



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## 34.<sup>a</sup> SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., 29 al 31 de marzo de 2000

*Punto 9 del orden del día provisional*

SPP34/9 (Esp.)

2 marzo 2000

ORIGINAL: ESPAÑOL

### SALUD DE LA NIÑEZ

La salud de la niñez en las Américas representa un importante desafío. Al cumplirse 10 años de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia se reconocen continuos logros en el control de enfermedades infectocontagiosas, en cobertura de inmunizaciones, en aspectos nutricionales, aumento de cobertura en control prenatal y atención profesional del parto entre muchos otros avances. La salud en una conceptualización integral y positiva, es un producto social que es determinante en el desarrollo humano y por ende, del progreso. Se reconoce que las políticas y estrategias adecuadas pueden modificar positivamente la realidad y generar expectativas de desarrollo humano de los niños y niñas lo que se constituye en un elemento clave para avanzar en el logro de la equidad y en el desarrollo global de la Región.

Muchos de los países han entrado en una etapa de transición epidemiológica y demográfica, presentando desafíos para enfrentar y atender problemas aún no resueltos, la emergencia de nuevas enfermedades y retos sociales que afectan la salud, y a la vez para estar vigilantes y establecer bases para la infancia que les permitirán disfrutar de buena salud a través de su vida. Hay razones humanas, éticas, sociales y económicas para que la salud en la niñez constituya una prioridad, tanto para la acción como para la inversión. La entrada en el nuevo milenio ofrece una oportunidad de revisar la situación, expandir los logros y diseñar estrategias apropiadas para esta situación transicional de la Región.

Este documento es el producto de una discusión interna en las unidades de la OPS con responsabilidades que tocan a la salud del niño. En él se reconoció la multidisciplinariedad y multisectorialidad necesaria para estimular el desarrollo integral del niño y se enfoca desde el punto de vista del sector salud y su contribución. Se parte de un análisis de la situación actual, llegando a desarrollar un marco de referencia que puede servir para la reorientación de esfuerzos para lograr la salud en la niñez, basado en evidencias de diferentes disciplinas. Se presentan sugerencias para estrategias y líneas de acción con una proyección de resultados esperados y se identifica el rol de la OPS y un estimado de los costos involucrados.

Se pone el presente documento a consideración del Subcomité de Planificación y Programación para su revisión y discusión y se solicita a los Miembros del Subcomité su orientación en el desarrollo de la direccionalidad y prioridades de la OPS en este tema.

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. Introducción.....	3
2. Análisis de la situación de salud infantil en las Américas.....	4
2.1 Situación demográfica.....	4
2.2 Situación epidemiológica.....	4
2.3 Situación nutricional.....	5
2.4 Violencia, trabajo, abandono y abuso en la niñez.....	6
2.5 Problemas ambientales.....	7
2.6 Los servicios de salud.....	7
3. Marco político-conceptual para salud en la niñez.....	8
3.1 Principios básicos del marco conceptual para proveer las bases para el desarrollo de un plan estratégico.....	12
3.2 Los desafíos más importantes para incorporar este nuevo paradigma.....	13
4. Estrategias.....	13
4.1 Objetivos estratégicos a considerar en las orientaciones de la OPS para los Estados Miembros en salud y desarrollo integral de la niñez.....	14
4.2 Líneas de acción.....	14
4.3 Planes, programas y servicios.....	15
4.4 Desarrollo de recursos humanos.....	16
4.5 Desarrollo del conocimiento.....	16
5. Movilización de recursos nacionales e internacionales.....	16
Bibliografía.....	18

## **1. Introducción**

La situación de salud de los niños de 0 a 10 años de edad en las Américas ha mejorado progresivamente como resultado del desarrollo social, económico, ambiental y tecnológico, el control de enfermedades transmisibles y la mayor cobertura y calidad de los servicios de salud. Sin embargo, persisten desafíos de problemas sin resolver y otros temas sin abordar para lograr una generación de niños sanos, contentos y contribuyentes a su propio bienestar, además del de sus familias, sociedades y naciones.

Al cumplirse un decenio de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia se hace necesario examinarla en el contexto de la realidad demográfica, epidemiológica, económica, social y política de la Región de las Américas.

Desde los períodos de la preconcepción, embarazo, nacimiento, lactancia, la vida preescolar y escolar, se construyen las bases del desarrollo integral que producirá impacto en la salud a lo largo de la vida. Se reconoce que la interacción entre los factores biológicos, psíquicos, sociales, ambientales, económicos, culturales y políticos, así como los entornos más cercanos, configura la susceptibilidad de enfermar, así como las fortalezas para estar protegido.

Basado en los impactos demostrados de promoción del desarrollo integral en edades tempranas hay consenso en considerar que la mejor y más rentable inversión social es la que se realiza en los niños.

El sector salud, en conjunto con otros sectores, encuentra una ventana de oportunidad para asumir el liderazgo y contribuir a establecer prioridades e invertir, a través de los niños sanos, para un futuro mejor.

Este documento establece un análisis de la situación actual referente a la salud en la niñez y los servicios diseñados para atender esta población. Se integra un marco de referencia que puede servir para la reorientación de esfuerzos basados en evidencias de diferentes disciplinas. También se esbozan las principales estrategias y líneas de acción necesarias para promover la salud y el desarrollo integral de la niñez con resultados esperados. Concluye con sugerencias para empezar el proceso de desarrollo de un plan regional, el rol proyectado para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y un estimado de los costos.

Se solicita al Subcomité de Planificación y Programación que revise y discuta el documento y provea su orientación en el desarrollo de la direccionalidad y prioridades de la OPS en este tema.

## **2. Análisis de situación de salud infantil en las Américas**

### **2.1 *Situación demográfica***

El decremento del crecimiento poblacional ha sido significativo, aunque los niños continúan siendo mayoría de la población, con concentraciones más altas en las zonas rurales. El creciente proceso migratorio del campo a la ciudad ha generado un crecimiento inorgánico y como resultado, los niños tienen dificultades de acceso a los servicios públicos básicos, viven en condiciones de hacinamiento y pobreza, y están expuestos a riesgos variados y abusos sociales. Los conflictos y desastres naturales (por ejemplo: huracanes Mitch y Georges y las recientes inundaciones en Venezuela) han contribuido a una situación precaria. Las tendencias demográficas están generando grupos familiares cada vez más pequeños y más nucleares, con la consiguiente disminución de redes de apoyo social.

### **2.2 *Situación epidemiológica***

#### **2.2.1 *Mortalidad***

Todos los países de la Región han disminuido la mortalidad en la niñez aunque los perfiles varían. A pesar del importante descenso en los últimos 40 años, la tasa de mortalidad infantil por enfermedades transmisibles es 10 veces mayor en la Región de América Latina y el Caribe que en Canadá.

La mortalidad infantil es mayor en situaciones de pobreza, en las zonas rurales y hasta 300% mayor en hijos de madres sin instrucción. Las causas de muerte por afecciones perinatales están fuertemente asociadas con la desnutrición maternofetal, infección fetoneonatal, ruptura prematura de membranas, prematuridad, hipertensión crónica, parto distócico, iatrogenia e hipoxia fetoneonatal.

Las principales causas de muerte entre 1 y 4 años la constituyen las enfermedades transmisibles y los accidentes. Las causas externas y las enfermedades congénitas son más importantes en términos relativos en aquellos países que ya han alcanzado niveles bajos de mortalidad infantil. Las enfermedades transmisibles y derivadas de la desnutrición adquieren más peso en los países con altas tasas de mortalidad, a pesar de lo cual aún las causas externas son significativas. Los accidentes constituyen también la primera causa de muerte en el grupo de 5 a 10 años, con una marcada tendencia al aumento.

### 2.2.2 Morbilidad

La información sobre morbilidad está basada en los casos identificados en los servicios de salud, sin hacer proyecciones sobre las poblaciones no atendidas. La tasa de mortalidad no evidencia lo que representan los accidentes en servicios, costos y discapacidades. Por cada niño de 1 a 14 años muerto a causa de un accidente como peatón, por ejemplo, 16 fueron tratados en centros asistenciales.

Sobre la información disponible, se sabe que las infecciones respiratorias agudas (IRA) y las diarreas agudas (DA) siguen siendo las principales enfermedades que afectan a los niños. La septicemia, la meningitis, la desnutrición y la malaria son importantes en algunos países (causantes de entre 50% y 95% de las consultas y hospitalizaciones). La estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), ejecutada en 19 países de la Región, se ha constituido en un factor de relevancia en la reducción de la mayoría de los indicadores de enfermedades transmisibles.

De 1977 a 1999, las coberturas en inmunizaciones en menores de 1 año han aumentado del 25% a niveles sobre el 80%, siendo la Región de las Américas la primera en erradicar la viruela en 1971, la poliomielitis en 1991 y estar a punto de erradicar el sarampión para fines del año 2000. La mayoría de los países administran seis vacunas para prevenir importantes enfermedades que causan morbimortalidad en la Región: difteria, poliomielitis, sarampión, tétanos, tos ferina, y tuberculosis. Se han logrado avances en la introducción de otras vacunas que previenen rubéola y síndrome de rubéola congénita, infecciones por *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) y hepatitis B. El impacto de las inmunizaciones se incrementa al incorporarse las vacunas Hib y la triple viral (sarampión, parotiditis y rubéola) en los programas de vacunación de rutina de la mayoría de los países de las Américas.

Existen otras causas de morbilidad emergentes en las Américas que son preocupantes. El porcentaje de casos pediátricos de SIDA sobre el total acumulado de casos notificados en la Región alcanza 1,8%. Se proyecta que 90% de los niños entre 5 y 14 años presentan caries dental y alrededor de 50% evidencian problemas inflamatorios de encías.

### 2.3 Situación nutricional

Se estima que 8% de los recién nacidos en la Región son de bajo peso, fuertemente asociados con la mortalidad neonatal y con los riesgos de limitaciones en el crecimiento y desarrollo. Hay estudios que sugieren una relación entre el bajo peso al nacer y una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta. El retardo del crecimiento de los menores de 5 años es difícil de dimensionar, sin

embargo, se estima que 20% están afectados y especialmente los menores de 2 años. Sólo México (6%) y Haití (9%) registran emaciación severa. En el Cono Sur se observa malnutrición por exceso.

Las estrategias de fomento a la lactancia materna han aumentado el número de madres que amamantan a sus hijos, alcanzando a un 90% de los recién nacidos. Sin embargo, la proporción de mujeres que amamantan según la recomendación de 4 a 6 meses es mucho menor. La anemia es un problema grave en la Región con una prevalencia en las embarazadas y niños menores de 2 años entre 20% y 60%. El déficit de vitamina A requiere atención urgente en Brasil, El Salvador, Guatemala, República Dominicana, México y Perú. Debido a que el 97% de los países dispone de sal yodada, los problemas con el yodo son de sostenibilidad y vigilancia. Hay países que han comenzado a fortificar alimentos con ácido fólico.

#### **2.4 *Violencia, trabajo, abandono y abuso en la niñez***

La incorporación temprana al trabajo es un problema emergente en la Región, especialmente en zonas rurales. Se estima que 20 millones de menores de 15 años trabajan, siendo más de la mitad de ellos menores de 10 años y solamente el 10% está en el sector formal.

El trabajo infantil, además de marginar al niño del sistema educativo, profundiza las desigualdades de la infancia, exponiendo al niño a abuso sexual, maltrato, accidentes, delincuencia y conductas de riesgo (tabaquismo, drogas, conducta sexual). A largo plazo la marginación del sistema educativo representa una disminución de 20% de ingresos a lo largo de toda su vida. Hay estudios que evidencian cuadros de depresión, pasividad, trastornos del sueño y de la alimentación y existe escasa información sobre abandono y maltrato infantil. Muchos países empiezan a preocuparse del creciente número de niños que no están en el sistema escolar, ni cuentan con una red de apoyo directa, los llamados "niños de la calle". Su número es difícil de determinar y se sabe que están sometidos a múltiples riesgos de tipo físico y socio-afectivos que dañan su desarrollo y crecimiento.

La violencia, tanto intra-familiar como social y otros problemas de la salud pública, como el tabaquismo y la drogadicción, continúan en aumento en algunas poblaciones con impacto en la salud de los niños afectados. El abuso sexual está siendo reconocido como problema de salud pública. La proporción de niñas afectadas por abuso aumenta después de los 5 años. Cada vez más la pornografía utiliza a los niños, y con la expansión de la comunicación a nivel global y el temor a contraer SIDA se ha estimulado e incrementado la demanda sexual de niños y niñas.

## **2.5 *Problemas ambientales***

Existen riesgos tradicionales relacionados con la pobreza y el subdesarrollo como la falta de agua potable, la eliminación de excretas, la contaminación intra-domiciliaria del aire y la contaminación de los alimentos. La vida moderna ha traído otros riesgos tales como la acumulación de residuos sólidos peligrosos; la contaminación del aire por emisiones tóxicas de industrias y vehículos; la contaminación de recursos hídricos por desechos industriales; el uso indebido de sustancias químicas o radiactivas vinculadas a nuevas tecnologías; los accidentes de tránsito, cambios climáticos y atmosféricos como el enrarecimiento de la capa de ozono, y el efecto invernadero. Todo estos factores afectan la salud de la población en general, pero con más intensidad a los más vulnerables, en especial, los niños pequeños.

## **2.6 *Los servicios de salud***

La mayoría de los países de la Región se encuentra en proceso de reforma del sector salud, de descentralización política y administrativa, y de conflictos paradigmáticos entre el predominio de lo curativo versus la incorporación de lo preventivo y promocional. Con escasas excepciones los servicios de salud responden a la demanda espontánea de morbilidad, con atención eminentemente biomédica, curativa y despersonalizada que responde a un enfoque individual. Las actividades de tipo preventivo para el niño están centradas fundamentalmente en inmunizaciones y las actividades de promoción y anticipación en las áreas de crecimiento y desarrollo siguen siendo escasas; en algunos esquemas, se separan las actividades de promoción de los aspectos curativos y preventivos, perdiendo así oportunidades para educación en salud.

La capacidad resolutoria del nivel primario es relativamente baja. Existen varios estudios que muestran que la falta de confianza en el sistema y la calidad de los servicios reduce la utilización de los mismos. Los mecanismos de referencia y contrareferencia débiles agregan dificultades para una atención continua, evidenciado por redes de servicios desarticuladas y con difícil acceso a los niveles de mayor complejidad, en especial para los sectores de la población con menores recursos. Hay tendencia a enfatizar acciones unidireccionales, lo cual fragmenta la atención a un desarrollo integral del niño. La incorporación de las inmunizaciones y el AIEPI han fortalecido los servicios en aspectos de información epidemiológica, planificación y evaluación, además de enfatizar la atención al niño en el desarrollo de los servicios de salud. Las inmunizaciones y el control de crecimiento y desarrollo hacen que el niño visite regularmente los servicios durante su primer año de vida. Sin embargo, después del año de vida el contacto de los niños con el sistema de salud es ocasional y motivado por episodios agudos de morbilidad. En el período crítico para el desarrollo del niño, entre uno y cinco años, no cuenta con una atención programada por parte del sistema de salud.

En resumen, la situación de salud en la niñez en la Región es crítica. Los procesos de transición mantienen brechas en morbilidad importantes entre los países y al interior de ellos y emergen nuevas problemáticas asociadas al desarrollo socioeconómico con consecuencias en los ambientes físicos y psicosociales. Los sistemas de salud, si bien se encuentran en procesos de reforma, se han centrado en los aspectos financieros y queda aún mucho por hacer en los aspectos de organización y funcionamiento de los servicios y su papel en el desarrollo de salud y bienestar de los niños. La evidencia permite afirmar la necesidad de reorientar los servicios de salud a acciones más integradas hacia el niño y su familia, acompañándolos a través del proceso de desarrollo del ciclo de vida.

### **3. Marco político-conceptual para salud en la niñez**

La salud en la niñez en las Américas representa un importante desafío no sólo por los problemas de morbilidad existentes, sino porque promueve el desarrollo humano de los niños y porque es un elemento clave para avanzar en el logro de la equidad y el desarrollo de la Región en el sentido global. Existe sin duda, la necesidad de continuar la lucha contra la enfermedad, tanto en aspectos preventivos como en aspectos de tratamiento, incorporando estrategias de promoción de salud y desarrollo.

La Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, realizada en 1990, marcó un hito crucial en los esfuerzos por mejorar la salud y las condiciones de vida de los niños del mundo. Las metas establecidas en la Cumbre se relacionan con la salud, la nutrición y la educación de la infancia, así como el medio ambiente. En la Región de las Américas, estas metas se han reiterado y ampliado en las reuniones ministeriales de seguimiento llevadas a cabo en México (Declaración de Tlatelcolco, 1992), Colombia (Compromiso de Nariño, 1994), Chile (Acuerdo de Santiago, 1996) y Perú (Acuerdo de Lima, 1998). Los Gobiernos de la Región además, han manifestado su compromiso de implementar los Acuerdos de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena 1993), la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo 1994), la Cumbre Mundial de Desarrollo Social de (Copenhague 1995) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995).

La mayoría de los países de la Región han ratificado la Convención Internacional de los Derechos del Niño, la que se constituye en el marco ético y jurídico para la implementación de políticas públicas en la infancia y la adolescencia. Han ratificado también la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer, elemento que influye enormemente en la salud de los niños. También, los acuerdos en Promoción de la Salud (Ottawa 1986, Yakarta 1997) marcan lineamientos claros, factibles para enfrentar las complejidades involucradas en el proceso de lograr salud para todos.

La OPS propone avanzar con un modelo del desarrollo integral del niño (DIN) donde la salud forma el eje fundamental. El concepto de DIN se entiende como la plena realización humana en un ciclo específico de la vida, con la mejor calidad posible y con miras al ejercicio de la ciudadanía. Para poder operacionalizar este concepto, se prevé la conjugación de tres ejes integradores: a) a nivel individual, el reconocimiento de la integridad biosicosocial en el desarrollo del niño; b) a nivel de población, se reconoce la importancia de reforzar acciones con individuos, familias, comunidades y con los diferentes entornos; y c) a nivel del sistema y servicios de salud, se asegura la incorporación de promoción, protección y provisión de servicios que responden a la integridad del niño y a los determinantes que influyen en su desarrollo.

Cada etapa desde la preconcepción, el embarazo, la infancia, el preescolar, el escolar y el pre-adolescente contribuye al desarrollo óptimo. Las etapas siguen una continuidad donde las omisiones/daños de los anteriores afectan las habilidades de progresar en las etapas subsecuentes e inversamente los logros permiten más y mejor desarrollo en las siguientes etapas.

Las investigaciones recientes muestran la relación directa entre el estado de salud y bienestar de un hombre o mujer adulto y su capacidad de afrontar problemas, su nivel de resiliencia, autoestima, confianza, respeto y autoeficacia. Hay fuertes evidencias de que estas competencias se adquieren en los primeros años de vida. La niñez, por ende, se constituye en un espacio único e irremplazable en la adquisición de herramientas para el máximo desarrollo del potencial y del logro de un estado óptimo de salud. (Ver Cuadro 1 para un ejemplo de actividades que pudieran ser enfatizadas a través del ciclo de la niñez en sus diferentes momentos.)

El *Perry Preschool Project* es un estudio longitudinal de los efectos de la educación preescolar. Los resultados destacan los beneficios psicosociales y económicos de la intervención temprana. Los participantes en el estudio demostraron en la edad adulta, comportamientos académicos y sociales más adecuados, mejores trabajos y mayores ingresos. Económicamente se demostró que la inversión retribuiría siete veces en ahorros de servicios de asistencia social, educación especial y justicia, entre otros.

A nivel individual, las neurociencias confirman que el desarrollo del sistema nervioso central en el período prenatal y en el primer año de vida, es determinante en el desarrollo posterior y está relacionado con la nutrición, los cuidados, los vínculos afectivos y los estímulos ambientales. Por el contrario, las experiencias negativas, incluyendo la negligencia severa, la falta de estimulación o la estimulación inapropiada, afectan en forma irreversible el desarrollo óptimo. Se incluyen, como ejemplo, los factores psicosociales (de riesgo y protectores) que han sido identificados en la literatura como contribuyentes directos a la salud y bienestar de los niños (Cuadro 2).

**Cuadro No. 1: Ejemplos de intervenciones y resultados**

Ejemplo de intervenciones	Preconcepción	Prenatal	Nacimiento	0-3 años	3-6 años	6-10 años
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación en sexualidad sana.</li> <li>• Educación en familia y desarrollo.</li> <li>• Apoyo y consejería en estilos de vida saludable.</li> <li>• Fortalecer la participación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo y educación en el embarazo con incorporación del padre.</li> <li>• Screening prenatal.</li> <li>• Evaluación y vigilancia de aspectos sicosociales como salud mental, violencia, aislamiento, privación afectiva. Consumo de sustancias</li> <li>• Nutrición materna: educación, refuerzo Fe, Ac fólico</li> <li>• Preparación para la lactancia materna.</li> <li>• Salud oral tratamiento de infecciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención del parto.</li> <li>• Incorporación del padre.</li> <li>• Screening físico y sicosocial al RN.</li> <li>• Apoyo y fomento de la lactancia materna.</li> <li>• Inmunizaciones.</li> <li>• Visitas domiciliarias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación y monitoreo del crecimiento y desarrollo integral.</li> <li>• Inmunizaciones.</li> <li>• Apoyo y educación a los padres o cuidadores.</li> <li>• Facilitar y fortalecer las redes de apoyo social</li> <li>• Referencias necesarias a niveles de mayor resolución en lo médico y sico social.</li> <li>• Interacción con el sistema de guarderías infantiles</li> <li>• Hábitos para la salud oral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo físico y sicomotor adecuado(DIN).</li> <li>• La familia está acogida, protegida y apoyada por el sistema de salud.</li> <li>• La familia esta insertada en la red social y participa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuo del monitoreo del DIN.</li> <li>• <i>Interacción permanente y sinérgica con el sistema de educación a preescolar.</i></li> <li>• Inmunizaciones.</li> <li>• Pesquisa oportuna de trastornos del desarrollo</li> <li>• Derivación si corresponde.</li> <li>• Fortalecimiento de factores protectores en el ámbito individual, familiar y comunitario sicosociales</li> <li>• autoestima resiliencia, autoeficacia, etc.</li> <li>• Control de salud oral</li> <li>• DIN en las mejores condiciones.</li> <li>• Inserción satisfactoria al sistema escolar.</li> <li>• Abordaje oportuno de los trastornos pesquizados.</li> <li>• Familia involucrada en el desarrollo y salud del niño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuo del monitoreo del DIN, énfasis en trastornos del <i>aprendizaje, auditivos, de visión, osteoarticulares y sicoafectivos.</i></li> <li>• Inmunizaciones.</li> <li>• Referencias necesarias para la resolución de los problemas pesquizados.</li> <li>• Incorporación de contenidos de promoción de la salud en las mallas curriculares y en la política global del establecimiento educacional (escuelas saludables)</li> <li>• Control de salud oral</li> <li>• Escolares con buen rendimiento académico.</li> <li>• Escolares conscientes del rol de la salud en el desarrollo de sus vidas.</li> <li>• Escolares que no han iniciado hábitos poco saludables como tabaquismo. Consumo de alcohol y drogas.</li> <li>• Escolares con habilidades sociales.</li> <li>• Niños sanos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepción planificada, deseada y saludable.</li> <li>• Disminución de embarazos no deseados.</li> <li>• Elecciones saludables.</li> <li>• Ejercicio de ciudadanía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención de tabaquismo, consumo de alcohol y drogas.</li> <li>• Embarazo saludable.</li> <li>• Embarazo a término.</li> <li>• Mujer sana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RN sano con peso adecuado.</li> <li>• Entorno seguro y saludable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo físico y sicomotor adecuado(DIN).</li> <li>• La familia está acogida, protegida y apoyada por el sistema de salud.</li> <li>• La familia esta insertada en la red social y participa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo físico y sicomotor adecuado(DIN).</li> <li>• La familia está acogida, protegida y apoyada por el sistema de salud.</li> <li>• La familia esta insertada en la red social y participa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuo del monitoreo del DIN.</li> <li>• <i>Interacción permanente y sinérgica con el sistema de educación a preescolar.</i></li> <li>• Inmunizaciones.</li> <li>• Pesquisa oportuna de trastornos del desarrollo</li> <li>• Derivación si corresponde.</li> <li>• Fortalecimiento de factores protectores en el ámbito individual, familiar y comunitario sicosociales</li> <li>• autoestima resiliencia, autoeficacia, etc.</li> <li>• Control de salud oral</li> <li>• DIN en las mejores condiciones.</li> <li>• Inserción satisfactoria al sistema escolar.</li> <li>• Abordaje oportuno de los trastornos pesquizados.</li> <li>• Familia involucrada en el desarrollo y salud del niño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuo del monitoreo del DIN, énfasis en trastornos del <i>aprendizaje, auditivos, de visión, osteoarticulares y sicoafectivos.</i></li> <li>• Inmunizaciones.</li> <li>• Referencias necesarias para la resolución de los problemas pesquizados.</li> <li>• Incorporación de contenidos de promoción de la salud en las mallas curriculares y en la política global del establecimiento educacional (escuelas saludables)</li> <li>• Control de salud oral</li> <li>• Escolares con buen rendimiento académico.</li> <li>• Escolares conscientes del rol de la salud en el desarrollo de sus vidas.</li> <li>• Escolares que no han iniciado hábitos poco saludables como tabaquismo. Consumo de alcohol y drogas.</li> <li>• Escolares con habilidades sociales.</li> <li>• Niños sanos</li> </ul>

La familia representa el núcleo social y afectivo más potente para el desarrollo de la niñez. Algunos estudios han enfatizado que la relación e interacción con los padres en los primeros años de la vida tiene un impacto decisivo en el desarrollo del ser humano, en su capacidad de aprender, de regular y modular sus emociones, sus comportamientos y sus riesgos de enfermar. El funcionamiento familiar está bajo estrés debido a grandes niveles de inequidades, competencia, individualismo, migraciones del campo a la ciudad, insuficiencia de los sistemas de protección social y falta de cohesión social.

**Cuadro 2: Factores psicosociales contribuyentes a la salud y bienestar de los niños**

Nivel	Factores psicosociales	
	Factor de riesgo	Factor protector
Individual	Hostilidad, desesperanza, baja autoestima, alexitimia, bajo autoeficacia	Resiliencias, alta autoestima, autoeficacia, mecanismos de "coping"
Familiar	Divorcio, escasa red de apoyo, disfunciones familiares, violencia	Resiliencia, comunicación, sentido del humor
Comunitario	Alteración de patrones culturales y falta de historia compartida en los asentamientos periurbanos. Falta de cohesión social	Redes de apoyo social. Comunidad organizada. Resiliencia, empoderamiento (nivel de participación)

La familia representa el núcleo social y afectivo más potente para el desarrollo de la niñez. Algunos estudios han enfatizado que la relación e interacción con los padres en los primeros años de la vida tiene un impacto decisivo en el desarrollo del ser humano, en su capacidad de aprender, de regular y modular sus emociones, sus comportamientos y sus riesgos de enfermar. El funcionamiento familiar está bajo estrés debido a grandes niveles de inequidades, competencia, individualismo, migraciones del campo a la ciudad, insuficiencia de los sistemas de protección social y falta de cohesión social.

Una condición esencial para que los niños alcancen su óptimo desarrollo integral es brindarles entornos saludables definidos como el conjunto de elementos físicos y psicosociales que interactúan entre sí y afectan positivamente el bienestar y la salud física y mental, tanto del individuo como de las colectividades, considerando las variabilidades culturales. Varios autores han introducido el concepto de ecología en el desarrollo y discuten conceptos de la interacción en que el individuo en desarrollo participa activamente, por ejemplo, en el hogar, la escuela y el vecindario. Estos sistemas se

se relacionan entre sí determinando fuertemente el desarrollo integral del niño y su estado de salud a lo largo de toda la vida. Con la participación activa, el niño deja de ser un receptor pasivo de acciones o estímulos para transformarse en un protagonista proactivo con su entorno.

Los programas que apoyen el desarrollo del niño deben incorporar acciones de promoción, prevención y tratamiento, orientados hacia los individuos, grupos y entornos y basándose en la visión de la salud como un proceso positivo y evolutivo. Esto implica relacionar los modelos actuales de enfoque de riesgo y daño (enfermedad) para establecer un puente con el nuevo paradigma (biosicosocial). Para ello es fundamental la incorporación de un enfoque multidisciplinario y la creación de "una cultura de salud" como valor y norma de la población. El sistema de salud debe tomar liderazgo, integrándose con otros sectores e instituciones en un trabajo sinérgico y a través de un proceso de abogacía colocar permanentemente el desarrollo en la niñez y la familia en la agenda pública.

Existe el debate sobre las conveniencias de actuar sobre grupos específicos de mayor riesgo de enfermarse, por nivel socioeconómico o características étnico-culturales y geográficas. Esta focalización en ciertos grupos ha sido exitosa, especialmente en el abordaje de problemas de salud con información epidemiológica, y ha contribuido a la identificación y corrección de inequidades en la entrega de servicios. Sin embargo, en el ámbito del desarrollo y promoción de la salud este enfoque ha resultado en la fragmentación de servicios, enfatizando la enfermedad y no la salud y sin estimular la construcción de capacidades en las poblaciones. Hay evidencia de poblaciones no consideradas de riesgo, donde se observan porcentajes importantes de niños con problemas de desarrollo, quienes se beneficiarían de intervenciones tempranas y oportunas. La investigación y la experiencia sugieren que intervenciones comunitarias de amplia inclusión son más adecuadas con refuerzos específicos en aquellas familias o individuos identificados como de mayor riesgo.

### **3.1 *Principios básicos del marco conceptual para proveer las bases para el desarrollo de un plan estratégico***

- El pleno respeto a los derechos del niño será el eje rector de las políticas y estrategias de OPS.
- La consideración de la niñez como un período de oportunidad único para la promoción y prevención de la salud y el desarrollo del futuro a lo largo del ciclo vital.
- El reconocimiento de la necesidad de implementar un enfoque individual y colectivo con énfasis familiar, en el modelo de atención de salud.

- La extensión al ámbito de acciones en promoción de salud a los entornos de la vida cotidiana de los niños y sus padres.
- La articulación y desarrollo de sinergia entre el sector salud y otros sectores del desarrollo, tales como educación, vivienda, trabajo, agricultura, economía y planificación.
- La aplicación del conocimiento en forma interdisciplinaria: ciencias de la salud, ciencias del comportamiento, ciencias sociales, políticas y económicas.
- La incorporación de tecnologías apropiadas, como la inclusión de nuevas vacunas a los esquemas de rutina, así como las tecnologías que fortalecen la entrega de servicios de salud.

### **3.2 *Los desafíos más importantes para incorporar este nuevo paradigma***

- La identificación de aquellos elementos más sensibles, que al ser modificados o reforzados, generen condiciones propicias al desarrollo integral y la promoción de la salud del niño y su familia, y que requieran mayor conocimiento epidemiológico y de investigación – acción.
- Las características individuales de cada niño, sus familias y ambientes, tanto físicos como psicosociales, nos obliga a rechazar la idea del niño universal con una respuesta única y total a la problemática de su desarrollo y su salud, para dar paso a evidencias en apoyo a un marco referencial común y la definición de acciones a través de las posibilidades de descentralización y programación local de las acciones de salud.
- La información disponible permite asegurar que para modificar la situación de pobreza e inequidad de la Región el desarrollo integral del niño debe ser una prioridad en las políticas públicas y privadas.
- El desarrollo y la incorporación de estrategias efectivas para generar espacios o entornos saludables para el desarrollo integral del niño, como la vivienda y la escuela, requieren que los servicios de salud asuman una responsabilidad de trabajar con las poblaciones en forma proactiva.

## **4. Estrategias**

La OPS a través de los años ha impulsado estrategias que han significado avances en la salud y el bienestar de la niñez. La emergencia de nuevos problemas y escenarios y

el reconocimiento de la complejidad y variedad de los determinantes de la salud, hacen a la promoción de la salud un campo estratégico de gran potencial en la niñez.

#### **4.1 *Objetivos estratégicos a considerar en las orientaciones de la OPS a los Estados Miembros en salud y desarrollo integral de la niñez***

##### **4.1.1 *En el campo de las inequidades***

Contribuir al esfuerzo regional de superación de la pobreza, creando condiciones al interior de la familia y de la comunidad que permitan interrumpir precozmente el círculo de reproducción de la pobreza. Propender a la reducción de las inequidades entre los niños y niñas desfavorecidos por su nivel socioeconómico, género o etnia, mediante actividades conjuntas de prevención y promoción de la salud y desarrollo, movilizandorecursos desde distintos ámbitos y sectores para la implementación de las políticas de salud en la infancia.

##### **4.1.2 *En relación a la agenda pública***

Posicionar la importancia de la salud y el desarrollo integral del niño a nivel de los países, transformándolo en una política de Estado, con fortalecimiento de los liderazgos locales y el desarrollo de alianzas estratégicas que faciliten la sinergia y complementariedad. Participar en la evaluación de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia de 2000 y en el diseño de las propuestas y metas para el próximo decenio, considerando el nuevo marco conceptual anticipatorio y promocional.

##### **4.1.3 *En cuanto a servicios de salud***

Enfatizar en la cooperación técnica, la reorientación de los servicios de salud y modelos de atención, fortaleciendo las acciones multidisciplinarias e intersectoriales, así como el empoderamiento de las familias y comunidades para participar conjuntamente con el sector salud en la priorización de problemas, planificación, ejecución y evaluación de las acciones en torno a la salud de la niñez.

#### **4.2 *Líneas de acción***

##### **4.2.1 *Alianzas estratégicas***

- Nivel interagencial: continuar el apoyo del grupo de trabajo con aquellas agencias internacionales que estén trabajando en la infancia y continuar el fortalecimiento del comité interagencial para seguir las metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, vigentes desde 1992.

- Nivel regional: desarrollar de redes regionales con el fin de diseminar el conocimiento, compartir experiencias y trabajar colaborativamente.
- Nivel nacional: potenciar instancias intersectoriales e interinstitucionales de trabajo en salud y desarrollo en la niñez (educación, ONG, organizaciones laborales, sector privado, sociedades científicas, etc.).

#### 4.2.2 *Abogacía y coordinación*

- Desarrollar un grupo de trabajo interno en la OPS “por la salud integral del niño”, con participación del Programa AIEPI, Familia y Población, Medio Ambiente y Salud, Nutrición, Programa de Inmunizaciones, Salud de la Mujer, Salud Mental, Salud Oral, Servicios de Salud, con el fin de elaborar un Plan Regional de Salud en la Niñez.
- Diseminación de la información con fines de abogacía, incluyendo la difusión de conocimientos y experiencias.
- Incorporación de la comunicación social en la promoción de la salud de la niñez.

#### 4.3 *Planes, programas y servicios*

- Elaboración, revisión y ajuste de material de apoyo técnico (normas técnicas, guías de acción, instrumentos específicos).
- Fortalecimiento de las intervenciones a través de la difusión de marcos conceptuales y apoyo a los países en la reorientación de los servicios y en la utilización de metodologías e intervenciones basadas en evidencia y costo-efectividad.
- Incorporación de grupos postergados al sistema de servicios tales como: discapacitados, niños con enfermedades crónicas, grupos desfavorecidos por su nivel socioeconómico, género o etnia, y los marginados (niños de la calle, institucionalizados, y otros).
- Apoyo y estimulación a la incorporación de nuevas vacunas que han demostrado su impacto en salud pública como aquellas contra *Haemophilus influenzae* (Hib), hepatitis B y rubéola.

- Impulsamiento y fortalecimiento de políticas públicas y estrategias de educación, mejorando el acceso al sistema de educación preescolar y la educación de adultos con planes de alfabetización a las mujeres.
- Fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia de salud y desarrollo integral infantil en el desarrollo de indicadores positivos.
- Elaboración y aplicación de modelos de evaluación de las estrategias implementadas, por ejemplo, apoyar a Bolivia, Ecuador y Perú en la evaluación de los esquemas de seguro universal a la maternidad e infancia.

#### **4.4 *Desarrollo de recursos humanos***

- Incluir en los programas de pregrado y postgrado el enfoque del desarrollo integral de la niñez y fortalecer AIEPI.
- Desarrollar programas de educación permanente con diferentes metodologías, presencial y a distancia, para capacitar en servicio a los proveedores de salud.
- Crear programas de educación y estímulo para padres, autoridades civiles, organizaciones laborales y otros equipos extrasectoriales.

#### **4.5 *Desarrollo del conocimiento***

- Fomentar el desarrollo de información en temas que aporten al conocimiento de las inequidades y evaluación de intervenciones.
- Estimular aportes que enriquezcan el marco conceptual con estudios de casos de logros destacables como producto de la implementación de políticas públicas sociales.
- Mejorar las bases epidemiológicas de información y su uso, incluyendo información adicional que contribuya a tener una visión integral de la niñez (elementos psicosociales y de familia).

### **5. *Mobilización de recursos nacionales e internacionales***

La implementación de un Plan Regional de Salud en la Niñez, de acuerdo al marco conceptual planteado, requiere de esfuerzos y acciones innovadoras que permitan el salto cualitativo hacia la salud y el desarrollo integral de los niños y niñas en un marco

de coherencia, complementariedad y colaboración sinérgica entre todos los que están trabajando por mejorar la salud y la calidad de vida en la niñez.

A nivel de la Organización se requiere esfuerzos de coordinación entre las varias unidades con intereses en la salud del niño. La transversalidad disciplinaria, y los variados ámbitos (individuo, familia, comunidad, entornos) involucrados en el desarrollo integral y la salud en la niñez colocan a la División de Promoción y Protección de la Salud como el espacio propicio para servir de punto focal para este esfuerzo de coordinación de iniciativas conjuntas optimizando los recursos y oportunidades, evitando así la duplicación de esfuerzos. Aplicar este proceso en colaboración con los países exige la presencia de un Asesor Regional permanente para acompañar a los países en las políticas, planes y programas, la incorporación de tecnologías de alto impacto, la formación de alianzas estratégicas, el desarrollo de recursos humanos y la movilización de recursos suficientes para el logro de los objetivos planteados.

Un estimado preliminar de presupuesto bienal de la OPS para asegurar el personal y las actividades necesarias para la gestión del Plan Regional de Salud en la Niñez resulta en aproximadamente US\$ 1.000.000. Esto permitiría actividades que consoliden, inicien y apoyen el desarrollo y la implementación inicial del Plan. Una vez consolidada esta primera etapa, se generarán propuestas de proyectos y programas presentados a la comunidad internacional para así sostener y expandir los esfuerzos.

## BIBLIOGRAFÍA

OPS. *Estadística de Salud en las Américas*, 1998.

UNICEF. *Estado Mundial de la Infancia*, 1998.

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

OPS. Informe Anual del Director, 1995. *En Busca de la Equidad. Doc. of. 277.*

Our strength for Tomorrow: *Valuing our Children*. The College of family Physicians of Canadá report on Child Health. 1997.

OPS. *Impacto del Ambiente Sobre la Salud Infantil, 1999.*

*Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Comité Coordinador Interagencial para las Américas en Salud Materno Infantil. Metas para 1995 e indicadores para el seguimiento.*

OPS. *Informe Anual del Director*. 1996. Documento oficial 267.

Beryl Levinger. *CRITICAL TRANSITION: Human Capacity Development Across the Life Span.*

Manfred Max-Neef y otros. *Desarrollo a Escala Humana: Una Opción para el Futuro*. 1986.

Early Year Study: *Reversing The Real Brain Drain, Final Report 1999*. Publications Ontario, Toronto.

*Investing in early child development: The Health Sector Contribution*. Working Group on Healthy Child Development Minister of Public Works Canada 1999.

OPS|OMS. *Situación de salud de los pueblos indígenas en Chile, 1997.*

*Resiliency Relevance to Health Promotion*. Discussion paper, Atlantic Health Promotion Research Centre Dalhousie University, Canada, 1995.

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

OPS|OMS. *La Salud del Niño en las Américas: Compromiso de los Pueblos y sus Gobiernos, 1984.*

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

WHO - *The world Health Report 1998.*

*La Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), Serie HCT/AIEPI-12*

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

*Inversión en la Infancia: Evidencias y Argumentos para Políticas Efectivas. CEPAL, Chile, 1996.*

Margozzini Paula, *Apoyo Social y Salud. Publicación Escuela de Salud Pública,*

Vol I/ n 2, Dic.1999, Chile.

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

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

*The Role Of Health Promotion Within Integrated Health Systems. Centre for Health Promotion, Toronto. 1998.*

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

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

SPP34/9 (Esp.)  
Página 20

*Child Care Programmes* WHO/FHE/1995.

*OPS. Maternal And Child Health Activities At the Local Level.* Series HCT/AIEPI/4.1.  
1998.

*Children and Youth. Determinants of Health. Vol 1.* Series the National Forum of Health.  
Canadá 1998.



