

CARACTERÍSTICAS DEL PESO AL NACER¹

La Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez (1) reveló los graves problemas de salud causados por la inmadurez (bajo peso al nacer) y las deficiencias nutricionales en América Latina, principalmente como causas asociadas de defunción. A partir de ese momento, en 1973, la atención se ha concentrado en el estudio de las causas del bajo peso al nacer (inferior a 2 500 g) y cómo prevenirlos (2-5). Además, la información sobre la distribución de los niños nacidos vivos según el peso al nacer y por edad gestacional, y según estas dos variables combinadas ha aumentado nuestros conocimientos acerca de los problemas de salud relacionados con la reproducción y el resultado del embarazo. *Características del peso al nacer* de Ruth Rice Puffer y Carlos V. Serrano, obra que se resume aquí, muestra los contrastes que existen en la distribución de nacidos vivos en 15 países de las Américas, Europa, Asia y Oceanía; señala las formas como se relacionan con la mortalidad infantil, y recomienda las medidas que permitirán alcanzar un progreso futuro y que se pueden introducir en los programas de salud conforme se extienda a todos la atención primaria. También se hacen recomendaciones pertinentes en cuanto a una mayor utilización de los datos relacionados con el peso al nacer para evaluar el éxito de los programas de salud maternoinfantil.

Distribución del peso al nacer

La distribución del peso al nacer entre los niños nacidos vivos en una zona o país tiene una relación definida con la calidad de vida, el crecimiento y desarrollo del recién nacido y la mortalidad infantil. En total, en *Características del peso al nacer* se analizan 22 tipos de

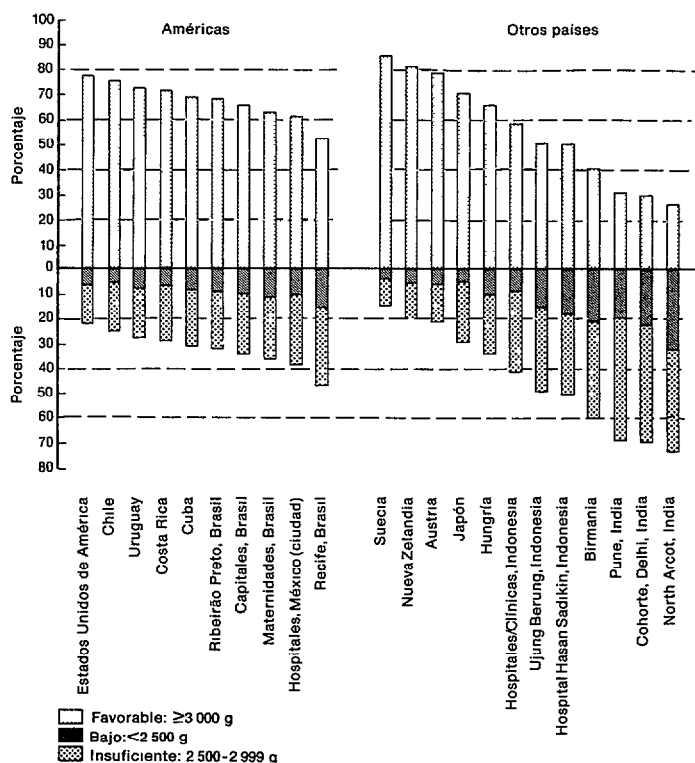
¹ Se presenta una síntesis de *Patterns of Birthweights*, de Ruth Rice Puffer y Carlos V. Serrano, Publicación Científica 504 de la OPS, donde se analizan los datos de 22 estudios sobre las características del peso al nacer en 15 países. Próximamente aparecerá la edición en español. Esta reseña se publica en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization* Vol. 21, No. 2, 1987.

distribución del peso al nacer observados en países y en estudios especiales.² Este análisis reveló que el peso favorable al nacer de 3 000 g o más representaba de 27 a 85% de los nacimientos estudiados (figura 1); el porcentaje más alto se encontró en Suecia y el más bajo, en el estudio de North Arcot, India. En Suecia, los niños con bajo peso al nacer³ (menos de 2 500 g) constituían solo 3,6% de todos los nacidos vivos en partos únicos, y los que tenían peso

² En las Américas: Brasil (cuatro estudios efectuados en Recife, Ribeirão Preto, nueve maternidades y ciudades capitales), Costa Rica, Cuba, Chile, los Estados Unidos de América, México (hospitales de la ciudad de México) y Uruguay. En otras regiones: Austria, Birmania, Hungría, India (tres estudios realizados en Pune, Delhi y North Arcot), Indonesia (tres estudios efectuados en el Hospital Hasan Sadikin, Ujung Berung y hospitales y clínicas), el Japón, Nueva Zelandia y Suecia.

³ La definición de bajo peso al nacer era de 2 500 g o menos hasta que la 29ª Asamblea Mundial de la Salud en 1976 la cambió a 2 500 g. La definición revisada figura en las Definiciones y Recomendaciones de la Novena Revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (6). A causa de este cambio, los parámetros de las unidades de 500 g han cambiado: por ejemplo, la unidad de 2 001 a 2 500 g pasó a ser 2 000 a 2 499 g, etc. Como este cambio es muy reciente, la distribución del bajo peso al nacer por unidades de 500 g difiere en el libro que aquí se reseña.

FIGURA 1. Porcentajes de nacidos vivos con peso bajo, deficiente y favorable, según 22 estudios realizados en distintos países



Fuente: R. R. Puffer y C. V. Serrano, *Patterns of Birthweights*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 1987. Publicación Científica 504.

deficiente al nacer (2 500 a 2 999 g), solo 11,6%. Por el contrario, en Birmania e India solo 27 a 40% de los niños estudiados tuvieron peso favorable al nacer, 38 a 49% tuvieron peso deficiente y 20 a 32%, bajo peso.

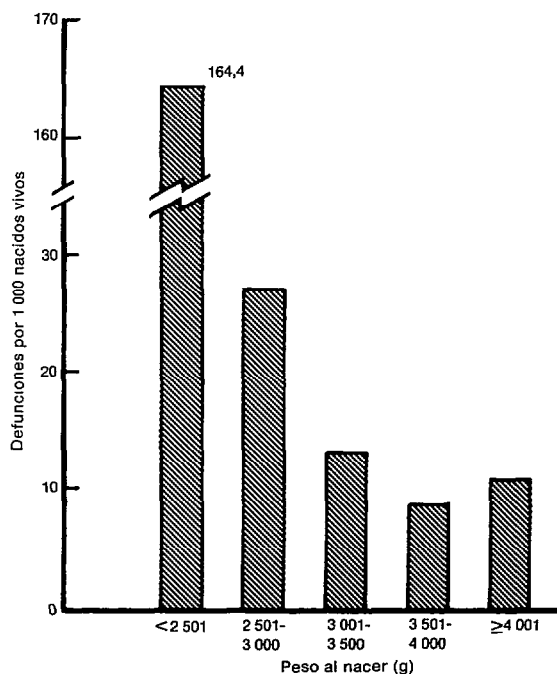
En las Américas, se observó la incidencia más alta de peso favorable al nacer (77%) en los Estados Unidos y Chile ocupó el segundo lugar (74%). De todos los países y las zonas estudiados en el continente, Recife, Brasil (datos de 1974), tenía la incidencia más baja de peso favorable al nacer (52,4%). La incidencia del peso deficiente al nacer fluctuó entre 20 y 33% en todos los países y las zonas, con excepción de los Estados Unidos donde fue del 16%; la incidencia del bajo peso al nacer varió de 6,4% en Chile a 14,6% en Recife, Brasil.

Mortalidad infantil

La mortalidad de menores de 1 año en los 15 países estudiados también varió mucho, fluctuando entre la cifra mínima de 7,2 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos en Suecia hasta un máximo de 96 a 114 defunciones en Birmania, India e Indonesia en un año reciente. En Recife, la mortalidad infantil en el período de la Investigación Interamericana (1968-1970) fue de 91,2 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos. Debe señalarse también que se encontraron amplias variaciones en la mortalidad en el primer año de vida tanto dentro de un mismo país como en distintos países.

Las características de la mortalidad infantil de acuerdo con el peso al nacer parecen ser similares en muchos estudios; las tasas de mortalidad más bajas se producen entre recién nacidos de 3 500 a 3 999 g de peso. La mortalidad es excesiva entre los que tienen un peso al nacer menor de 2 500 g. Entre los recién nacidos con peso de 2 500 a 2 999 g (peso deficiente), la tasa de mortalidad infantil por lo general equivale a dos o tres veces la tasa correspondiente a los del grupo con peso más favorable (3 500 a 3 999 g). Los datos de Chile de 1982 que ejemplifican esta característica aparecen en la figura 2. En consecuencia, es evidente que debe tenerse en cuenta el peso bajo y deficiente al nacer en la lucha por reducir la mortalidad infantil. En este contexto, los recién nacidos con peso deficiente comparten algunas de las características y desventajas de los recién nacidos con bajo peso. Aun cuando los peligros con que se enfrentan tienden a ser menos graves, el grupo de "peso deficiente al nacer" es con frecuencia varias veces mayor que el grupo de "bajo peso al nacer" y, por lo tanto, es necesario que el primero también se identifique y sea objeto de medidas preventivas.

FIGURA 2. Mortalidad infantil en cinco grupos de peso al nacer, Chile, 1982

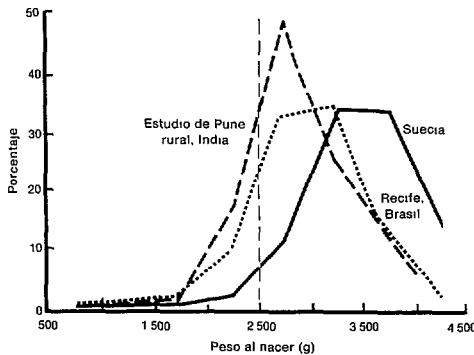


Fuente: R. R. Puffer y C. V. Serrano, *Patterns of Birthweights*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 1987. Publicación Científica 504.

En general, se considera que todos los recién nacidos que pesan 3 000 g o más tienen peso favorable. Aunque la tasa de mortalidad infantil es relativamente alta en el grupo con peso al nacer de 4 500 g o más, el número de nacimientos (y de defunciones) en ese grupo, especialmente en los países en desarrollo, es muy bajo.

En la figura 3 se muestran tres ejemplos que ilustran las pautas muy diferentes de características del peso al nacer encontradas en los 22 tipos de distribución estudiadas. En Suecia, que tenía la incidencia más alta de peso favorable al nacer, el 34% de los recién nacidos pesaron 3 500 a 3 999 g y 34%, 3 000 a 3 499 g. La curva de distribución se desvió hacia el bajo peso al nacer en Recife, donde 35% pesaron 3 000 a 3 500 g y 33%, 2 501 a 3 000 g. Por otra parte, se observó una característica diferente en los tres estudios de la India, donde la incidencia más grande del peso deficiente (2 501 a 3 000 g) se encontró en el estudio de Pune (figura 3). Estos datos demuestran que es necesaria información específica sobre la distribución del peso al nacer en un país o zona particular, con el fin de planificar las medidas de salud que mejoren las perspectivas de supervivencia, crecimiento y desarrollo del recién nacido.

FIGURA 3. Distribución según el peso al nacer de nacidos vivos en partos únicos en Pune rural, India, y en Suecia, y de los nacidos vivos en Recife, Brasil



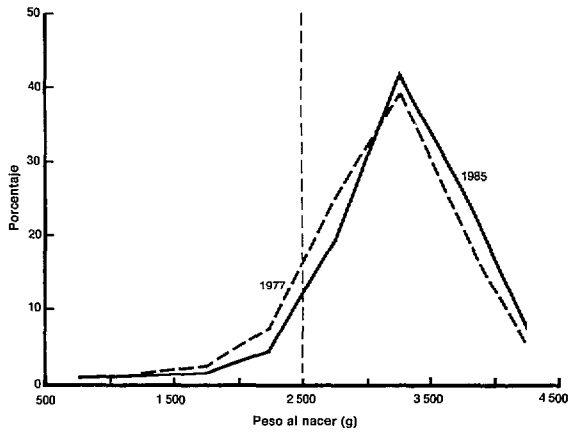
Fuente: R. R. Puffer y C. V. Serrano, *Patterns of Birthweights*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 1987. Publicación Científica 504.

Reducción de la mortalidad infantil

Los datos presentados en *Características del peso al nacer*, especialmente los obtenidos en experiencias excepcionales en varios países latinoamericanos, muestran que es posible lograr una notable reducción de la mortalidad infantil. Tanto en Chile como en Costa Rica, por ejemplo, el marcado incremento reciente de la incidencia de peso favorable al nacer ha sido acompañado por una disminución considerable de la mortalidad de menores de 1 año.

En Chile (figura 4), 65% de los niños nacidos vivos en 1977 tenían peso favorable al nacer, en contraste con 74% en 1985; en ese mismo período, la incidencia de peso deficiente al nacer disminuyó de 24,9 a 19,5%, en tanto que la incidencia de bajo peso al nacer bajó de 10,4 a 6,4%. Esta modificación de la distribución del peso al nacer fue acompañada de un abrupto descenso de la tasa de mortalidad infantil, de 47,5 defunciones por 1 000 nacidos vivos en 1977, a 20,6 en 1984. Entre los factores que contribuyeron a estos cambios en el peso bajo y deficiente al nacer, así como en la mortalidad infantil, se cuentan la calidad y organización satisfactorias de los servicios de salud, la alimentación suplementaria, el acceso a métodos adecuados de control de la fecundidad, la cobertura de atención prenatal, el suministro de leche a mujeres embarazadas, un mayor nivel educativo de las madres y la disponibilidad de parteras profesionales (7).

FIGURA 4. Distribución del peso al nacer de nacidos vivos en Chile, 1977 y 1985



Fuente: R. R. Puffer y C. V. Serrano, *Patterns of Birthweights*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 1987. Publicación Científica 504.

Asimismo, en Costa Rica la incidencia del peso favorable al nacer se elevó de 63 a 71 % durante el período 1970 a 1984, y la mortalidad de lactantes disminuyó de 68,0 a 18,6 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos de 1970 a 1983. Se ha atribuido a los programas de salud pública (8) tres cuartas partes de esta drástica reducción de la mortalidad de niños menores de 1 año; aproximadamente dos quintas partes de esa disminución se ha atribuido exclusivamente a la extensión de la atención primaria de salud.

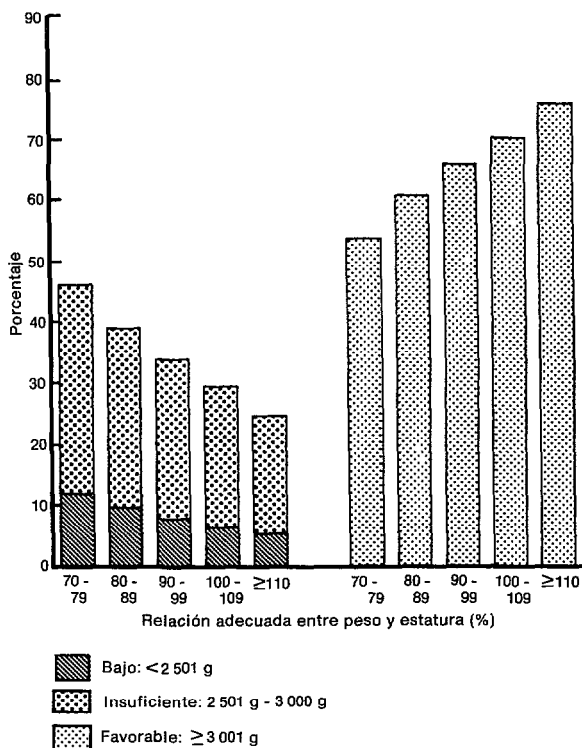
Recientemente en Cuba y el Uruguay también se ha observado una mejor distribución del peso al nacer y una reducción de la mortalidad infantil (9). Parece que estos cambios son resultado de múltiples medidas, que incluyen intervenciones relacionadas con la nutrición y la extensión de la atención primaria de salud.

Peso de la madre

Según la notable investigación efectuada por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos, de la Comunicación y Accidentes Cerebrovasculares (10) y el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (11), en los Estados Unidos se ha llegado a la conclusión de que, además de la duración de la gestación, el peso de la madre antes del embarazo y el aumento de peso durante este período son los factores más importantes que determinan el peso al nacer. En cuanto al aumento de peso durante el embarazo, se halló que la tasa de mortalidad infantil era aproximadamente tres veces más alta entre los hijos de mujeres que aumentaron menos de 9,5 kg, en comparación con aquellas que aumentaron 9,5 kg o más (12). El aumento de peso recomendado es de 10 a 12 kg.

El peso de la madre antes del embarazo es también un importante factor determinante del peso al nacer. En un estudio realizado entre 56 500 nacidos vivos en capitales de estados del Brasil (13), se examinó la relación entre el peso adecuado de la madre antes del embarazo y el peso del recién nacido. Cuando el peso materno era solo 70 a 79% del peso adecuado a la estatura, el 11,8% de los recién nacidos tenían bajo peso y el 34,3%, peso deficiente. Solo algo más de la mitad de los recién nacidos (53,8%) tuvieron peso favorable. Por otra parte, entre los recién nacidos hijos de madres con 110% o más del peso adecuado para su estatura, los porcentajes de pesos bajos y deficientes fueron de 5,3 y 18,8 respectivamente, y tres cuartas partes de los recién nacidos tuvieron peso favorable. Más aun, como indica la figura 5, los resultados del peso al nacer mejoraron no-

FIGURA 5. Distribución del peso al nacer de nacidos vivos en capitales de estados brasileños, clasificados de acuerdo con la relación adecuada entre el peso y la talla de la madre, 1978-1979



Fuente: R. R. Puffer y C. V. Serrano, *Patterns of Birthweights*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 1987. Publicación Científica 504.

tablemente a medida que el peso de la madre en relación con su estatura se elevaba en esa escala.

Estos y otros resultados han demostrado que la salud del niño al nacer depende en parte del aumento satisfactorio del peso de la madre así como de su peso adecuado antes del embarazo. Por consiguiente, una de las metas de los programas de salud materna es fomentar y mantener la salud de la mujer durante el período reproductivo, promover medidas que contribuyan a que tenga un peso satisfactorio antes del embarazo y alentarla a que alcance un aumento óptimo de peso durante la gestación.

Edad gestacional

El análisis de las combinaciones de peso al nacer y duración de la gestación ha revelado la necesidad de considerar ambos parámetros al investigar las causas y la prevención de problemas. Cuando se clasifican los niños con bajo peso (menos de 2 500 g) en nacidos antes de término (menos de 37 semanas) y a término (37 semanas o más), se considera que en el último grupo existe un retraso del crecimiento intrauterino. La incidencia del retraso del crecimiento intrauterino fue alta en los estudios realizados en Birmania e India, tres veces más alta que el bajo peso al nacer en niños nacidos a pretérmino. Se suele vincular el bajo peso de niños nacidos a término con factores tales como peso materno insuficiente antes del embarazo y escaso aumento de peso durante la gestación; infecciones de las vías urinarias; la acción sinérgica de infecciones y deficiencia nutricional materna y la preeclampsia.

Registro de datos

En varios países de las Américas ya se incluye el peso al nacer en los certificados oficiales de nacimiento y en las tabulaciones preparadas normalmente para todos los nacidos vivos. El peso al nacer constituye una medida del éxito de los programas de salud y atención prenatal. Asimismo, el peso al nacer es el primer dato disponible para la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño. Una meta recomendada para los servicios locales de salud es obtener registros de todos los nacidos vivos, incluyendo el peso al nacer, para utilizarlos en sus programas de salud. Sería ideal que en todos los países se incluyera el peso al nacer en el certificado de nacimiento. Se recomiendan la tabulación y análisis del peso al nacer de todos los niños nacidos vivos a nivel local, estatal y nacional, con el fin de evaluar los programas y obtener datos actuales sobre el progreso logrado en la distribución del peso al nacer, que se traduce en una proporción más alta de recién nacidos con peso favorable al nacer de por lo menos 3 000 g.

Sin embargo, es preciso incluir los datos relacionados con la duración de la gestación y con el peso al nacer en los registros de nacimiento y certificados oficiales de nacimiento. La duración del embarazo se mide en semanas completas de gestación a partir del primer día de la última menstruación de la madre y hasta el día del parto. Según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (6), un nacimiento

antes de término es el que se produce antes de 37 semanas de gestación. Ya que la mortalidad es más alta entre los niños nacidos antes de término, aun entre aquellos cuyo peso al nacer es de 2 500 g o más, es importante prevenir la terminación temprana del embarazo. Se reconoce que en muchas zonas debe mejorarse la calidad e integridad de los datos relacionados con las semanas de gestación y el peso al nacer.

Tendencias en salud maternoinfantil y recomendaciones

Es obvio que los diversos factores de riesgo asociados con peso bajo y deficiente al nacer constituyen una preocupación fundamental en los programas de salud maternoinfantil. Entre las intervenciones orientadas a la comunidad, cabe mencionar la educación nutricional y de salud, la asequibilidad y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, las actividades de salud centradas en las escuelas y los programas nutricionales eficaces orientados a grupos vulnerables. A nivel individual, las acciones de prevención y control deben dirigirse, entre otras cosas, al embarazo de las adolescentes; la mujer con bajo peso; la mujer embarazada expuesta a riesgos médicos tales como infecciones, anemia y otras enfermedades; la mujer embarazada con antecedentes de hijos de bajo peso en embarazos anteriores, y factores sociales como el tabaquismo, el consumo de alcohol y el uso de fármacos. Las medidas eficaces de salud tales como la alimentación complementaria y la vigilancia del estado nutricional durante el embarazo para asegurar un aumento de peso satisfactorio pueden mejorar no solo las probabilidades de que el niño tenga un peso favorable al nacer, sino también las perspectivas de una lactancia natural adecuada y la resistencia del niño a ciertas enfermedades.

Horwitz (14, 15) ha señalado los cambios que se están efectuando en los programas de salud maternoinfantil. También ha hecho hincapié en la importancia de conceptos y medidas nutricionales, ha indicado los numerosos fundamentos para iniciar o ampliar la alimentación complementaria en los servicios de atención primaria de salud y ha señalado la disminución de las tasas de mortalidad infantil observada en lugares en donde se incluyó la alimentación complementaria. En este sentido, los datos de tres países estudiados en *Características del peso al nacer* (Costa Rica, Cuba y Chile) muestran una combinación de servicios que llevan a pesos al nacer más favorables y a una menor mortalidad en el primer año de vida. Dada la extensión progresiva de la atención primaria de salud a toda la población de los países incluidos, resulta obvia la conveniencia de este enfoque multidisciplinario y multisectorial.

Los programas de investigación en los Estados Unidos revelan la importancia del peso satisfactorio antes del embarazo y del aumento de peso durante el embarazo, así como la influencia

nociva del tabaco para el resultado del embarazo (11, 12). Se han cotejado las defunciones de menores de un año con los certificados de nacimiento y se han analizado los resultados. Ese cotejo, combinado con el análisis de la mortalidad en relación con numerosas variables, proporciona información valiosa acerca de los problemas estudiados y establece una base para llevar a cabo acciones en muchas partes del mundo. Es necesario investigar más las causas del peso bajo y deficiente al nacer y de los nacimientos a pretérmino con el fin de contar con una mejor base para los programas preventivos. Igualmente, es necesario estudiar más a fondo el peso al nacer, la duración de la gestación y ambos parámetros combinados para determinar los factores causales y su relación con el resultado del embarazo en muchas regiones del mundo.

Es recomendable que los programas educacionales promuevan medidas destinadas a fomentar el crecimiento y desarrollo saludables y la supervivencia de los recién nacidos. La gente, en general, y las adolescentes, enfermeras, parteras tituladas y parteras tradicionales, en particular, deben conocer la importancia de un peso satisfactorio antes del embarazo y de un aumento de 10 a 12 kg durante este período. Deben conocer los peligros que representan para el feto el tabaco, el alcohol y los fármacos, y saber, además, que es preciso evitar el embarazo en las adolescentes.

En las escuelas se podría proporcionar instrucción acerca de estos temas junto con información acerca de la prevención del tétanos mediante vacunación. Los programas para la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas de los niños menores de 1 año bien podrían comenzar con actividades educacionales que fomentaran primero el aumento de peso durante el embarazo con objeto de mejorar las probabilidades de lograr pesos favorables al nacer de por lo menos 3 000 g, y después la lactancia natural, que ayuda a los niños a prevenir, resistir o superar esas enfermedades.

Dada la importancia del conocimiento y de las experiencias sobre la relación entre la distribución del peso al nacer y la salud y supervivencia de los niños en su primer año de vida, se recomiendan tanto la enseñanza como la investigación concnientes a los factores y causas del peso bajo y deficiente al nacer y su prevención en las escuelas de medicina, enfermería, nutrición y otras.

Las características del peso al nacer y de la duración de la gestación en un determinado país constituyen una combinación de la distribución existente en grupos heterogéneos de la población. La consolidación de patrones notablemente distintos oculta, por lo tanto, la realidad favorable o desfavorable. En parte por esta razón, los administradores deben preocuparse siempre por la vigilancia y control de estos indicadores a nivel local con el fin de identificar cualquier distribución desfavorable y planificar medidas correctivas. Naturalmente, la variedad de los factores causales involucrados trasciende el ámbito del sector salud. Por lo tanto, debe prestarse la debida atención a la promoción de medidas intersectoriales necesarias para proporcionar programas de salud, educación, acceso a alimentos de calidad adecuada y condiciones de vida apropiadas para las madres y los

niños. Además, para resolver el problema del peso bajo y deficiente al nacer, es necesario que se reconozca la gravedad del problema y que los dirigentes políticos y sociales apliquen directrices apropiadas y establezcan programas coordinados. Esos programas tendrían como meta establecida lograr para los recién nacidos un peso favorable y mejores oportunidades de contar con la salud e inteligencia necesarias para una vida constructiva para ellos, la familia y la sociedad.

Referencias

- 1 Puffer, R. R. y Serrano, C. V. *Características de la mortalidad en la niñez. Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1973. Publicación Científica 262.
- 2 Instituto de Medicina. *Preventing Low Birthweight*. Washington, DC, Academia Nacional de Ciencias, 1985.
- 3 Viteri, F. E., Meyers, L. D., Pelto, G. H., Naeye, R. L., Gebre-Medhin, M., Ziegler, E. F. y Herrera, M. G. Nutrición maternoinfantil en países en desarrollo. *Bol Of Sanit Panam* 98(6):558-598, 1985.
- 4 Minkoff, H. Prematurity: infection as an etiologic factor. *J Am Coll Obstet Gynecol* 62:137-144, 1983.
- 5 Estados Unidos de América. Departamento de Salud y Servicios Sociales. Comunicado de prensa. Washington, DC, 10 de agosto de 1983.
- 6 Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión*. Ginebra, 1978.
- 7 Mardones-Restat, F. Beneficios de la seguridad social en el cuidado de la nutrición y salud de la madre y el niño en Chile. *Rev Chil Nutr* 12:23-27, 1984.
- 8 Rosero-Bixby, L. Determinantes del descenso de la mortalidad infantil en Costa Rica. *Bol Of Sanit Panam* 99(5):510-527, 1985.
- 9 Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984*. Washington, DC, 1986. Publicación Científica 500.
- 10 Weiss, W. y Jackson, E. C. Factores maternos que afectan el peso al nacer. In: Organización Panamericana de la Salud. *Factores perinatales que afectan el desarrollo humano*. Washington, DC, 1969. Publicación Científica 185, pp. 54-59.
- 11 Taffel, S. M. y Keppel, K. G. Implications of mother's weight gain on the outcome of pregnancy. In: *Proceedings of the Social Statistics Section of the American Statistical Association*. Washington, DC, 1984, pp. 238-243.
- 12 Keppel, K. G. y Taffel, S. M. Maternal Smoking and Weight Gain in Relation to Birth Weight and the Risk of Fetal and Infant Death, United States, 1980. National Center for Health Statistics. Documento presentado en la Conferencia Internacional sobre el Hábito de Fumar y la Salud de la Reproducción, celebrada en San Francisco (EUA) del 15 al 17 de octubre de 1985.
- 13 De Nóbrega, F. J. Antropometria, patologias e malformações congênicas do recém-nascido brasileiro e estudos de associação com algumas variáveis maternas. *J Pediatr (Supl.1)* 59(2), 1985.
- 14 Horwitz, A. Changing concepts of health and health services: New opportunities for nutrition promotion. *Bull Pan Am Health Organ* 17:(1)61-70, 1983.
- 15 Horwitz, A. Comparative Public Health: Costa Rica, Cuba, and Chile. Documento inédito presentado en la Conferencia sobre Nutrición y Servicios de Salud en las Américas, celebrada en la Universidad de Kentucky, Lexington, Kentucky (EUA), el 6 de marzo de 1986.

COORDINACION ENTRE LOS MINISTERIOS DE SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL¹

En los últimos 27 años los países de América Latina han realizado importantes esfuerzos por lograr una coordinación funcional y operativa entre los ministerios de salud y la seguridad social. En la mayoría de los países estas instituciones han desarrollado esquemas paralelos de prestación de servicios de salud cuya falta de articulación entre sí agrava la desigualdad de acceso a la atención de salud, en especial la de grandes sectores de población con escasos recursos.

A la luz de esta realidad, se hace imperativo encontrar nuevas formas de promover la coordinación entre las instituciones nacionales responsables de la prestación de servicios de salud; esta es una condición esencial para alcanzar el objetivo de universalización de la cobertura de dichos servicios.

El examen de la voluminosa documentación existente sobre el tema permite extraer las siguientes conclusiones generales:

La coordinación de las instituciones de seguridad social con los ministerios de salud ha sido tratada con bastante intensidad; sin embargo, las discusiones en torno a la duplicación de instalaciones y al carácter cerrado y excluyente de los grupos de población protegidos por cada conjunto de servicios se han fundamentado principalmente en observaciones personales. Es necesario, por lo tanto, aportar información basada en la investigación de problemas definidos, que enriquezca las posibilidades de análisis.

Aunque existe un consenso general en cuanto al concepto y los beneficios de la coordinación de los servicios de salud, no siempre se ha coincidido sobre los mecanismos que se deben utilizar para tal propósito. A partir de 1981, se ha puesto más énfasis en los resultados finales que en el proceso mismo; es decir, se busca no tanto la fusión administrativa como la articulación funcional, la armonización de los objetivos y la coherencia operacional de las instituciones.

En la mayoría de los países se ha intentado formalizar los sistemas nacionales de salud mediante legislación, pero debido a la lentitud de este proceso, la coordinación entre los ministerios de salud y la seguridad social, salvo unas pocas excepciones, es aún incipiente. En consecuencia, es de esperar que el debate sobre el tema continúe en los próximos años.

¹ Versión condensada del documento "Coordinación entre las instituciones de seguridad social y las de salud pública", presentado por el Dr. Jorge Castellanos Robayo a la 99ª Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, junio de 1987.

□ Excepto en algunos casos específicos, la formulación de políticas y la legislación referentes a la coordinación entre la seguridad social y los ministerios de salud no se han podido incorporar efectivamente al proceso de toma de decisiones que sustenta la organización y la prestación de los servicios.

□ Las diferencias de origen histórico que existen entre ambas instituciones y su disparidad en poder económico y político, ubicación administrativa dentro del sector público, disponibilidad de recursos y responsabilidades respecto a la atención de la población constituyen factores limitantes para el proceso de coordinación. Cabe agregar además la resistencia más o menos abierta de sectores reducidos, aunque poderosos, de las burocracias respectivas.

Situaciones nacionales

El avance logrado en los últimos años por 16 países de la Región² con respecto a la conformación de sistemas nacionales de salud que enmarquen la coordinación entre ministerios de salud y seguridad social ha sido muy variado. Sin embargo, los cambios más recientes e importantes parecen enfocarse hacia una acción estatal más decidida cuyo propósito fundamental es subsanar la falta de equidad en la prestación de los servicios. De acuerdo con el progreso alcanzado en la organización de los servicios de salud, los 16 países considerados pueden clasificarse en tres grupos.

El primer grupo incluye dos países en un estado relativamente *muy avanzado* de evolución y cuya situación nacional se caracteriza por prestación de servicios de salud para una sola "clientela" nacional; amplia cobertura de los servicios de salud de la seguridad social (más del 70% de la población total); esquemas de financiamiento que incluyen formas distintas de la modalidad clásica de contribución basada en el salario, y amplitud de prestaciones para todos los usuarios.

El segundo grupo comprende nueve países en estado de evolución *avanzado*, donde se observan manifestaciones diversas del proceso de coordinación administrativa; "clientelas" separadas para la prestación de los servicios de salud, es decir "clientelas" institucionales específicas; inicio de un proceso de cambios legislativos para la integración o coordinación funcional de servicios; financiamiento no definido totalmente, y cobertura intermedia de la seguridad social (50 a 70% de la población total).

² Puesto que aquí se tratan solo aquellos países con entidades de seguridad social que tienen servicios de salud propios, se excluyen de este análisis los Estados Unidos de América y el Canadá. Tampoco se incluyen los países del Caribe, aunque se hacen algunas consideraciones respecto a esta subregión. Asimismo se excluyen otros cuatro países en los que la seguridad social no participa directamente en la prestación de los servicios: tal es el caso de Cuba y Nicaragua, con servicios integrados únicos; Chile, donde la seguridad social contribuye al financiamiento, y Haití, donde dicha institución está en sus comienzos y no presta servicios de salud.

El tercer grupo está formado por cinco países que se encuentran *en etapa inicial* de organización y se distinguen por los siguientes rasgos: coordinación interinstitucional muy limitada o casi inexistente; baja cobertura de la seguridad social (menos del 50% de la población), y financiamiento incoordinado y plurinstitucional que en general responde al enfoque de grupos de población.

La ubicación de una determinada situación nacional en una de las tres etapas esquematizadas no implica que todos los factores que se proponen para caracterizar dichas situaciones estén en el mismo grado de evolución. En otras palabras, un país puede estar avanzado en relación con la cobertura, por ejemplo, pero en la etapa inicial en lo que se refiere al financiamiento o a cambios legislativos u organizacionales. Por otra parte, el paso de una etapa a otra puede producirse muy rápidamente, en general por razones políticas, o tomar mucho tiempo. Es evidente, entonces, que el proceso de coordinación funcional de los servicios de salud en América Latina no es homogéneo y surgen dificultades cuando se tratan de definir los adelantos cualitativos y cuantitativos. No obstante, es posible realizar análisis de tipo general teniendo en cuenta los cambios en la legislación, la orientación de las definiciones políticas, y las reformas en la organización y en el proceso administrativo que ocurren en los países.

Situaciones subregionales

Centroamérica y Panamá. En materia de salud, los gobiernos de esta subregión lograron un avance crucial con la adopción y ejecución de los proyectos del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá (1984). Como parte de este proceso, se decidió que los directores de la seguridad social formaran parte de la Reunión de Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá (REMCAP), cuya denominación pasó a ser entonces Reunión del Sector Salud de Centroamérica y Panamá (RESSCAP). Esta ha sido una decisión de gran trascendencia para facilitar el movimiento hacia la consolidación de los sistemas de atención de salud en los países de la subregión. Entre los objetivos fundamentales del proceso de articulación interinstitucional del sector salud en Centroamérica y Panamá se destacan los siguientes:

Crear una doctrina conjunta entre ambas instituciones respecto del concepto de salud, los procesos operativos y las técnicas de atención.

Desarrollar actitudes de entendimiento entre las dos instituciones para vencer los prejuicios mutuos y conocerse mejor.

Lograr una atención de salud igualitaria para toda la población, entendiéndose como paso fundamental la revisión del régimen de financiamiento de los sistemas de seguridad social y de todo el sistema de salud.

Adoptar todas las medidas posibles para promover la integración funcional del sistema de salud. Esto se logrará mediante la identificación de propósitos, una comunicación más fluida entre

los países de la subregión y la búsqueda de consenso en las políticas y estrategias interinstitucionales para el desarrollo de programas y proyectos, incluyendo la creación de sistemas de apoyo comunes, como los de insumos críticos, información y supervisión.

En la II RESSCAP, celebrada en Honduras en agosto de 1986, se consideró que, aunque se han logrado adelantos significativos, aún es necesario incorporar nuevos enfoques y modalidades de organización de los servicios de salud que permitan una utilización más eficiente de los recursos disponibles. Se destacó también la necesidad de realizar experiencias concretas de coordinación y de lograr la divulgación de esas experiencias a los demás países. También se instó a los gobiernos a que, con la colaboración de la OPS, conformen grupos de trabajo interinstitucionales para facilitar las actividades de coordinación entre las instituciones de salud.

El Caribe. En las últimas décadas, los importantes esfuerzos desplegados por los países del Caribe han redundado en el mejoramiento del estado de salud de la población. Sin embargo, en los años más recientes se ha manifestado un marcado deterioro en algunos indicadores de salud, el cual se ha agravado como resultado de la crisis económico-financiera que afecta a los países. Estos, además, presentan presupuestos insuficientes, escasez de recursos humanos, deficiencias administrativas, carencia de insumos críticos y de medicamentos esenciales, y ausencia de un sistema de información que apoye el proceso administrativo, la planificación y la evaluación de los servicios.

Para afrontar los problemas financieros del sector salud, en algunos países se está analizando la posibilidad de introducir nuevas modalidades de financiación que les permitan lograr la cobertura de servicios para toda la población. En Jamaica, por ejemplo, se estudian tres alternativas: el incremento de costos pagados por el usuario, el seguro obligatorio y el seguro voluntario, este último basado en un modelo de prestación de servicios como el de las organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations). Estas entidades cubren a grupos determinados de población atendidos por médicos que perciben un salario fijo o cuya remuneración se basa en el número de personas inscritas. De manera similar, se estudian alternativas en Barbados, donde las actividades se han centrado en la creación de un sistema nacional de salud y en el mejoramiento del Hospital Queen Elizabeth; y en Bahamas, donde se intenta determinar nuevos métodos de financiamiento de la atención de salud como alternativa a la tradicional utilización de fondos del erario público. De la misma forma, otros países del Caribe buscan alternativas de financiamiento de los servicios de salud, dentro de las cuales se considera la participación de la seguridad social. Los puntos más importantes, sin embargo, son

mejorar la información sobre opciones de financiamiento para facilitar las decisiones pertinentes y, en el proceso, aprovechar las experiencias de otros países de la Región.

En un esfuerzo por solucionar los problemas de salud, los países del Caribe, en colaboración con la OPS y la Comunidad del Caribe (CARICOM), convinieron en desarrollar el Plan de Cooperación en Salud del Caribe, cuyo objetivo principal es extender la cobertura de los servicios de salud a toda la población mediante el establecimiento de mecanismos que permitan integrar los servicios, resolver las deficiencias técnicas y administrativas, mejorar la disponibilidad de los insumos y medicamentos esenciales, y establecer un sistema de información adecuado. En este empeño se pone igualmente de manifiesto la necesidad de una coordinación interinstitucional, aunque de naturaleza diversa a la de otros grupos de países de la Región.

Actividad internacional

Las instituciones de seguridad social están recibiendo cooperación técnica de varios organismos internacionales tanto de carácter intergubernamental como interinstitucional. En este sentido, la OPS, en cumplimiento de las resoluciones XXXII (1979), XXXIV (1981) y XV (1984) del Consejo Directivo y como respuesta a las iniciativas presentadas por sus países miembros, ha venido apoyando la adopción de políticas y el desarrollo de programas que promuevan una adecuada interacción entre los ministerios de salud y las instituciones de la seguridad social, especialmente en aquellas áreas en que tal interacción optimiza el uso de los recursos nacionales en la extensión de los servicios de atención de salud a los grupos de población desprotegidos.

Además, la OPS ha suscrito convenios de cooperación con entidades nacionales y ha colaborado con organismos internacionales de la seguridad social en la realización de misiones conjuntas de cooperación con diversos países. La Oficina Internacional del Trabajo (OIT), en particular, participó en dos reuniones de consulta técnica celebradas en México (1982) y Colombia (1985), en las cuales uno de los temas centrales fue la coordinación entre los ministerios de salud y la seguridad social. Como actividades de seguimiento de estas consultas técnicas, la OPS y la OIT han propiciado la realización de reuniones nacionales en Ecuador (1985), Guatemala (1985) y Honduras (1986) en las que, junto con otros temas, se discutieron aspectos tendientes a promover y apoyar los respectivos procesos de coordinación interinstitucional.

En apoyo del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, y del de Cooperación para la Salud en la Zona del Caribe, la OPS ha establecido un fondo rotatorio y ha promovido el desarrollo de sistemas conjuntos de compras de medicamentos, productos biológicos (vacunas) y equipos básicos. En estos mecanismos de acción conjunta que fortalecen los programas cooperativos entre países participan tanto los ministerios de salud como las instituciones de la seguridad social.

Áreas de análisis en el proceso de coordinación

Los cambios políticos y la salud. El aumento en la producción de los servicios de salud en la Región logrado en los últimos decenios, no ha reducido las diferencias observadas en la distribución de los servicios a los distintos grupos sociales. Sin embargo, con el desarrollo económico y la modernización de América Latina y el Caribe, están emergiendo grupos y fuerzas sociales que se incorporan a los procesos políticos nacionales y que presionan a las instituciones para que satisfagan sus demandas. Así, al mosaico institucional y orgánico del sector salud corresponde un mosaico de fuerzas políticas que pugnan por defender sus intereses. Se observa una creciente presencia de grupos y organizaciones que presentan sus demandas como si provinieran de sectores sociales más amplios; ello entraña el riesgo de una dominación corporativa en la escena política, que permanecerá en tanto no se promueva la participación efectiva de grupos y fuerzas sociales legítimos en la defensa de los intereses de toda la población, especialmente de los grupos más afectados por el acceso desigual a los servicios.

Asignación y utilización de los recursos. El financiamiento de los servicios de salud es un problema crucial en la mayoría de los países de la Región. Este problema, sin embargo, trasciende los límites estrictamente monetarios para situarse en el marco de la administración y distribución de los recursos nacionales. Como resultado, la sola factibilidad financiera es insuficiente para el logro de los objetivos de salud de una sociedad.

Esta situación afecta tanto a los ministerios de salud como a las instituciones de la seguridad social, pero fundamentalmente a estas últimas, sobre todo si se considera que, desde el punto de vista del sector público, la fuente principal de recursos adicionales con destino a los servicios de salud provendría de la expansión de la cobertura de los programas de salud de la seguridad social. Este sería sin duda un mecanismo políticamente más viable que el traspaso de fondos que se ha tratado de propiciar en el pasado.

En cuanto al problema central de la obtención de recursos financieros, en las nuevas estrategias se deberá tener en cuenta que, durante las últimas décadas, tanto los planteamientos como los mecanismos tradicionales de financiamiento de los sistemas de salud se han vuelto cada vez más insatisfactorios. Probablemente ningún país de la Región esté en condiciones de financiar el déficit de sus servicios de salud por los medios tradicionales sin que ello se traduzca en el sacrificio de otros objetivos sociales. El problema se agudiza debido a que todo programa de salud implica mejorar los componentes de un perfil de bienestar determinado.

En este contexto, los esquemas posibles de financiamiento varían en los países, según dependan en mayor o menor grado de la participación del sector público o privado. En el primer caso, además de la financiación por ingresos provenientes de impuestos generales, el financiamiento mediante los seguros obligatorios, cuyos ingresos provienen de contribuciones que se basan en los salarios, se inscribe en el modelo de distribución de cargas entre empleados, empleadores y estado. Este esquema, que se utiliza en la mayoría de los países de América Latina, es atractivo porque representa una fuente importante de financiamiento para la atención de la salud. Sin embargo, tiene la desventaja de ofrecer una cobertura muy limitada, que solo comprende a los empleados por empresas. Sin duda, la seguridad social podría ser la punta de lanza de los esfuerzos por mejorar la atención de salud en varios países de la Región; pero requiere una revisión de políticas y formas de afiliación y de operación para lograr que sus afiliados lleguen a representar una proporción significativa, no solo de la fuerza de trabajo, sino de la población en general. Es perentorio incorporar a la cobertura de la seguridad social a los trabajadores independientes, agrícolas y profesionales libres, y evitar que las personas con recursos modestos tengan que soportar una carga onerosa para estar suscritas a un sistema de salud.

El sector privado comprende principalmente los seguros independientes y voluntarios que solo cubren la atención de salud (excluyen las pensiones) y cuya amplitud y variedad de servicios dependen de la cuota de suscripción o póliza correspondiente. En algunos países de América Latina y en el Caribe de habla inglesa se han venido introduciendo estos esquemas como sistemas alternativos de financiamiento; el problema fundamental es la discriminación que establecen según la capacidad de pago o “compra” de la población.

Finalmente, se señala el esquema de cobro al usuario que, mediante el pago de una tarifa o arancel, o cuota de recuperación, participa total o parcialmente en la financiación del servicio que recibe. Por lo general, el monto de la cuota se fija sobre la base de una evaluación socioeconómica del usuario. Estos dos últimos tipos de esquemas se están generalizando en algunos países, de modo que convendría evaluar su efecto en la accesibilidad y en la prestación de los servicios de salud.

Perspectivas de acción

La década de los años ochenta constituirá una etapa decisiva para la búsqueda y consolidación de formas de financiamiento de los servicios, y para la evolución de la seguridad social, especialmente en cuanto a sus programas de salud, que no podrán continuar operando en forma aislada.

Redefinición de responsabilidades institucionales. Una de las características de los ministerios de salud de América Latina en las últimas décadas ha sido la de concentrarse en administrar solo los servicios propios, que en algunos países representan una proporción importante de la capacidad insta-

lada total e incorporan organismos productores de insumos o productos intermedios. Como consecuencia, los ministerios no asumen, o lo hacen muy débilmente, la orientación y regulación del sistema de salud en su conjunto. Evidentemente existe la necesidad de fortalecer y desarrollar la capacidad de coordinación política y técnica del ministerio de salud, el cual sobre la base de su competencia legal y constitucional deberá convertirse en la institución coordinadora del conjunto de servicios de salud. Al mismo tiempo será necesario revisar y ajustar las áreas de competencia y responsabilidad de las demás instituciones del sector, así como sus interrelaciones.

Desarrollo de la capacidad de análisis y manejo financiero del sector. La limitada capacidad para financiar los programas es uno de los problemas primordiales que han debido enfrentar los países de la Región en sus esfuerzos por ampliar la cobertura y mejorar la estructura de servicios para satisfacer las necesidades básicas de la población. Esta restricción de recursos constituye un elemento fundamental en las relaciones entre los ministerios de salud y la seguridad social. Por ello, se debe poner énfasis especial en la racionalización del financiamiento del sector mediante un análisis integral que lleve a formular y ejecutar reformas estructurales de alcance estratégico relacionadas con el financiamiento en sí y con la utilización de los presupuestos de salud.

Es preciso definir sistemas de financiamiento que aseguren el acceso de toda la población y que permitan aplicar criterios de solidaridad en el área financiera de la seguridad social. Se requiere desarrollar sistemas de administración financiera que hagan posible la coordinación real de los recursos financieros del sector; el aumento de la productividad de los recursos existentes y adicionales, y su utilización según las prioridades; y la identificación y análisis de áreas críticas que inciden en el gasto de salud, tales como insumos, tecnología y administración.

La base de este desarrollo será, por supuesto, una sólida decisión política; pero además se requiere la creación de sistemas de información y de administración que favorezcan el desarrollo de la capacidad para determinar el origen y significado de los fondos que se asignan al sector, así como para establecer el destino y la utilización de los servicios que produzca este sector en términos de grupos socioeconómicos que prioritariamente deban beneficiarse. En igual sentido, es necesario desarrollar la capacidad de regular la intensidad, costo y estructura de las prestaciones, y evaluar la productividad y la relación costo-eficacia de los recursos asignados al sector.

La administración local de servicios y la descentralización. En la mayoría de los países de América Latina existe una tendencia general a descentralizar las funciones relativas a la programación, ejecución y evaluación de los servicios de salud. La aplicación de esquemas de esta naturaleza, que sin duda facilitan la utilización más racional de los recursos, exige establecer y desarrollar formas apropiadas de administración local de los servicios. Estos variarán, por supuesto, de un país a otro, pero en todos los casos será necesario conceptualizar, diseñar y poner en operación núcleos de administración que se habrán de convertir en verdaderas unidades básicas de administración de los servicios.

Todo proceso de articulación y coordinación de núcleos o unidades básicas de administración habrá de apoyarse no solo en los recursos físicos, humanos, técnicos e institucionales del sector, sino además en la participación de otros componentes tales como las instituciones de bienestar social y otros organismos sociales, si se quiere ampliar el alcance de los servicios y mejorar su calidad en términos de una respuesta integral a las distintas necesidades de grupos de población determinados.

El funcionamiento apropiado de estas unidades básicas de administración de los servicios de salud será un factor clave en la racionalización de los recursos de salud en general, pero especialmente los de los ministerios de salud y los de la seguridad social. Es a través de estas unidades que pueden realizarse la coordinación local y la programación conjunta de servicios, y ellas serán las depositarias naturales de las funciones descentralizadas de la administración.

La Resolución XXI de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana estableció que la transformación de los sistemas nacionales de salud constituye la prioridad programática de la OPS/OMS para el cuatrienio 1987-1990. Dicha resolución reconoce la importancia que tiene el fortalecimiento de la infraestructura de los servicios para poder ejecutar los programas de salud más urgentes. Este fortalecimiento requiere, entre otras cosas, la descentralización administrativa de los sistemas de salud como un elemento imprescindible para el éxito de cualquier estrategia nacional de salud.

En el proceso de coordinación entre los ministerios de salud y la seguridad social, la descentralización debe entenderse no como el fraccionamiento de los sistemas de salud, sino como la interacción conjunta de todos sus componentes. Las unidades básicas de administración (local) a través de las cuales se logre la descentralización deberán poseer la autonomía necesaria para aprovechar al máximo sus recursos, adecuar los programas a la realidad local y, sobre todo, para establecer una relación de responsabilidad mutua con la población.

Cooperación técnica entre países. La OPS ha venido destacando la necesidad de fomentar y apoyar la movilización de los recursos nacionales así como la voluntad de los países de fortalecer su capacidad y desarrollar su autosuficiencia. Aunque la crisis económica que afecta a la Región interfiere en estos propósitos, en el sector salud es indispensable aprovechar toda coyuntura posible para fortalecer la colaboración entre los países. La OPS ade-

más propugna una coordinación más activa con instituciones de cooperación financiera bilaterales y multilaterales para el desarrollo de proyectos que, si bien no están orientados directamente hacia el proceso de coordinación entre los ministerios de salud y la seguridad social, contribuirán a dicho propósito según el empeño que pongan los países en lograr la prestación de servicios de salud a la totalidad de la población.

Jornadas de informática

El Comité Organizador de Informática '88 invita a participar en la 1ª Conferencia Internacional sobre Informática, 1ª Conferencia Internacional sobre Informática para la Salud y 1ª Feria Internacional sobre Informática, programadas para los días 15 al 21 de febrero de 1988 en el Palacio de las Convenciones de La Habana, Cuba. Durante estas jornadas se realizarán seminarios y mesas redondas sobre temas tales como inteligencia artificial, teletransmisión y procesamiento de imágenes. Se abordará también la informática aplicada a la enseñanza, la agricultura, la industria, el transporte y la administración médica. En el temario se incluyen además las nuevas tecnologías en equipos de computación, y estrategias y políticas informáticas. Las personas que deseen obtener mayor información deberán dirigirse a: Sr. Arcadio Castillo, Director de Aplicaciones, INSAC, Palacio de las Convenciones, Avenida 146 entre 11 y 13, La Habana, Cuba.