarrollo integral del niño;
 - b) a que mantengan el tema de la salud y el desarrollo integral del niño en la lista de los asuntos públicos más importantes, valiéndose para ello, entre otros mecanismos, de los métodos de comunicación social, y a que se unan a las iniciativas y redes nacionales e internacionales que promueven el desarrollo en esta área;
 - c) a que incluyan en el proceso de reforma del sector de la salud las disposiciones necesarias para reorganizar los sistemas y servicios de salud de tal manera que reflejen la necesidad urgente de dar prioridad e invertir en la salud y el desarrollo integral del niño;
 - d) a que contribuyan al mejoramiento de la salud de la niñez estimulando las actividades de investigación, prestando atención especial a lograr la integración a nivel local, y estableciendo los criterios de monitoreo y evaluación.

2. Solicitar al Director:
 - a) que promueva la movilización de los recursos para permitir la inversión adecuada y que propugne en los foros nacionales e internacionales que se dé atención prioritaria a las actividades de salud integral de la niñez;
 - b) que apoye la formulación de un plan regional de acción basado en el marco propuesto, que incluiría aspectos multidisciplinarios y multisectoriales, así como actividades coordinadas con organismos asociados;
 - c) que estimule el establecimiento de una red de partes interesadas para la elaboración, puesta a prueba y evaluación de indicadores que reflejen tanto el proceso como los logros en el monitoreo de los programas de salud de la niñez cuyo foco de interés sea la integración de la promoción de la salud con actividades preventivas y terapéuticas; es decir, los criterios para evaluar la salud, y no solo su ausencia.
 - d) que siga manteniendo el liderazgo de la OPS en las Américas en lo referente a la salud y nutrición de niños y adolescentes como parte de las diversas iniciativas regionales y mundiales, entre ellas el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas para el seguimiento de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia 2001, las Cumbres Iberoamericanas y la Quinta Reunión Ministerial Americana sobre Infancia y Política Social.

(Séptima reunión, el 29 de junio de 2000)