

SALUD MATERNOINFANTIL EN LATINOAMERICA

Dr. Jorge Rosselot¹

Los daños de la salud de madres y niños en Latinoamérica se condicionan por las características del desarrollo global de los países, que limitan la eficiencia de los servicios asistenciales correspondientes. Se establecen las bases que permitirán, según lo han recomendado los Gobiernos de la Región, impulsar programas de protección materno-infantil y de educación integral de la familia.

Antecedentes

La salud materno-infantil en Latinoamérica está ligada a las características propias del desarrollo global de los países y a la dinámica de los cambios en la estructura demográfica que se han estado registrando en ellos (1-3, 20, 33).

En consecuencia, es comprensible que el cuidado de la salud de madres y niños sólo se conciba en el marco de la ejecución de programas generales de desarrollo económico-social y de bienestar familiar. Esas son las metas estipuladas en la Carta de Punta del Este y una de las cuales reside en la reducción de las tasas de mortalidad registradas en niños menores de cinco años de edad, en la década 1961-1971 (16).

Recientemente se han comprobado en Latinoamérica progresos limitados en la salud y en particular en la de los niños, cuyo riesgo de morir ha estado bajo los objetivos postulados (22), según se ilustra en el cuadro 1.

Sin duda los hechos mencionados tienen mayor severidad tanto por el frecuente subregistro de las estadísticas vitales como porque sólo aquéllas traducen una faceta del problema y no expresan los riesgos de salud de los sobrevivientes.

Por la experiencia adquirida, son oportunas las resoluciones adoptadas en las

CUADRO 1—Logros en la reducción de las tasas de mortalidad de los menores de 5 años con relación a las metas de la Carta de Punta del Este, 1968.

Mortalidad de menores de 5 años	Mesoamérica *	Sudamérica
Mortalidad infantil ^a		
Promedio 1960-1962	71.3	83.9
Mortalidad infantil ^a 1968	63.7	71.3
Meta 1968	46.3	54.5
Disminución lograda (%)	30.0	43.0
Mortalidad 1 a 4 años ^b		
Promedio 1960-1962	14.0	13.3
Mortalidad 1 a 4 años ^b 1968	10.5	9.4
Meta 1968	9.1	8.6
Disminución lograda (%)	71.0	83.0

* México, islas del Caribe, y Centroamérica.

^a Por 1,000 nacidos vivos.

^b Por 1,000 niños de 1 a 4 años.

Fuente: *Las Condiciones de Salud en las Américas*.
Publicación Científica de la OPS 207.

reuniones de Jefes de Estado Americanos (Punta del Este, 1967), para intensificar los programas de protección materno-infantil y educación integral de la familia (30).

En la II Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Buenos Aires, 1968), se destacó entre otras recomendaciones tendientes a implementar los acuerdos mencionados (21), la necesidad de expandir la cobertura de los servicios a nivel de los sectores de más alto riesgo.

Situación de la salud materno-infantil

La situación de la salud materno-infantil en Latinoamérica es traducción de la fiso-

¹ Asesor Regional de la OPS en Salud Materno-infantil.

nomía sanitaria global existente en la mayoría de los países de la Región y que se caracteriza por la alta prevalencia de los daños reducibles. Este fenómeno se configura entre otros factores, tanto por los que condicionan una particular susceptibilidad de ciertos grupos de edad frente al impacto del medio ambiente comúnmente adverso, como por los que traducen la influencia de la política sanitaria en ejecución.

de altas tasas de natalidad y descenso de las tasas de mortalidad en la última década. Estos hechos determinan que en Latinoamérica los grupos afectos a los riesgos de salud materno-infantil tienen alta prevalencia (del orden del 21.3%) con respecto a mujeres en edad fértil y (42%) en niños menores de 15 años.

Nivel y estructura de los riesgos maternos

La mortalidad materna, de acuerdo con la información disponible (22) y sujeta a alto grado de subvaloración, fue aproximadamente cinco veces más elevada en América Latina (tasas de 13.1 por 10,000 y 14.4 por 10,000 respectivamente, en Mesoamérica y América del Sur) que en América del Norte (2.7 por 10,000).

Las causas de muerte maternas son en su mayoría prevenibles y son el resultado de la toxemia gestacional, los accidentes hemorrágicos, las sepsis y de un modo especial el aborto provocado, cuya magnitud en incremento debiera cuantificarse en atención

Población susceptible

La población de la Región ha sido estimada para 1970 (22) en 510 millones de habitantes de los cuales el 55% (283 millones) viven en Latinoamérica y cuya distribución según países y variables demográficas básicas se señala en el cuadro 2 (1, 2).

Aun cuando el subregistro de hechos vitales resta confiabilidad a los datos disponibles, sin duda existe en la mayoría de los países un crecimiento demográfico acelerado, explicado por la mantención frecuente

CUADRO 2—Información básica acerca de algunas características de la estructura demográfica de países seleccionados de Latinoamérica.

País	Población ^a (En miles, estimada para 1970)				Natalidad ^b 1970-1975	Esperanza de vida ^a 1970-1975
	Total	<15 años (%)	<5 años (%)	<1 año (%)		
Argentina	24,352	29.7	12.2	1.6	22.9	68.4
Bolivia	4,658	42.5	16.9	3.9	44.0	46.8
Brasil	93,244	42.6	16.2	2.8	36.9	63.0
Colombia	22,160	47.1	18.8	3.6	43.9	60.8
Costa Rica	1,798	48.0	18.9	3.6	45.1	69.4
Cuba	8,341	44.3	14.8	2.5	26.1	69.0
Chile	9,780	39.3	14.1	3.0	31.1	63.6
Ecuador	6,028	46.9	18.8	4.2	43.5	59.6
El Salvador	3,441	47.1	19.4	4.3	46.9	58.2
Guatemala	5,179	47.6	17.7	4.1	41.6	54.0
Haití	5,229	41.5	16.8	3.7	43.6	45.5
Honduras	2,583	46.7	18.9	4.1	48.5	51.4
México	50,718	46.4	18.7	3.1	42.1	64.6
Nicaragua	2,021	48.0	18.9	4.4	46.8	52.5
Panamá	1,406	43.5	17.3	3.9	39.2	55.8
Paraguay	2,419	45.5	17.7	4.2	44.6	61.5
Perú	13,586	45.0	17.4	3.8	39.8	62.0
República Dominicana	4,348	47.3	18.4	3.7	48.1	54.6
Uruguay	2,889	28.0	10.0	2.1	20.9	70.1
Venezuela	10,755	49.0	18.9	4.2	40.3	66.3

Fuente: ^a CELADE. Boletín Demográfico Año II, No. 3, 1969.

^b CELADE. Boletín Demográfico Año II, No. 4, 1969.

al carácter reducible de dicho daño. Cabe mencionar los hallazgos de la Investigación Interamericana de Mortalidad efectuada entre 1962 y 1964 por la Organización Panamericana de la Salud y los Gobiernos de nueve países de las Américas y que permitió evidenciar que en algunos países el aborto inducido llega a constituir hasta un 33% del total de defunciones maternas (27).

En la Región, el aborto es causa frecuente de morbilidad, cuya verdadera magnitud sólo puede identificarse por medio de encuestas retro o prospectivas.

En cuanto a la repercusión asistencial del trastorno, existe suficiente información que permite destacar su alta prevalencia y que llega a constituir en muchos países latinoamericanos hasta un 20% de los egresos obstétricos totales.

Las tasas de mortalidad infantil y de niños de 1 a 4 años (cuadro 3) tienen grandes fluctuaciones en los países latinoamericanos (22). Según lo han revelado las investigaciones de Rath, en particular a

nivel de Centroamérica (28) en ocasiones, las informaciones oficiales difieren muy apreciablemente de las estimaciones reales.

Los tres rubros mórbidos de mayor prevalencia registrados comúnmente en la Región como factores causales de las defunciones de niños menores de cinco años de edad, corresponden a daños en alta medida reducibles: gastroenteritis, enfermedades transmisibles, y enfermedades respiratorias.

Sin embargo, la restricta calidad de la certificación de defunciones acaecidas en la infancia determinan que el verdadero sustrato de estas—la desnutrición—no registra su real prevalencia.

La Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez, que se realiza en 13 áreas de países latinoamericanos está revelando que la malnutrición es causa directa o asociada de gran parte de los decesos acaecidos en menores de cinco años. Asimismo, en este estudio se destaca la importancia que adquieren las enfermedades transmisibles,

CUADRO 3—Logros de la reducción de las tasas de mortalidad de menores de cinco años con relación a las metas de la Carta de Punta del Este, en países seleccionados de Latinoamérica, 1968.

País	Mortalidad Infantil (o/oo nacidos vivos)			Disminución lograda (%)	Mortalidad de 1 a 4 años (o/oo)			Disminución lograda (%)
	Promedio 1960-1962	1968	Meta 1968		Promedio 1960-1962	1968	Meta 1968	
Argentina	61.0	60.6	42.7	2	4.3	2.6	3.0	131
Barbados	65.9	45.4	42.8	89	3.7	1.8	2.4	146
Colombia	92.8	78.3	65.0	52	15.4	11.7	10.8	80
Costa Rica	66.1	62.3	46.3	19	7.5	5.3	5.2	96
Cuba	38.0	40.8	24.7	—	2.3	1.6	1.5	94
Chile	117.8	86.6	76.6	76	8.2	3.2	5.3	172
Ecuador	99.4	87.3	69.6	41	22.2	14.7	15.5	112
El Salvador	72.5	59.2	47.1	52	17.1	10.1	11.1	118
Guatemala	89.3	93.8	58.0	—	32.4	27.6	24.3	59
Honduras	48.4	35.5	33.9	89	14.1	10.9	9.9	76
Jamaica	49.1	34.7	31.9	81	6.8	5.4	4.4	58
México	71.4	64.2	46.4	28	13.8	9.8	9.0	83
Nicaragua	63.1	53.2	41.0	45	8.6	8.2	5.6	13
Panamá	51.1	39.2	33.2	66	7.9	7.3	5.1	21
Paraguay	89.7	102.8	58.3	—	9.4	11.3	6.1	—
Perú	92.9	75.3	65.0	56	15.7	9.0	11.0	143
República Dominicana	94.1	72.6	61.6	65	10.4	7.1	6.8	92
Trinidad y Tabago	42.9	35.8	30.0	55	2.5	1.7	1.8	114
Uruguay	44.6	49.8	31.2	—	1.3	1.4	0.8	—
Venezuela	52.1	44.3	33.9	43	5.7	5.2	3.7	25

entre ellas el sarampión, como rubro mórbido contribuyente de los decesos parvularios (26).

Cabe mencionar que no es fácil identificar el papel causal de las denominadas "Enfermedades de la primera infancia", en su mayoría incluidas en el grupo B de la actual Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, apareciendo de este modo subponderado el riesgo perinatal correspondiente, sobre el que se informa en el cuadro 4 (32).

El medio ambiente: factor condicionante de los riesgos

En Latinoamérica el medio ambiente es un factor condicionante notable de los riesgos que afectan a la salud de madres y niños. Los factores más importantes por considerar a este respecto están constituidos por el reducido ingreso económico que va desde EUA\$86 en Haití hasta EUA\$977 en Venezuela; la condición rural que fluctúa entre 21.4% en el Uruguay y 82% en Haití; la existencia de acueductos que cubre desde el 6.5% en Haití hasta el 92.3% en Venezuela; el analfabetismo que es moderado en la Argentina (8.6%) y muy elevado en Haití (80.0%) y la restringida disponibilidad calórica que va desde 1,840 hasta 3,170 en El Salvador y el Uruguay, respectivamente (3, 22).

CUADRO 4—Mortalidad perinatal en países seleccionados de las Américas, 1965-1966.

País	Mortalidad perinatal		
	Fetal tardía	Precoz	Total
Canadá	11.3	14.3	25.6
Chile	24.2	24.1	48.3
Costa Rica	19.8	16.6	36.4
El Salvador	9.0	12.7	21.7
Guatemala	30.8	20.0	50.8
Panamá	16.0	15.9	31.9
Estados Unidos	10.6	15.9	26.5

Fuente: World Health Statistics Report, Vol. 22, No. 1, 1969.

La interacción de la política sanitaria

La política sanitaria adoptada en los países es un factor determinante del nivel y estructura de la situación de la salud de madres y niños.

Los recursos globales en términos monetarios indican que con frecuencia se destina a salud menos de EUA\$10 per cápita, destacándose el carácter promedial de dicha apreciación que está afecta a una importante distorsión geográfica e institucional.

Como en general no se han especificado los recursos asignados a los servicios de salud maternoinfantil, es muy difícil identificar los gastos ocurridos en el área mencionada y el costo/beneficio de las actividades pertinentes. Asimismo, es limitada la información acerca de la disponibilidad de recursos específicos en términos de capacidad instalada—fundamentalmente camas hospitalarias—o de personal profesional, o ambos y de colaboración auxiliar adscrita a los servicios de cuidado de la salud de madres y niños.

Respecto a camas hospitalarias globales, $\frac{2}{3}$ de los países de Latinoamérica cuentan con una tasa inferior a cinco camas por 1,000 habitantes, y con frecuencia las razones, en lo referente a disponibilidad de camas de pediatría y de obstetricia, son inferiores al 10% de las camas totales (21). Aun cuando se sabe de la existencia de una dotación adicional no cuantificada de camas que sirven los requerimientos de la atención maternoinfantil, es indudable que los recursos pertinentes son restrictos.

El personal global disponible de médicos y enfermeras es reducido en Latinoamérica, contándose con razones aproximadas de $\frac{1}{3}$ y $\frac{1}{7}$ de los existentes en Norteamérica (22), ignorándose en general la asignación de este tipo de recursos a los programas de protección maternoinfantil. En siete países se tiene información que la razón del número de pediatras u obstetras es superior a 5% del total de médicos existentes, pero se

carece de datos acerca de la distribución geográfica o asistencial, o ambas, de estos profesionales y no se conoce la proporción de médicos generales y de personal de enfermería que tiene responsabilidad de la ejecución de actividades de salud materno-infantil

Estos antecedentes explican el por qué en Latinoamérica el nivel operacional es muy limitado.

La atención institucionalizada del parto va desde cifras muy reducidas (Haití, 10.1% y el Paraguay, 18.0%), hasta coberturas en progresiva adecuación (Cuba, 91.4%; Chile, 80.6% y Barbados, 71.9%). En cerca de la mitad de los países la atención técnica del parto es inferior a 50% y en siete de ellos, está bajo un 30%; situación particularmente severa, ya que los partos no atendidos en centros hospitalarios sólo son asistidos por personal empírico.

Asimismo, la cobertura registrada en el control de prenatales y de niños es generalmente muy limitada y con fluctuaciones según países, que van desde 10% hasta 70%, debiendo destacarse que la información disponible es de muy escasa confiabilidad.

Protección materno-infantil integral

Un programa de protección materno-infantil integral sólo cabe concebirlo en su planeación y desarrollo, como formulado en el contexto del respectivo Plan Nacional de Salud. Esta situación en la mayoría de los países de Latinoamérica es sólo de carácter implícito, ya que no se han definido los recursos realmente disponibles para la ejecución del programa, que permitan establecer metas factibles.

Propósitos

Los siguientes debieran estipularse como propósitos básicos del Programa de Protección Materno-infantil Integral:

a) Contribuir a disminuir la morbi-mortalidad materna condicionada especialmente

por la multiparidad, el aborto provocado, el cáncer del cérvix y otra patología ginecológica.

b) Contribuir a reducir la morbi-mortalidad del niño, principalmente en la época de mayores exigencias para su desarrollo, incrementando en particular las acciones de prevención de los daños reducibles y promoviendo la atención médica oportuna.

c) Contribuir a mejorar las condiciones del bienestar familiar mediante el fortalecimiento de la educación y promoviendo el otorgamiento de servicios que permitan ejercer conscientemente el derecho y deber de la paternidad responsable, respetando la libre decisión conyugal.

Objetivos

Estos se postulan de carácter asistencial, docente, de adiestramiento y de investigación.

Objetivos asistenciales

Los objetivos asistenciales constituyen metas tentativas por lograr respecto a la cobertura y concentración de actividades, las que deben tener un carácter progresivo, estableciéndose prioridades programáticas que obviamente deberán concordar con el nivel de desarrollo socioeconómico que corresponda, según se ilustra esquemáticamente en el cuadro 5.

Protección integral de la familia

La familia—medio ambiente natural y más inmediato en que transcurren habitualmente los ciclos vitales de la maternidad y niñez—su satisfactoria estructuración jurídica, su estabilidad económica y laboral, la procreación en ella, deseada y responsable, la armonía psicosocial de sus miembros y la incorporación de los mismos a las actividades de la comunidad que integra, constituyen objetivos básicos por lograr en la promoción de la salud de madres y niños. Todo ello exige subsecuentemente el considerar la implementación multidisciplinaria

CUADRO 5—Prioridades de los programas de protección materno-infantil según el desarrollo socioeconómico.

Situación sanitaria condicionante	Nivel socioeconómico		
	Alto	Medio	Bajo
<i>Riesgos prevalentes</i>			
Salud materna	Mortalidad materna mínima	Mortalidad materna elevada	Mortalidad materna global muy alta
Salud infantil	Mortalidad perinatal	Mortalidad neo y posneonatal	Mortalidad parvularia
<i>Grupos prioritarios</i>			
Programas maternos	Primíparas, adolescentes y solteras	Primíparas y reincidentes de aborto	Todas las gestantes
Programas infantiles	Recién nacidos de bajo peso Adolescentes	Recién nacidos Lactantes	Todos los párvulos
<i>Actividades preferentes</i>			
Educación para la vida familiar	Restricta	Destacada	Destacada
Prevención primaria	Moderada	Destacada	Destacada
Atención médica	Moderada	Destacada	Destacada
Salud mental	Destacada	Moderada	Restricta
Asistencia social	Restricta	Moderada	Destacada
<i>Personal disponible profesional</i>			
Especializado	Obstetra-pediatra Enfermera o/y Obstétrica (***)	Obstetra-pediatra Enfermera o/y Obstétrica (**)	Obstetra-pediatra Enfermera o/y Obstétrica (o/*)
Básico	Médico y enfermera generales (***) Técnico auxiliar (*)	Médico y enfermera generales (**) Técnico auxiliar (**)	Médico y enfermera generales (*) Técnico auxiliar (***)
<i>Personal disponible no profesional</i>			
	Cooperadores voluntarios (*)	Promotores y empíricos comunitarios (**)	Promotores y empíricos comunitarios (***)

Nota: Los asteriscos denotan la mayor o menor disponibilidad de recursos.

de los programas y su debida coordinación entre agencias diferentes.

El óptimo estado de salud de los progenitores, la educación oportuna en materias ligadas a la responsabilidad conyugal y familiar, la supervisión sanitaria prenupcial—incluida la actividad de importancia creciente del consejo genético y la orientación hacia la promoción de una maternidad racionalmente aceptada, objetivo del que se hará mención ulteriormente—constituyen acciones básicas de promoción de la salud en la etapa interconcepcional.

Control prenatal

El cuidado prenatal precoz y mantenido con sistematizada regularidad deberá incluir

básicamente supervisión médica, obstétrica y dental, promoción de hábitos higiénicos, en particular educación o suplementación alimentaria, o ambas, guía psicosocial y protección económica y laboral, si así procediera. Todo ello de acuerdo con los requerimientos fisiológicos propios del período de gestación.

El esquema reseñado exige, no tan sólo el contar con una disponibilidad adecuada de recursos, fundamentalmente de personal, sino que además requiere una informada motivación por parte de las mismas madres.

Es así como en la mayoría de los países latinoamericanos la cobertura de gestantes es comúnmente inferior a un 30% (22).

En base a los antecedentes expuestos

CUADRO 6—Cobertura del control de gestantes en países seleccionados de Latinoamérica.

País	% de control de gestantes ^a
Barbados	52.2
Colombia	28.1
Ecuador	20.5
El Salvador	28.5
Guatemala	7.1
Honduras	24.2
Jamaica	78.9
Nicaragua	15.7
Panamá	67.6
Perú	39.2
Trinidad y Tabago	87.3
Venezuela	16.7

^a Por 100 nacidos vivos.

Fuente: *Las Condiciones de Salud en las Américas*. Publicación Científica de la OPS 207, 1970.

podría postularse, el lograr progresivamente en los países latinoamericanos, en el próximo cuádrenio (1972-1975), una cobertura promedio no inferior al 60% de las embarazadas estimadas, favoreciendo su inscripción con anterioridad al tercer mes de gestación.

En lo que respecta a la concentración de actividades, estimase prudente el obtener al menos cinco consultas por beneficiaria inscrita, incluyendo la atención adicional por eventual patología gineco-obstétrica.

Estas metas requieren incorporar al programa, personal auxiliar adicional que cuente con idóneo adiestramiento y regular supervisión y establecer prelación selectivas de control que permitan asignar a la responsabilidad profesional los casos de eventual alto riesgo, especialmente en las áreas más carentes de recursos.

Atención técnica del parto

La atención técnica adecuada del parto debe constituir la etapa subsecuente al control prenatal. La realidad actual revela las grandes diferencias que existen en los países latinoamericanos, pudiendo destacarse que una proporción importante de los partos no están recibiendo asistencia profesional, la que generalmente de ocurrir, es con motivo de la atención que se efectúa a nivel de hospitales, localizados particularmente en la metrópoli y ciudades importantes de las provincias.

El mayor desafío a dicho respecto se configura en países o regiones de los mismos, en que coexisten altas tasas de natalidad, elevado índice de ruralidad y subsecuente inaccesibilidad asistencial. En estas condiciones es presumible que a dichos niveles y por un período prolongado deberán promoverse soluciones realistas, en las que se postule tanto la participación del personal auxiliar de enfermería (12)—con adiestramiento y vigilancia ad-hoc—como el ubicar en unidades de salud, camas adscritas de urgencia que sirvan el propósito expuesto.

Considerando estos antecedentes, la meta pertinente en el período 1972-1975, correspondiente al incremento de la atención técnica del parto, debiera promedialmente traducirse en una cobertura aproximada de 60 por ciento. Obviamente, ello exige, entre otras medidas, el promover una normalización de los recursos relacionados con la capacidad instalada en base a un grado de uso de un 70% y de un promedio de estancia de cuatro días.

Asistencia en el período del puerperio

El control en el período del puerperio constituye una actividad importante en el cuidado de la madre que permite la supervi-

CUADRO 7—Atención técnica del parto en países seleccionados de Latinoamérica, 1978.

País	Atención técnica del parto (%)
Barbados	71.9
Colombia	29.3
Costa Rica	65.0
Cuba	91.4
Chile	80.6
Ecuador	26.6
El Salvador	26.2
Haití	10.1
Honduras	19.8
Jamaica	65.5
Panamá	61.2
Paraguay	18.6
Perú	25.0
Trinidad y Tabago	53.3
Venezuela	63.0

Fuente: *Proyecciones Cuadriennales de los Países de Latinoamérica, 1971-1975 y Las Condiciones de Salud en las Américas*. Publicación Científica de la OPS 207, 1970.

sión ginecológica de rigor, la promoción educativa en aspectos relacionados con la vida familiar y, asimismo, favorece el inicio más pronto de la supervisión del niño en el período neonatal. La cobertura de esta actividad es muy reducida en general en Latinoamérica y no alcanza en la mayoría de los países ni aun al 5% de las púerperas.

Es muy presumible que la eficiente coordinación de las acciones de protección de la salud materna e infantil logre superar la situación mencionada, mediante el aprovechamiento integral de las oportunidades de contacto de madres y niños con los servicios correspondientes de salud. Es así como podría postularse una cobertura progresiva hasta de un 50% de púerperas, a cargo preferente de enfermeras-obstetricas que cuenten con adiestramiento y supervisión adecuados.

Regulación de la fecundidad

Las actividades de regulación de la fecundidad constituyen actualmente uno de los objetivos del Programa de Protección Materna, debiendo ejecutarse sus acciones en estrecha coordinación con las restantes y propias del cuidado habitual de la salud de la madre. En atención al severo impacto biológico que tiene sobre la familia, tanto la procreación temprana, acelerada y comúnmente no deseada, como los procedimientos cruentos de su regulación, en particular el aborto, se han estado desarrollando en Latinoamérica durante la última década acciones de planificación familiar en forma progresiva y de acuerdo con las vivencias comunitarias comprobadas por los estudios realizados que han revelado una prevalencia aproximada de cerca de un 60% en el uso de anticonceptivos (5, 6).

Estas acciones se han estado ejecutando en los países de la Región, inicialmente por intermedio de asociaciones privadas nacionales, que han contado para este objetivo con cooperación foránea. En años más recientes se ha incrementado, para este pro-

pósito, la colaboración de agencias internacionales entre otras, la Organización Mundial de la Salud (7-11, 13-15) y la Organización Panamericana de la Salud (19, 21); las Naciones Unidas (30); la Agencia Internacional para el Desarrollo, de los Estados Unidos; el Consejo de Población; la Federación Internacional de Planificación Familiar; la Fundación Ford y la Fundación Pathfinder.

En el último quinquenio, los Gobiernos de los países de la Región han estado asumiendo progresivamente la tuición superior de las actividades de regulación de la fecundidad, habiéndose procedido al fortalecimiento de las divisiones de salud maternoinfantil al nivel ministerial, las que han incluido entre sus actividades las de orientación familiar. Todo ello en concordancia con las recomendaciones pertinentes adoptadas con motivo de la II Reunión de Ministros de Salud de las Américas (Buenos Aires, 1968).

En el cuadro 8 (4) se destaca que la cobertura obtenida en el desarrollo de activi-

CUADRO 8—Cobertura de actividades de regulación de la fecundidad en Latinoamérica, 1968.

País	Aceptoras	Razón A/FEM ^a
Argentina	30,345	0.5
Barbados	22,239	37.7
Bolivia	2,251	0.3
Brasil	69,362	0.4
Colombia	71,778	1.7
Costa Rica	37,067	11.9
Cuba	8,572	0.5
Chile	213,108	10.3
Ecuador	18,496	1.7
El Salvador	34,216	5.4
Guatemala	19,875	2.0
Haití	6,000	0.6
Honduras	23,171	4.8
Jamaica	12,731	2.8
México	38,534	0.4
Nicaragua	4,406	1.2
Panamá	10,755	4.1
Paraguay	4,730	1.1
Rep. Dominicana	6,888	0.9
Trinidad y Tabago	23,711	10.9
Uruguay	7,000	1.0
Venezuela	24,885	4.3

^a A/FEM: Aceptoras/mujeres en edad fértil.
Fuente: María Luisa García. Publicación CELADE, A 97, 1970.

dades de regulación de la fecundidad en Latinoamérica es restricta, siendo en 12 países inferior a un 2% de las mujeres en edad fértil y registrándose sólo en 4 países razones superiores a un 10 por ciento.

Es incuestionable que si se pretende ampliar el programa mencionado, este debe implementarse de modo distinto a lo ocurrido hasta la fecha, especialmente en lo que respecta a la incorporación al mismo y con un mayor grado de responsabilidad delegada, del personal auxiliar de salud, el que si es idóneamente adiestrado y supervisado, puede en articulación comunitaria, promover una eficiente motivación o expansión, o ambas, de las actividades de regulación de la fecundidad. Asimismo, las acciones mencionadas deben ejecutarse con una mayor coordinación que la actualmente lograda, con las restantes actividades del Programa de Salud Maternoinfantil, aprovechando para ello todos los contactos que en aquel se establecen, sea a nivel de hospitales, centros de salud y visitas sanitarias en el hogar.

A este respecto debe subrayarse la importancia que adquiere la consulta de posparto, la que debiera cumplir la triple finalidad de control del puerperio, atención del recién nacido y orientación familiar, lo que obviamente implica el promover una labor armónica entre los profesionales pertinentes del equipo de salud. Las actividades mencionadas deben permitir la práctica racional y selectiva del examen citológico concomitante y conducente a la detección precoz del cáncer cérvico-uterino, para proceder de este modo a su eventual tratamiento oportuno.

En mérito de las premisas expuestas, tentativamente puede postularse que en el período 1972-1975 se logre obtener una cobertura promedio de un 15% de las mujeres en edad fértil (15-44 años), previéndose una concentración de hasta cuatro consultas anuales para cada uno de los métodos adoptados, que otorgarán, según

un programa, médicos, enfermeras, obstetras y auxiliares de salud.

Las metas postuladas obviamente deben estimarse como progresivas para cada país y su logro debe obtenerse conforme avance la información educativa pertinente, para lo cual deben establecerse prioridades entre las que cabe mencionar las que plantean los abortos inducidos clandestinos, la multiparidad excesiva, la situación socioeconómica y emocional familiar, y en general, las condiciones peculiares de la salud de la madre y de los niños en cada hogar. En todo caso, las acciones en referencia no deben ejecutarse en desmedro de ninguna de las actividades específicas del cuidado de la salud maternoinfantil. Debe tenerse pleno respeto por la libertad de las personas y la dignidad de las familias, enriqueciendo el proceso, el que debe apuntar, con la adopción de medidas complementarias educativas, de protección económico-social y laboral a promover el bienestar de la familia.

Supervisión de la salud del párvulo

La supervisión integral de la salud de los niños y la atención subsiguiente constituye la llave maestra de la protección infantil y contempla la ejecución coordinada de actividades preventivas y curativas (29). El proceso mencionado debe iniciarse temprano y en un nivel útil operacional. A este respecto cabe destacar que la cobertura pertinente en la mayoría de los países latinoamericanos es deficiente, de acuerdo con la limitada información disponible (22).

El control infantil constituye una labor continua, cuyo énfasis debe estar determinado por la prevención de los más altos riesgos que implica la menor edad, la peculiar condición biológica del niño (anomalías congénitas, prematuridad, desnutrición) y las condiciones socioeconómicas y culturales de la familia (cesantía laboral, alcoholismo, distorsión jurídica o psicosocial conyugal y analfabetismo).

La supervisión aludida incluye, funda-

mentalmente, la evaluación del crecimiento antropométrico y de la maduración física y psicoemocional, la atención de la morbilidad, la educación higiénica familiar, el estímulo del proceso del amamantamiento materno, la suplementación alimentaria cuando así proceda, la prevención de los riesgos de enfermedades transmisibles y de los accidentes y la más adecuada adaptación psicosocial del niño en el hogar y en la comunidad.

Mención especial debe hacerse de la atención propia de la morbilidad infantil, la que en los servicios integrados de salud debe ser realizada conjuntamente con la supervisión del desarrollo antes descrito, aprovechando los beneficios subsecuentes al sistema de coordinación o regionalización asistencial existentes, o ambos, facilitándose a nivel de los centros hospitalarios las consultas especializadas o la internación, o las dos, cuando así sea requerido.

De acuerdo con lo expuesto, se puede postular la cobertura en el cuatrienio 1972-1975 de hasta un 80 y 60% de la población de -2 años y de 2 a 5 años respectivamente.

En un programa en el que se alcancen las coberturas mencionadas cabe otorgar una concentración de consultas de salud de 12, 8 y 1 en el primero, segundo y cada uno de los años sucesivos de la niñez. Obviamente, las consultas mencionadas pueden coincidir con interurrencias mórbidas, lo que no obsta para considerar que dichos contactos con los servicios de salud constituyen oportunidades para promover una supervisión de los aspectos básicos del desarrollo infantil (18).

Se considera que la magnitud de la morbilidad adicional exigirá una importante cooperación del personal de colaboración y auxiliar, para obtener el cumplimiento de los objetivos mencionados.

En lo referente a la atención pediátrica hospitalaria, debe obtenerse un grado de uso del orden de 80% y de un promedio de estancia de 10 días, para poder otorgarse

las prestaciones asistenciales pertinentes que condicionen la expansión general del programa.

Protección sanitaria del escolar y del adolescente

La protección biológica del escolar y adolescente debe prolongar la labor pertinente efectuada durante la infancia y la niñez, finalizándose en esta forma la promoción de la salud realizada durante el ciclo global del desarrollo.

En Latinoamérica la protección sanitaria que se otorga al escolar y a los adolescentes está centrada, sin adecuada coordinación comúnmente, tanto en las actividades inespecíficas cumplidas en los servicios generales de salud, como en unidades médicas ubicadas a nivel escolar, universitario o laboral, en base a la labor que en ellas realiza un equipo profesional multidisciplinario (ortopedista, ginecólogo, endocrinólogo, psiquiatra, enfermera, psicólogo, sociólogo). Existen actualmente dificultades en proveer, en escala nacional, una atención sistematizada y eficiente del joven, la que sólo puede materializarse en el contexto de una organización sanitaria que contemple la regionalización asistencial y en la que los centros mencionados adquieran el carácter de núcleos de apoyo técnico y de centros de referencia de la consulta especializada.

Este planteamiento exige la necesidad de promover un adiestramiento de los integrantes de distinta categoría del equipo sanitario, los que deben desarrollar las actividades pertinentes, en relación estrecha con maestros, centros de orientación vocacional y organizaciones juveniles.

Objetivos docentes, de adiestramiento y de investigación

Las metas de adiestramiento en referencia deben contemplar en su formulación tanto el tipo de personal en capacitación—que es multidisciplinario en los programas de pro-

tección maternoinfantil—como las responsabilidades a él asignadas.

El plan de estudios básicos de la enseñanza y el temario de investigación debiera incluir de preferencia entre otros tópicos, los relacionados con la fisonomía biológica-sanitaria de la reproducción humana y del desarrollo infantil y con la organización de los servicios de salud, en particular con los de protección maternoinfantil, con debida consideración del problema demográfico que los afecta.

En la materia expuesta debe mencionarse las oportunidades de perfeccionamiento que han ofrecido para los países latinoamericanos diversos organismos internacionales, entre ellos: la Organización Panamericana de la Salud, a través de los cursos regulares de Pediatría Clínica y Social en Santiago, Chile y Medellín, Colombia; Salud y Dinámica de la Población en Santiago, Chile y São Paulo, Brasil; Administración en Salud Maternoinfantil en Santiago, Chile y Buenos Aires, Argentina, y Cuidado Intensivo de la Madre, Feto y Recién Nacido en el recientemente creado Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano en Montevideo, Uruguay (25).

Asimismo, en torno a docencia en salud maternoinfantil, debe destacarse la actividad coordinada que ha estado cumpliendo la OPS en conjunto con el Centro Internacional de la Infancia de París, y el Instituto Interamericano del Niño, entidad esta última, especializada de la Organización de Estados Americanos, mediante el desarrollo de seminarios, en los que se ha promovido el análisis de los problemas más importantes que plantea la salud del niño y de la familia (25).

Finalmente, cabe reseñar la importante preocupación con que se ha estado considerando en Latinoamérica la formación y capacitación del personal de colaboración médica, especialmente destinado a cumplir actividades en el programa de salud maternoinfantil.

En materia de investigación, los programas de salud maternoinfantil en Latinoamérica debieran contribuir, de preferencia, al estímulo o fortalecimiento de estudios básicos u operacionales, o ambos, destinados entre otros objetivos, a obtener en cooperación de otras agencias el mejor conocimiento de los hechos vitales que condicionan el problema sanitario pertinente.

En este sentido, sin duda, un aporte importante ha constituido el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud, tanto de la Investigación Interamericana de Mortalidad en población adulta (1962-1964) que permitió conocer hechos epidemiológicos de interés relacionados con la mortalidad materna (27), como la que prosigue y que analiza en 13 áreas seleccionadas de Latinoamérica el riesgo de muerte en la niñez y cuyos resultados preliminares permiten obtener una mayor precisión en la ponderación de la magnitud y en el conocimiento del determinismo, muchas veces evitable, de los decesos ocurridos en la menor edad (26).

En la actualidad, además de las investigaciones que se realizan en centros especializados, preferentemente en torno al problema de la fecundidad humana, de la nutrición y del crecimiento y desarrollo infantil, se ha estado registrando en Latinoamérica un interés singular por promover investigaciones operativas que permitan definir las técnicas y procedimientos más adecuados para obtener el mayor rendimiento y eficacia en la atención a madres y niños que debe brindarse.

Como corolario, debe subrayarse que la obtención de los objetivos mencionados, asistenciales, de adiestramiento e investigación a que se ha hecho referencia, están ligados a la posibilidad de realizar con respecto a dichas materias una política conjunta por parte de los ministerios de salud y de las universidades.

Resumen

Se destaca la magnitud elevada de los riesgos que comprometen en Latinoamérica a la salud de madres y niños, los que se condicionan por las características del desarrollo global de los países y por la dinámica de los cambios demográficos que se han estado registrando en ellos.

Los hechos reseñados que afectan mayormente a los grupos económicamente vulnerables de una fracción biológica de la población, estimada en cerca del 65%, tienen una especial severidad, tanto por el frecuente registro incompleto de las estadísticas vitales pertinentes, como por la carencia de una cuantificación adecuada de los riesgos sanitarios no necesariamente letales de los sobrevivientes.

Se reconoce que la situación expuesta es el resultado en medida importante del restringido cumplimiento de las metas correspondientes establecidas en la Carta de Punta del Este, tendientes a obtener en el curso de la última década una reducción de un 50% de las tasas de mortalidad registradas en la niñez.

Es en consecuencia oportuna e indispensable la necesidad recomendada por los Gobiernos de los países de la Región, de impulsar programas de protección maternoinfantil y de educación integral de la familia

Las premisas mencionadas exigen una

redefinición tanto de las estructuras administrativas como de las normas técnicas debidamente actualizadas y realistas, en que cabe establecer el desarrollo de actividades de cuidado de la salud de madres y niños, las que deben ejecutarse en el contexto de los planes nacionales de salud y en concordancia con los programas globales de desarrollo económico y social.

Específicamente, se reconoce que una de las mayores limitaciones de los programas actuales de salud maternoinfantil reside en la cobertura comúnmente restringida de sus prestaciones, proceso cuya paulatina superación exige una diferente implementación de los programas que contemple entre otros aspectos, la integración preventivo-curativa de sus actividades y su coordinación con acciones afines incluyendo, entre otros rubros, los relacionados con educación higiénica, suplementación alimentaria, obtención de nivel útil de vacunaciones y orientación para el ejercicio de una procreación biológica y humanamente responsable.

Se subraya finalmente que el cumplimiento eficiente del programa en referencia está ligado en gran medida, tanto a la posibilidad de incorporar a este, a personal de colaboración médica y auxiliar, que cuente con adiestramiento y supervisión adecuados, como de un modo muy especial a la promoción de una motivada cooperación cívico-comunitaria. □

REFERENCIAS

- (1) Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). *Boletín Demográfico*. Año II, Vol. III, Santiago de Chile, 1969.
- (2) Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). *Boletín Demográfico*. Año II, No. 4, Santiago de Chile, 1969.
- (3) Inter-American Development Bank. *Socio-Economic Progress in Latin America. Social Progress Fund. Ninth Annual Report*. Washington, 1969.
- (4) García, M. L. *Programas de planificación familiar en América Latina, 1969*. Publicación CELADE. Serie A, No. 97, Santiago de Chile, 1970.
- (5) Miró, C. *Un programa de encuestas cooperativas de fecundidad en América Latina. Refutación de algunos conceptos erróneos*. CELADE. Publicación No. 49. Serie A, Santiago de Chile, 1965.
- (6) Miró, C. y Rath, F. *Resultados preliminares de las encuestas comparativas de fecundidad en 3 países latinoamericanos*. CELADE. Publicación No. 47. Serie A, Santiago de Chile, 1965.
- (7) Organización Mundial de la Salud. 18a Asamblea Mundial. Documento A 78/P y B/4, Ginebra, 1965.
- (8) Organización Mundial de la Salud. 19a Asamblea Mundial. Documento A 18/P y B/19, Ginebra, 1966.

- (9) Organización Mundial de la Salud. 20a Asamblea Mundial. Documento A 19/VR/14, Ginebra, 1967.
- (10) Organización Mundial de la Salud. 21a Asamblea Mundial. Documento A 21/P y B/9, Ginebra, 1968.
- (11) Organización Mundial de la Salud. 22a Asamblea Mundial. Documento W.H.A./22.32, Ginebra, julio 1969.
- (12) Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos de la OMS sobre la función de la partera en la asistencia de la madre. *Ser Inf Téc* 331, 1966.
- (13) Organización Mundial de la Salud. Estudios recientes sobre regulación de la fecundidad. Informe de un grupo científico de la OMS. *Ser Inf Téc* 331, 1966.
- (14) Organización Mundial de la Salud. Organización y administración de los servicios de higiene materno infantil. V Informe del Comité de Expertos de la OMS en Higiene Materno infantil. *Ser Inf Téc* 428, 1969.
- (15) Organización Mundial de la Salud. Factores biológicos de la reproducción humana. Estudio sobre sus variaciones en diferentes grupos de población. Informe de un grupo científico de la OMS. *Ser Inf Téc* 435, 1969.
- (16) Organización Panamericana de la Salud. *Salud, crecimiento económico y progreso social en la América Latina*. Publicación Científica 68. Washington, D. C., 1961.
- (17) Organización Panamericana de la Salud. Reunión de Ministros de Salud, grupo de estudio. Informe final. Washington, D. C., 1963.
- (18) Organización Panamericana de la Salud. *Un programa de cuidados de la salud para la madre y el niño*. Publicación Científica 130. Washington, D. C., 1966.
- (19) Organización Panamericana de la Salud. Participación del sector salud en la política de población. XVIII Reunión del Consejo Directivo, XX Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Documento CD 18/DT/1, Buenos Aires, octubre, 1968.
- (20) Organización Panamericana de la Salud. *Hechos que revelan progreso en salud*. Publicación Científica 166. Washington, D. C., 1968.
- (21) Organización Panamericana de la Salud. Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Buenos Aires, Argentina, octubre 1968. Informe final. Documento oficial 89. Washington, D. C., 1968.
- (22) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Publicación Científica 207. Washington, D. C., 1970.
- (23) Organización Panamericana de la Salud. *Nutrición materna y planificación familiar. Informe de la Reunión de un grupo técnico de la OPS*. Publicación Científica 204. Washington, D. C., 1970.
- (24) Organización Panamericana de la Salud. Esquema de proyecciones cuatrienales. Publicación mimeografiada. Washington, D. C., 1970.
- (25) Organización Panamericana de la Salud. *Informe cuatrienal del Director. 1966-1969*. Documento oficial 101. Washington, D. C., 1970.
- (26) Pan American Health Organization. Progress Report of the Inter-American Investigation of Mortality in Childhood. 9th Meeting of the Advisory Committee on Medical Research, June, 1970. Washington, D. C. Mimeographed document.
- (27) Puffer, R. R. y Griffith, G. W. *Características de la mortalidad urbana*. Publicación Científica 151. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C., 1968.
- (28) Rath, F. América Central. Tendencias tasadas y perspectivas de su población. Mimeografiado. Universidad de Costa Rica, 1968.
- (29) Rossetol, J. La salud del niño, valores, riesgos y metas, con especial referencia a Latinoamérica. Seminario de Salud Familiar. OPS/OMS Panamá, 1969.
- (30) Unión Panamericana. Declaración de los Presidentes de las Américas. Punta del Este. Uruguay, abril 1967. Secretaría General de la Organización de Estados Americanos. Washington, D. C., 1967.
- (31) United Nations. Economic and Social Council. Committee on Coordination. Special Report on Coordination in Certain Fields Designated by the Council in Resolution 1277 B (XLIII), Nueva York, 1968.
- (32) World Health Organization. World Health Statistics Report. Rapport de Statistiques Sanitaires Mondiales. Vol. 22, No. 1, 1969.

Maternal and child health in Latin America (Summary)

Emphasis is placed on the great number of hazards threatening the health of mothers and children in Latin America. These hazards are conditioned by the characteristics of global de-

velopment in the countries and by the dynamics of the demographic changes taking place there.

The facts presented, which chiefly affect the economically vulnerable groups of a biological

portion of the population estimated at about 65%, are particularly serious in the light of the frequent under-registration of pertinent vital statistics and the lack of a suitable quantification of health hazards which are not necessarily lethal to the survivors.

It is recognized that the situation presented is the result, to a considerable degree, of the limited fulfillment of the goals established in the Charter of Punta del Este, which tended over the past decade, to obtain a reduction of 50% in child mortality rates.

Consequently, it is both timely and necessary to follow the recommendation of the Governments of the countries of the Region and promote programs for maternal and child care and integrated family education.

Such programs require both a redefinition of administrative structures and up-to-date, realistic technical standards which cover the establishment of activities for the care of mother and child. These activities should be implemented within the context of the national health plan

and in consonance with the global economic and social development programs.

Specifically, one of the greatest limiting factors in the present maternal and child health programs is seen to be the commonly restricted coverage of their services. To gradually overcome this limitation a different approach is needed which envisages, among other things, the integration of the preventive and curative aspects of its activities and their coordination with related activities, such as health education, nutrition, obtainment of a useful level in vaccinations, and guidance in the exercise of a procreation which is biologically and humanely responsible.

Finally, it is pointed out that the efficient realization of the program under study is linked to a great extent to the possibility of incorporating medical and auxiliary personnel who are adequately trained and supervised, and in a very special way, to the promotion of a spirit of community and civic cooperation among the population groups affected.

Saúde materno-infantil na América Latina (*Resumo*)

Destaca-se a elevada magnitude dos riscos que, na América Latina, comprometem a saúde de mães e crianças, condicionados pelas características do desenvolvimento global dos países e pela dinâmica das modificações demográficas neles registrados.

Os fatos que se resumem, que afetam principalmente aos grupos economicamente vulneráveis de uma fração biológica da população estimada em cerca de 65% da mesma, têm especial gravidade tanto pelo frequente subregistro das estatísticas vitais pertinentes como pela carência de uma quantificação adequada dos riscos sanitários não necessariamente letais dos sobreviventes.

Reconhece-se que a situação exposta é o resultado, em grande parte, do cumprimento restrito das metas correspondentes estabelecidas na Carta de Punta del Este, tendentes a obter, no curso da década passada, redução de 50% nas taxas de mortalidade registradas na infância.

Portanto, é indispensável e oportuna a recomendação dos Governos dos países da Região no sentido de impulsionar programas de proteção materno-infantil e de educação integral da família.

As mencionadas premissas exigem uma redefinição das estruturas administrativas e das

normas técnicas, devidamente atualizadas e realistas, em que cabe estabelecer o desenvolvimento de atividades de cuidado da saúde de mães e crianças, que devem ser executadas no contexto dos planos nacionais de saúde e em concordância com os programas globais de desenvolvimento econômico-social.

Especificamente reconhece-se que uma das maiores limitações dos atuais programas de saúde materno-infantil reside na cobertura de maneira restrita da prestação dos mesmos, processo cuja paulatina superação exige implementação diferente dos programas visando, entre outros aspectos, à integração preventivo-curativa de suas atividades e sua coordenação com ações afins que incluam entre outras rubricas as relacionadas com educação higiênica, suplementação alimentar, obtenção de nível útil de vacinas e orientação para o exercício de uma reprodução biológica e humanamente responsável.

Enfatiza-se, finalmente, que o cumprimento eficiente do programa está ligado em grande parte tanto à possibilidade de incorporar o próprio pessoal de colaboração médica e auxiliar que conte com adequado treinamento e supervisão como, muito especialmente, à promoção, neste âmbito, de motivada cooperação cívico-comunitária.

Santé maternelle et infantile dans les pays d'Amérique latine (Résumé)

Il convient de souligner l'amplitude des dangers qui risquent de compromettre la santé de la mère et de l'enfant dans les pays d'Amérique latine, et qui résultent des conditions imposées par les caractéristiques du développement global des pays et l'action des modifications démographiques auxquelles ils ont été soumis.

Les résumés des données relatives au groupe économiquement vulnérable que constitue une fraction de la population, estimée à environ 65 pour cent, sont particulièrement évocateurs de la gravité de la situation, puisqu'ils sont certainement au-dessous de la vérité étant donné l'insuffisance fréquente des statistiques vitales s'y rapportant et l'absence d'une quantification adéquate des dangers, pas nécessairement mortels, qui menacent la santé des survivants.

On reconnaît que cette situation est dans une large mesure le résultat de l'application limitée des mesures prévues en la matière par les accords de Punta del Este, dont l'objectif était d'obtenir pour la dernière décennie une réduction de 50 pour cent des taux de mortalité infantile.

Il est donc à la fois opportun et indispensable de prendre les mesures recommandées par les gouvernements des pays de la région en question, afin de mettre en oeuvre des programmes de protection maternelle et infantile ainsi que des programmes d'éducation s'adressant à la famille.

Il faudra pour cela procéder à une réorgani-

sation des structures administratives et des normes techniques dûment modernisées et nécessaires au développement du service de la protection maternelle et infantile, lesquelles doivent être intégrées aux projets de santé publique dans le cadre des programmes d'ensemble de développement économique et social.

Le caractère limité des programmes actuels de protection maternelle et infantile a pour cause principale le nombre relativement peu élevé des services qu'ils assurent; il ne sera possible d'y remédier progressivement qu'en modifiant la mise en oeuvre des programmes afin de mettre l'accent, entre autres, sur une intégration de la médecine préventive, la coordination desdits programmes et un certain nombre de mesures visant à assurer l'éducation des populations en ce qui concerne la santé et l'hygiène ainsi que la fourniture de vitamines, tout en réalisant dans le pays un niveau de vaccination convenable et l'éducation des populations afin de parvenir à un planning familial fondé sur un sens des responsabilités biologiques et humaines.

Il convient de souligner que la réalisation du programme en question est liée dans une large mesure à la possibilité de lui incorporer un personnel médical et auxiliaire dont il faut assurer la formation et l'encadrement, et d'encourager l'esprit de coopération civique et communautaire, ce qui est indispensable dans ce domaine.