

No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o su educación, o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

### Principio 10

El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.

## ATENCIÓN DE SALUD PARA LAS MADRES Y LOS NIÑOS<sup>1</sup>

*Con base en las conclusiones que arrojó la Conferencia de Alma Ata, realizada en septiembre de 1978, el artículo expone la urgencia de un sistema de salud organizado que se centre en la asistencia de los dos grupos más afectados por las enfermedades, la malnutrición y las infecciones: las madres y los niños.*

### Introducción

En los últimos decenios, la ciencia y la tecnología han hecho avances gigantescos en el campo de la salud, pero los beneficios de esos progresos apenas han trascendido fuera de las comunidades privilegiadas. Socialmente ya no es aceptable que estas pequeñas comunidades dispongan de las tecnologías más costosas de la medicina, mientras la mayoría de la población rural y periurbana del mundo en desarrollo solamente tiene acceso a los cuidados de salud que pueden dispensarle los curanderos tradicionales. Las disparidades en atención de salud se dan tanto entre países como en el interior de ellos, y en muchos casos los servicios prestados a las minorías urbanas privilegiadas representan una proporción desmesuradamente alta de los presupuestos nacionales, en perjuicio de los demás sectores de la población. Los que salen peor librados en esos casos son los dos grupos más vulnerables: las madres y los niños. Aunque

no se tienen datos exactos, puede afirmarse que en 1978 la inmensa mayoría de las madres y los niños del mundo siguieron privados de cualquier tipo de atención de salud organizada.

Acaso sea nuestra generación la primera en toda la historia de la humanidad que tiene los conocimientos y los recursos necesarios para conseguir el mejoramiento de la salud a escala mundial. A pesar de todo, siguen muriendo millones de niños por enfermedades que habrían podido prevenirse y cientos de millones de existencias transcurren ensombrecidas y abrumadas por la mala salud, la malnutrición y las infecciones.

La solución del problema exige un entendimiento completamente nuevo del desarrollo de la atención de salud. Así lo reconocieron en septiembre de 1978 los participantes en la Conferencia de Alma Ata, al proponer a los gobiernos y a toda la comunidad mundial una meta social prioritaria: que todos los pueblos del mundo, antes del año 2000, alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. El camino que conduce a esa meta—declaró la

<sup>1</sup> Trabajo preparado por la División de Salud de la Familia, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1979.

Conferencia—es la atención primaria de salud.

### Atención primaria de salud y asistencia maternoinfantil

En la mayoría de las poblaciones, las mujeres de edad fértil y los niños menores de 15 años representan alrededor de las dos terceras partes del total, y constituyen dos grupos particularmente vulnerables. Esta vulnerabilidad se debe al rápido proceso de crecimiento y desarrollo que experimenta primero el feto en el vientre de la madre y luego el niño en la primera época de la vida, proceso que lleva aparejadas necesidades especiales de orden biológico y psicosocial que exigen atención continua, sobre todo cuando las condiciones ambientales son desfavorables.

La salud de todas las personas está íntimamente vinculada al nivel de desarrollo socioeconómico, pero quienes más padecen las consecuencias de un desarrollo socioeconómico deficiente son las madres y los niños; por eso si no se adoptan ahora medidas radicales, la mayoría de los niños tendrán pocas probabilidades de convertirse en adultos sanos, capaces de acometer las tareas de desarrollo indispensables, y el círculo vicioso de la pobreza y las enfermedades seguirá perpetuándose. Es inminente la necesidad de invertir—dando a esta palabra su sentido más extenso—en los niños de hoy para mejorar el mundo de mañana.

Por eso la asistencia maternoinfantil debe formar parte de la atención primaria de salud en todas las comunidades. Por asistencia maternoinfantil debe entenderse el conjunto de medidas encaminadas a promover la salud de las madres y los niños, a protegerlos contra las enfermedades y a restablecerlos con actividades de tratamiento curativo y rehabilitación siempre que sea necesario. También se integran a esta atención los subsectores de higiene de la maternidad, planificación de la familia, higiene infantil y escolar, asistencia a niños minusválidos, higiene de la adolescencia y actividades de salud del niño en estable-

cimientos especiales (por ejemplo, las guarderías infantiles).

### Contenido de la asistencia maternoinfantil

Las estrategias y las tecnologías de la atención de salud en la mayoría de los países en desarrollo parten de modelos importados que muchas veces no guardan relación con los problemas locales prioritarios ni permiten utilizar los recursos de las comunidades, entre ellos la capacidad de autoasistencia de las familias.

Nadie discute ya que el contenido de la asistencia maternoinfantil debe ser flexible y adaptable a las necesidades, los recursos, las características sociales y las demás condiciones ambientales propias de cada comunidad. Más que como una serie invariable de actividades sistemáticas, se tiende a considerar este tipo de asistencia como el conjunto de todas las actividades orientadas a promover la salud de las madres y los niños, y a prevenir y resolver los problemas que pueden ponerla en peligro, sea por medio de medidas curativas, preventivas o de diagnóstico, sea en centros de salud o en el mismo domicilio familiar, sea a cargo del personal designado por los servicios de atención primaria, o con parteras tradicionales o con especialistas de formación muy avanzada.

Las causas principales de morbilidad y mortalidad en las madres y los niños son la malnutrición, las infecciones y las consecuencias derivadas de la falta de regulación de la fecundidad. Por lo general todos esos factores se dan combinados, y los elementos que con más eficacia permiten contrarrestarlos son los siguientes: la asistencia durante el embarazo, en el parto y después del parto, especialmente en materia de nutrición; la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades prevalentes que atacan a las madres y a los niños; el fomento de la nutrición adecuada para lactantes y niños, incluso en lo que respecta a la promoción de la lactancia materna y el uso de alimentos apropiados de destete;

la vigilancia del crecimiento y el desarrollo durante la niñez; la prevención de las enfermedades infantiles por medio de la inmunización, el saneamiento del medio y la educación; la planificación de la familia, incluso en lo que se refiere a los medios para prevenir y tratar la infertilidad; y la educación para la vida familiar, particularmente en lo que respecta a la higiene de la crianza del niño y a la educación sexual.

Todas estas medidas requieren la continuidad de la asistencia en las etapas cruciales del desarrollo: la gestación, el parto, la lactancia, el destete, la niñez y la adolescencia. Debido a la dificultad que presenta lograr esta continuidad asistencial, y debido a la escasez de recursos, no es materialmente posible hacer extensivas a todas las madres y a todos los niños las actividades de asistencia materno-infantil; por lo tanto, habría que establecer prioridades concordadas, no solo con la situación y con los niveles locales de morbilidad y mortalidad sino también con las preferencias expresadas por cada comunidad.

De la misma manera, las condiciones sociales y económicas determinan el contenido de la asistencia materno-infantil. En zonas cada vez más extensas del mundo, la urbanización, la migración rural, los trastornos políticos, los cambios sobrevenidos en el trabajo femenino y en la condición de la mujer, etc., tienen efectos considerables sobre las necesidades y los problemas de salud de las familias y sobre el funcionamiento mismo de la célula familiar, especialmente en lo que se refiere a la procreación y a la crianza de los hijos. La atención de la salud, la legislación social, y las demás medidas asistenciales tienen que adaptarse a esa evolución de las necesidades y los problemas.

#### Integración de los servicios

Desde el punto de vista estructural y funcional, algunos servicios de asistencia materno-infantil están fragmentados en diversas "clínicas": para asistencia prenatal inicial y

avanzada, para lactantes, para niños de corta edad, para asistencia de puericultura, etc. Con el transcurso de los años, esas prácticas han ido cediendo el paso a los criterios de atención integrada y completa y a principios de equidad en la prestación de los servicios de salud. Se ha llegado así a un replanteamiento del problema y al abandono de la organización convencional de este tipo de servicios; en la actualidad, se considera que *cualquier* contacto de una madre o un niño con el sistema de atención de salud debe tomarse como una oportunidad para abordar los problemas de prevención, tratamiento o rehabilitación que se plantean a cualquier miembro de la familia, situando los problemas y las necesidades de cada individuo en la perspectiva del grupo familiar y de la comunidad.

Hay que admitir, sin embargo, que este criterio de integración sigue sin aplicarse en muchos países, a pesar de las pruebas cada vez más abundantes que existen en cuanto a su eficacia.

#### Cobertura integral

Los imperativos de equidad y justicia social implican una redistribución radical de los recursos que deberán culminar con la cobertura integral de la atención de la salud. Como no puede negarse que los recursos son escasos, hay que buscar nuevos modos de organizar la atención de la salud materno-infantil, a través de la planificación minuciosa de todos los medios disponibles que ayuden a solucionar los problemas prioritarios y a promover la salud. Uno de los métodos más interesantes para el mejor empleo de los recursos en la asistencia materno-infantil es el basado tanto en la detección precoz de los grupos y los individuos expuestos a mayores riesgos, como en la redistribución subsiguiente de los medios de acción disponibles para utilizarlos en la prestación de asistencia esencial a las madres y los niños, dispensando a la vez cuidados más especializados a los que corren riesgos más grandes.

### Protagonista: el pueblo

La salud no es algo que pueda imponerse o darse a la gente, y nunca se conseguirá sin la participación activa de una población informada y motivada.

Es hora ya de reconocer que sin conocimientos apropiados sobre la salud y sin el acceso fácil a una información veraz y útil acerca de los problemas de salud existentes y de la manera de prevenirlos y controlarlos, el común de la gente seguirá siendo mero "receptor" de la atención dispensada por el "personal de salud", en vez de interesarse de verdad y asumir sus responsabilidades en un asunto de tanta importancia.

Los niños mismos, sobre todo los escolares de los medios urbano y rural, pueden contribuir activamente al mejoramiento de la salud de la comunidad. Como elemento de un proceso dinámico de aprendizaje, el niño tiene oportunidad de informarse sobre su propia situación en lo que respecta a la salud y sobre los medios que pueden modificar esa situación en beneficio de él mismo, de su familia y de su comunidad. Las formas de vida se aprenden en la niñez; de ahí la importancia capital de la familia en la difusión de formas de vida saludables.

La salud de una población depende en gran parte de las condiciones de su ambiente y de sus formas de vida, es decir, de factores sobre los que los individuos, las familias y la comunidad pueden ejercer un grado de control considerable, como por ejemplo el consumo de tabaco, la contaminación de todo tipo y los usos irracionales en materia de alimentación. El personal de salud y el de las otras disciplinas relacionadas con la salud tienen un importantísimo papel que desempeñar en la asistencia materno-infantil, para influir con su información y su apoyo en la evolución favorable de las formas de vida de una comunidad.

salud centrado en la familia y en la comunidad, deben cambiar también las funciones tradicionalmente asignadas al personal de salud en la prestación de sus servicios. Conveniría, ante todo, utilizar una mayor variedad de tipos de personal, como por ejemplo promotores del desarrollo de la comunidad, curanderos tradicionales, personal de atención primaria de salud, auxiliares y profesionales de salud y diversas clases de especialistas. Las funciones y las categorías precisas del personal de salud y de disciplinas relacionadas con la salud que haya de intervenir en la asistencia materno-infantil, dependerán de las condiciones locales, de la disponibilidad de recursos humanos (incluso de voluntarios o de parteras tradicionales de la propia comunidad), de la participación comunitaria en las actividades, del contenido y el nivel de las prestaciones y del apoyo que ofrezca el sistema de atención de salud comprendido en los centros regionales de diagnóstico y supervisión.

Esos nuevos criterios deben reflejarse en el adiestramiento del personal. Los programas de adiestramiento en asistencia materno-infantil deben orientarse a la autonomía nacional y a la formación de personal en número suficiente y en todos los niveles necesarios para conseguir la cobertura integral de las prestaciones asistenciales. La enseñanza debe corresponder estrechamente a las funciones que el personal vaya a desempeñar, y debe comprender periodos de instrucción práctica en condiciones realistas y representativas de las prioridades locales de la atención de salud. Asimismo se deberá inculcar a los alumnos actitudes positivas en relación con el trabajo en equipo, teniendo en cuenta especialmente la necesidad de una coordinación interdisciplinaria intersectorial.

### Asistencia materno-infantil y desarrollo intersectorial

El bienestar y el estado de salud de las madres y los niños dependen no solo de la atención básica de salud, sino de la asistencia de

### Nuevas perspectivas para el personal de asistencia materno-infantil

A medida que la asistencia materno-infantil evoluciona hacia un sistema de atención de

viviendas adecuadas, buenas condiciones de saneamiento, sistemas higiénicos de abastecimiento de agua, ingresos familiares (en dinero o en especie) suficientes para atender las necesidades diarias, alimentación con el debido valor nutritivo y servicios públicos asequibles de educación, transporte, etc. Aunque la mayoría de estos requisitos caen en el ámbito de competencia de otros sectores, la promoción de la salud requiere que haya una coordinación y una orientación adecuadas de esos múltiples esfuerzos sectoriales. Hay muchos ejemplos de coordinación verdaderamente eficaz de todos los esfuerzos en beneficio de las madres y los niños, pero hay también demasiados casos de falta total de coordinación entre sectores y aun en el interior de cada sector.

Entre las funciones más importantes de la asistencia maternoinfantil en el ámbito de la coordinación multisectorial están la de desplegar constantes esfuerzos de comunicación con todos los sectores para dar a conocer las necesidades y los requisitos de la salud de las madres y los niños; la de identificar con precisión las actividades de interés para la sa-

tisfacción de esas necesidades; y la de alentar y ayudar al personal de los demás sectores para que las lleven a cabo. Se podría promover desde una legislación adecuada sobre la protección a las madres y a la instalación de guarderías infantiles, hasta la organización de nuevos sistemas de educación escolar para la salud sustentados, no en "cursos" especiales sobre salud, sino en la integración de todas las secciones de los programas educacionales y en enseñanzas eficaces y apropiadas de "instrucción para una vida sana". Es importante asimismo determinar las posibilidades que ofrecen para la atención de salud y para la promoción de la salud las actividades desplegadas en otros sectores. Las escuelas y las guarderías, por ejemplo, pueden ser cauces muy útiles para dispensar la atención de salud.

En Alma Ata, 134 países se han comprometido solemnemente a conseguir la salud para todos en el año 2000. No olvidemos que ese año los niños nacidos en 1979 estarán ya en condiciones de juzgar lo que se haya hecho para cumplir el compromiso contraído en 1978.

## LA LECHE DESCREMADA EN LA ALIMENTACION DEL LACTANTE<sup>1</sup>

Los informes de médicos y nutriólogos de distintos lugares de Estados Unidos de América indican que es frecuente alimentar a lactantes con leche descremada a partir de los cuatro o seis meses de edad. Se cree que esta práctica se basa en el deseo de tratar la obesidad real o imaginaria y de prevenir la obesidad y la aterosclerosis. Por las razones que se expondrán, parece probable que la leche descremada, si bien constituye un alimento

razonable para los niños que han dejado de lactar, no es satisfactorio como alimento para lactantes.

### Objeciones a la alimentación de lactantes con leche descremada

#### *Insuficiencia calórica de la leche descremada*

La leche descremada se vende con o sin la adición de grasas sólidas lácteas con concentraciones calóricas que oscilan de cerca de 33 a 38 kcal/100 ml. En cambio, la concentración calórica de la leche humana, la leche entera de vaca o la mayor parte de las fórmulas para lactantes es de cerca de 67 kcal/100 ml. Cuando se administra leche

<sup>1</sup> Versión condensada del trabajo preparado por los Dres. Samuel J. Fomon, Experto en Nutrición, División de Servicios Clínicos, y Ekhard E. Ziegler, Profesor Adjunto, ambos del Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Iowa, publicado por Bureau of Community Health Services, Health Services Administration Department of Health, Education, and Welfare, Rockville, Maryland 20857, agosto de 1977.

Se publica en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization* Vol 13, No 1, 1979.