



**ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD**

**ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD**



107a Reunión  
Washington, D.C.  
Junio 1991

Tema 4.6 del programa provisional

CE107/11 (Esp.)

9 mayo 1991

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

**PROGRAMAS DE SALUD MATERNOINFANTIL Y PLANIFICACION FAMILIAR**

En este tercer informe de avance presentado por el Director sobre la implementación de la política de acción de la Organización en asuntos de población, se revisan los cambios que se están dando en las principales variables demográficas y cómo estos evolucionarán, en el futuro, así como las repercusiones que tendrán en la salud de la población. Se identifica al grupo de población de los adolescentes, a la población urbana marginal y rural dispersa como los grupos más postergados y en los cuales se concentran los problemas de desnutrición, bajo nivel educativo, malas condiciones socioeconómicas y baja accesibilidad a los servicios de salud, como factores que influyen negativamente en su salud y determinan grandes diferenciales con otros grupos de población. Se analiza el estado de avance de los programas de salud maternoinfantil y planificación familiar y de las estrategias que por mandato de los Cuerpos Directivos se han ejecutado, a fin de mejorar los programas, la cobertura y la calidad de atención, concluyéndose que los aspectos de calidad de la atención deberán ser atendidos con prioridad en la próxima década.

Se considera que como resultado de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, auspiciada por las Naciones Unidas, y de la aprobación por los Cuerpos Directivos de la OPS de las estrategias programáticas de la Organización para el período 1991-1994 y de los planes de acción en el área de salud maternoinfantil y planificación familiar, existe la coyuntura política y el compromiso del más alto nivel que, aunados al conocimiento y tecnología disponibles y a la sensibilidad y compromiso de la sociedad civil, permitirá acelerar los esfuerzos para focalizar los problemas y alcanzar las metas acordadas, demostrándose en esta forma la voluntad de luchar por una vida mejor de las futuras generaciones.

## INDICE

	<u>Página</u>
I. Antecedentes . . . . .	1
II. Hechos y tendencias relevantes 1980-2000 . . . . .	1
III. Análisis de las estrategias de acción aprobadas por los Cuerpos Directivos, 1984-1990 . . . . .	15
IV. Conclusiones . . . . .	30
Referencias . . . . .	32
Anexo I: Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño	
Anexo II: Metas para los niños y el desarrollo en el decenio de 1990	
Anexo III: Memorándum de colaboración interagencial entre la OPS, el FNUAP y el UNICEF para apoyar el cumplimiento de los acuerdos de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia en las Américas	

## PROGRAMAS DE SALUD MATERNOINFANTIL Y PLANIFICACION FAMILIAR

## I. ANTECEDENTES

En cumplimiento al párrafo operativo 2.C de la Resolución XIII de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo (1988), se presenta al Comité Ejecutivo el tercer informe de avance sobre la implementación de la política de acción de la Organización Panamericana de la Salud en asuntos de población, que fuera adoptada por la XXX Reunión del Consejo Directivo en su Resolución VIII (1984). Este informe incluye también el avance de los mandatos complementarios sobre el tema contenidos en las resoluciones CD31.R18 (1985), CSP23.R2 y CSP23.R17 (1990).

El informe revisa los avances logrados en salud maternoinfantil y planificación familiar, dentro de una profunda crisis, haciendo énfasis en los problemas existentes emergentes, con el fin de obtener mandatos y compromisos de acción conjunta que permitan cumplir los acuerdos y alcanzar las metas (Anexos I y II) establecidas por los Cuerpos Directivos y recientemente avaladas en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia auspiciada por las Naciones Unidas, por los representantes de 159 países y la presencia de 19 presidentes de las Américas.

## II. HECHOS Y TENDENCIAS RELEVANTES 1980-2000

1. La crisis

La década de los noventa confronta a los países del continente con desafíos especiales resultantes de las cambiantes y serias situaciones sociopolíticas y económicas que ellos atraviesan en el ámbito nacional e internacional. Estos hechos afectan en forma marcada a los sectores sociales, educativos y de salud, que son en general los primeros afectados en situaciones de crisis. Al ya crónico estado de deterioro económico se añaden las persistentes inestabilidades políticas y sociales que son en parte reflejo de ese mismo deterioro.

A fines de la década de los ochenta, todavía persistían en la Región diferencias marcadas de los indicadores demográficos entre los diferentes países, entre las distintas áreas geográficas y entre los estratos socioeconómicos dentro de cada país (1-3). Estas diferencias se se exacerbaban en algunos países por el deterioro de las economías durante la última década y por las políticas de ajuste que se implantaron como respuesta a la crisis económica y que no fueron equitativas, ya que --como ocurre habitualmente--afectaron en forma marcada a los sectores más vulnerables de la población: las mujeres y los niños (1, 2).

América Latina y el Caribe fue la segunda región más afectada. En la década pasada el producto interno bruto no creció suficientemente para cubrir el crecimiento de la población. Cuando el producto interno bruto

se prorratea entre la población, la disponibilidad de recursos es en el año 1990 10% menor que en 1980, siendo negativa en 18 de 24 países considerados (1, 2). Las perspectivas para 1989-2000 prevén un posible crecimiento del producto interno bruto per cápita del 2,3 (Cuadros 1 y 2). La deuda externa continuó siendo una barrera al desarrollo y al crecimiento económico. Las transferencias netas de recursos fueron del orden de una quinta parte de los ingresos de exportaciones (1, 3, 4).

## 2. Distribución, crecimiento y estructura de la población

El fenómeno demográfico más importante de la década de los noventa será el proceso de urbanización de la población de América Latina, que continuará recibiendo en sus ciudades, la mayoría de las veces no planificadas, los flujos migratorios del campo a la ciudad, ante la ausencia generalizada de políticas de migración interna. Los cinturones de miseria en las grandes ciudades en los países en vías de desarrollo crecerán a un ritmo doble que el de las ciudades. En estimaciones realizadas alrededor de 1987, la proporción de la población de las ciudades viviendo en los callampas, fabelas, pueblos jóvenes o ciudades perdidas llega, por ejemplo, al 60% en Bogotá y 42% en la Ciudad de México. Se estima que en el año 2000 más del 75% de la población vivirá en áreas urbanas.

En 1950 la población de las Américas era de 332 millones; aumentó a 714 millones en 1989 y se calcula que será--de acuerdo a la variante media de crecimiento estimado por Naciones Unidas--de 835 millones en el año 2000. Esto significará un aumento neto de 121 millones de habitantes entre 1990 y el año 2000 (6).

En la década de los ochenta América Latina fue la segunda área en el mundo de más acelerado crecimiento natural (2,2% anual), más del doble de los países desarrollados. Se calcula que el ritmo de crecimiento que comenzó a declinar a finales de la década de los sesenta continuará haciéndolo al 1,6% anual entre los años 2000 y 2005 y 1,1% entre 2020 y 2025. De ser ciertos estos supuestos, la próxima duplicación de población de América Latina se esperaría en 44 años aproximadamente (3-6).

La esperanza de vida aumentó de valores estimados en 51,8 años en 1950-1955 a 66,6 en 1985-1990. Es preciso, sin embargo, señalar diferencias todavía significativas entre países como Bolivia y Haití, con esperanzas de vida de 53,1 y 54,7 y Costa Rica, Cuba y Uruguay con 74,7, 75,2 y 72,0 respectivamente (5-8). Aun cuando la Región estableció la meta de alcanzar una esperanza de vida promedio de 70 años para el año 2000, algunos países no podrán lograrla (Cuadro 3).

En la estructura de la población, se espera un aumento de la población de 0-14 años en América Latina y el Caribe, de 161 millones en 1990 a 176 millones en el año 2000. La edad media aumentará de 20,9 años en 1985 a 24,1 años en el año 2000 como resultado del proceso de envejecimiento de la población (Gráfica 1). El grupo de 15 a 24 años aumentará de 88 a 101 millones entre 1990 y 2000. La población mayor de 60 años continuará aumentando paulatinamente y entre 1990 y 2000 habrá un aumento neto de 10 millones de habitantes (3-6).

CUADRO 1  
Producto Interno Bruto  
Perspectivas para el Decenio de 1990

Grupos y Regiones	Tasas reales de crecimiento del PIB			Tasas reales de crecimiento del PIB per cápita		
	Tendencia, 1965-80	Experiencia reciente, 1980-89	Proyección, 1989-2000	Tendencia, 1965-80	Experiencia reciente, 1980-89	Proyección, 1989-2000
PAISES INDUSTRIALES	3.7	3	3	2.8	2.5	2.6
PAÍSES EN DESARROLLO	5.9	4.3	5.1	3.4	2.3	3.2
Africa al Sur del Sahara	5.2	1	3.7	2	-2.2	0.5
Asta Oriental	7.3	8.4	6.6	4.8	6.7	5.1
China	6.4	10.1	6.8	4.1	8.7	5.4
Otros	8.1	6.4	6.3	5.5	4.2	4.6
Asta Meridional	3.6	5.5	5.1	1.2	3.2	3.2
India	3.6	5.6	5.2	1.2	3.5	3.4
Otros	3.9	5	4.8	1.2	2.2	2.4
Europa Oriental	5.3 *	1.4 *	1.9	4.5 *	0.8 *	1.5
Oriente Medio, Norte de Africa y otros países de Europa	6.3	2.9	4.3	3.9	0.8	2.1
América Latina y el Caribe	6	1.6	4.2	3.4	-0.6	2.3

Fuente: Banco Mundial; Informe sobre el desarrollo mundial 1990, cuadro 1.3, pág. 17.

**CUADRO 2**  
**AMERICA LATINA Y EL CARIBE: CRECIMIENTO DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO POR HABITANTE**

	Tasas anuales de crecimiento								Variación acumulada
	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1981-1990 <sup>a</sup>
<b>América Latina y el Caribe<sup>b</sup></b>	-4.8	1.2	1.2	1.5	0.9	-1.2	-0.6	-2.6	-9.6
<b>Países exportadores de petróleo</b>	-6.0	0.4	-0.1	-2.2	0.2	-0.1	-2.0	0.2	-9.4
Bolivia	-6.9	-3.1	-3.4	-4.9	0.1	0.5	0.2	0.2	-23.3
Colombia	-0.2	1.7	1.7	4.8	3.5	1.7	1.4	1.7	16.2
Ecuador	-3.9	2.0	2.1	0.7	-11.8	12.5	-2.8	-1.0	-4.6
México	-6.5	1.2	0.2	-5.9	-0.6	-0.9	0.8	0.4	-8.4
Perú	-14.3	2.1	-0.3	6.0	5.3	-10.3	-13.1	-7.3	-30.2
Trinidad y Tobago	17.7	-3.1	-3.1	-3.7	-8.1	-5.3	-2.9	-1.0	-13.8
Venezuela	-8.1	-4.2	-2.8	4.0	2.3	3.3	-9.5	1.9	-19.9
<b>Países no exportadores de petróleo<sup>b</sup></b>	-3.9	1.9	2.3	4.4	1.5	-2.0	0.5	-4.6	-9.8
<b>Sudamérica</b>	-4.1	2.3	2.8	4.9	1.5	-1.9	0.5	-4.8	-9.1
Argentina	1.2	1.0	-5.7	4.6	0.8	-4.1	-5.7	-3.2	-24.3
Brasil	-5.6	2.8	6.1	5.2	1.5	-2.1	1.5	-5.9	-5.5
Chile	-4.1	3.9	0.4	3.7	3.2	5.8	7.5	0.2	9.2
Guyana	-10.8	1.4	0.4	0.0	0.6	-2.9	-5.1	-1.7	-27.9
Paraguay	-6.0	0.0	0.9	-3.3	1.4	3.6	2.9	0.1	0.4
Uruguay	-6.6	-1.9	-0.4	7.2	5.8	-0.4	0.7	-0.2	-6.7
<b>Centroamérica y el Caribe<sup>b</sup></b>	-1.2	-1.3	-2.6	-0.2	1.7	-2.8	0.6	-2.2	-13.0
Barbados	0.4	3.2	0.6	5.1	2.8	3.0	4.1	-3.0	8.0
Cuba <sup>c</sup>	3.9	6.2	3.5	0.2	-4.8	1.4	0.0	0.4	31.6
Haití	-1.2	-1.5	-1.5	-1.0	-2.2	-2.2	-1.6	-4.0	-22.3
Jamaica	0.2	-2.4	-6.8	0.9	5.4	-0.1	5.1	0.8	1.9
Panamá	-2.2	-2.6	2.6	1.3	-0.1	-17.7	-2.7	-1.2	-18.3
República Dominicana	2.5	-2.0	-4.1	0.8	5.3	-1.1	2.4	-5.8	-2.2
<b>Mercado Común Centroamericano</b>	-2.6	-0.7	-2.7	-1.0	0.4	-0.8	0.0	-1.0	-17.2
Costa Rica	-0.3	4.8	-2.1	2.4	1.7	0.6	2.8	1.0	-5.0
El Salvador	-0.3	1.3	0.5	-1.2	0.8	-0.5	-1.1	0.6	-15.3
Guatemala	-5.4	-2.8	-3.3	-2.6	0.7	1.0	0.9	0.1	-18.0
Honduras	-3.6	-1.2	-1.5	1.3	1.2	1.7	-0.8	-3.8	-14.2
Nicaragua	1.2	-4.8	-7.3	-4.3	-4.0	-13.9	-6.1	-8.8	-40.8

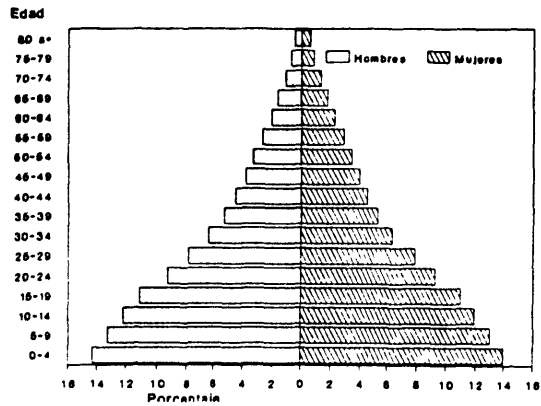
Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales. Las cifras de población corresponden a estimaciones inéditas del Centro Latinoamericano de Demografía.  
<sup>a</sup> Estimaciones preliminares sujetas a revisión. <sup>b</sup> Excluye Cuba. <sup>c</sup> Se refiere al concepto de producto social global.

**CUADRO 3**  
**LAS AMERICAS: ESPERANZA DE VIDA AL NACER**  
**SEGUN SUBREGIONES Y PAISES. 1950-2000**

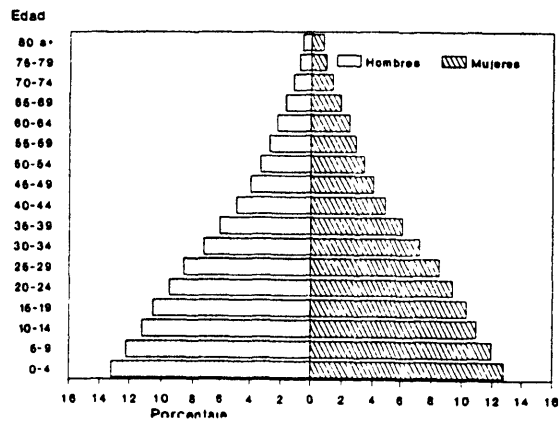
SUBREGIONES Y PAISES	Esperanza de vida (años)			Aumento quinquenal		(años)	Población en 1990	
	1950-55	1970-75	1985-90	1950-55 a 1970-75	1970-75 a 1985-90	Año 2000	millones	porcentaje
AMERICA LATINA	51.8	61.2	66.6	2.4	1.8	69.7	438.0	100.0
BOLIVIA	40.4	46.7	53.1	1.6	2.1	60.5	7.3	
HAITI	37.6	48.5	54.7	2.7	2.1	59.4	6.5	
Total							13.8	3.2
PERU	43.9	55.5	61.4	2.9	2.0	67.9	22.3	
GUATEMALA	42.1	54.0	62.0	3.0	2.7	68.1	9.2	
EL SALVADOR	45.3	58.8	62.2	3.4	1.1	68.8	5.3	
NICARAGUA	42.3	54.7	63.3	3.1	2.9	69.3	3.9	
HONDURAS	42.3	54.0	64.0	2.9	3.3	68.2	5.1	
Total							45.8	10.5
BRASIL	51.0	59.8	64.9	2.2	1.7	68.0	150.4	
ECUADOR	48.4	58.9	65.4	2.6	2.2	68.2	10.6	
REP. DOMINICANA	46.0	59.9	65.9	3.5	2.0	69.7	7.2	
PARAGUAY	62.6	65.6	66.9	0.7	0.4	67.9	4.3	
COLOMBIA	50.6	61.6	68.2	2.8	2.2	70.7	33.0	
MEXICO	50.8	62.6	68.9	3.0	2.1	72.1	88.6	
VENEZUELA	55.2	66.2	69.7	2.8	1.1	71.3	19.7	
Total							313.8	71.6
ARGENTINA	62.7	67.3	70.6	1.1	1.1	72.3	32.3	
CHILE	53.8	63.6	71.5	2.5	2.6	72.7	13.2	
URUGUAY	66.3	68.8	72.0	0.6	1.1	73.0	3.1	
PANAMA	55.3	66.3	72.1	2.8	1.9	73.5	2.4	
Total							51.0	11.6
COSTA RICA	57.1	68.1	74.7	2.7	2.2	75.8	3.0	
CUBA	59.5	71.0	75.2	2.9	1.4	76.3	10.6	
Total							13.6	3.1
CARIBE NO LATINOAMERICANO	56.4	67.1	72.4	2.7	1.8	74.7	6.2	100.0
SURINAME	56.0	64.9	69.5	2.2	1.5	72.6	0.4	
GUYANA	55.2	64.1	69.7	2.2	1.9	72.8	1.0	
TRINIDAD Y TOBAGO	57.9	66.5	70.2	2.2	1.2	73.1	1.3	
Total							2.7	44.1
GUADALUPE	56.5	67.8	73.3	2.8	1.8	75.7	0.3	
BARBADOS	57.2	69.4	73.9	3.1	1.5	76.2	0.3	
JAMAICA	57.2	67.8	74.0	2.6	2.1	76.2	2.5	
MARTINICA	56.5	68.8	74.2	3.1	1.8	76.4	0.3	
Total							3.5	53.9
AMERICA DEL NORTI	69.1	72.2	76.1	0.8	1.3	78.1	275.7	
ESTADOS UNIDOS	69.0	71.3	75.4	0.6	1.4	77.6	249.2	
CANADA	69.1	73.1	76.7	1.0	1.2	78.5	26.5	

# GRAFICA 1 AMERICA LATINA Y EL CARIBE POBLACION POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD 1980-1990-2000

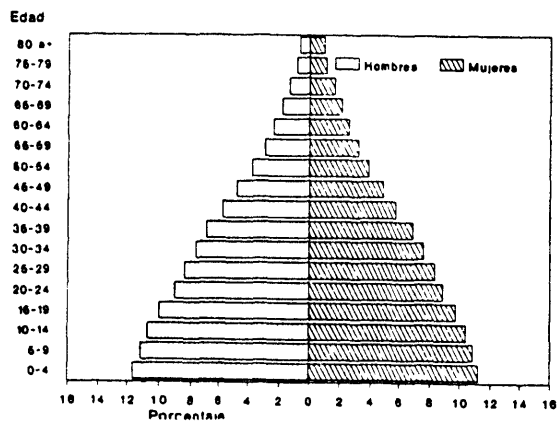
1980



1990



2000



FUENTE: CELADE Boletín Demográfico  
Año XX No. 40. Santiago de Chile, julio de 1987.



El papel de los adolescentes en estos cambios demográficos es significativo. Cuando se consideran solo América Latina y el Caribe, el número de adolescentes es el doble del que era hace 30 años. Las repercusiones que tendrá este grupo de población sobre el desarrollo económico y social en la próxima década son evidentes (3, 6).

Las cifras mencionadas anteriormente son importantes cuando se consideran algunas situaciones especiales por las que atraviesan los adolescentes. Así por ejemplo, el número de madres adolescentes ha aumentado en forma manifiesta en los últimos 25 años--tanto en números absolutos como en porcentaje de nacimientos--debido a que hay más adolescentes del sexo femenino y a que las mujeres de mayor edad tienen menos hijos (7, 9).

El embarazo temprano es importante por los efectos que tiene sobre las madres adolescentes y sus niños, entre los que se destacan: el alto número de abortos inducidos, muchos de los cuales son abortos sépticos; el mayor porcentaje de complicaciones tales como anemia, eclampsia e infección urinaria; el alto porcentaje de niños prematuros o de bajo peso al nacer, y el hecho que en América Latina y el Caribe aquellas mujeres que tuvieron su primer hijo cuando adolescentes tienen en promedio dos o tres hijos más que las que dieron nacimiento por primera vez después de la adolescencia (7, 8, 9, 11).

A estas consecuencias hay que agregar que las adolescentes que se embarazan tienen menores niveles de escolaridad, mayores índices de separación de sus compañeros y mayores índices de pobreza que las adolescentes que no se embarazan (9). El que a estos hechos se añada que los índices de fecundidad en los adolescentes son mayores en aquellos países de menor desarrollo socioeconómico y que no tienen programas de planificación familiar o estos no son adecuados, subraya la importancia de adecuar estos programas a las necesidades y demandas de la población.

No puede soslayarse la alta prevalencia de accidentes, uso y abuso de tabaco, drogas y alcohol, el suicidio, los trastornos de la personalidad y de la conducta que demandan una respuesta integral por parte de la sociedad, y en especial de los sistemas educativos y de salud (6, 8, 9, 10).

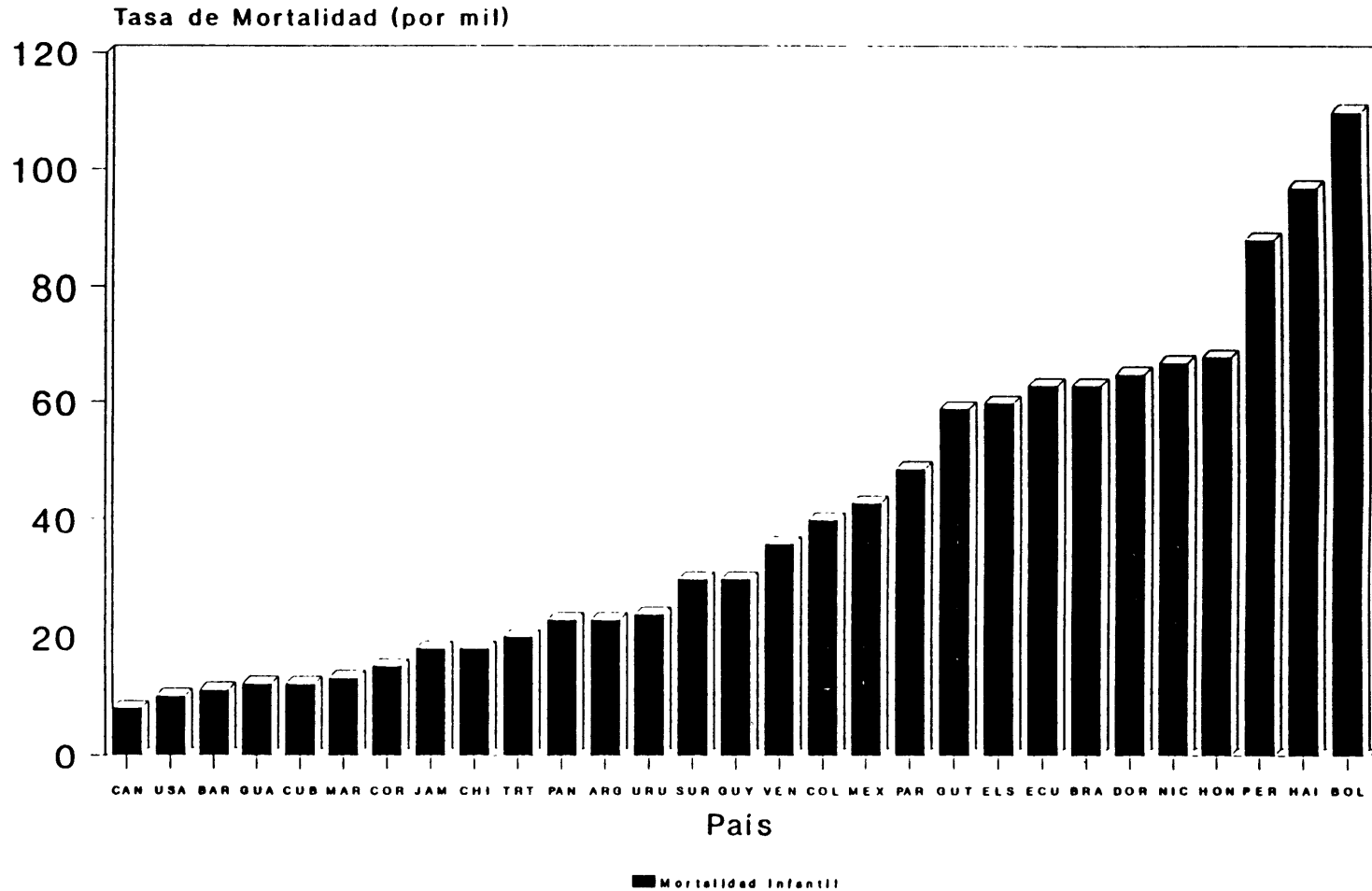
### 3. Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil continúa siendo un indicador importante y sensible a cambios en las condiciones de vida de la población. Sus índices, aún elevados, son un problema todavía no resuelto en varios países de la Región (Gráfica 2), incluidos los de mayor desarrollo. Lo anterior es válido, especialmente cuando se analiza este indicador por regiones y estratos sociales (1, 3, 4, 7, 10).

La mortalidad infantil considerada en tres quinquenios (1970-1975, 1980-1985 y 1985-1990) descendió en todos los países del continente, alcanzando niveles de 127, 82 y 55 por mil respectivamente (7, 10), para los países de América Latina. Sin embargo, estas cifras son seis veces mayores aún que las alcanzadas por los Estados Unidos de América, Canadá, Cuba

## GRAFICA 2

### MORTALIDAD INFANTIL EN PAISES DE LA REGION DE LAS AMERICAS. 1985-1990



FUENTE: CELADE (1989) Y U.N. (1989)

y Costa Rica y 2,6 más veces mayor que las del Caribe. Lo anterior es importante porque el 75% de los nacimientos estimados en las Américas, suceden precisamente en América Latina (8, 10). A pesar de los marcados descensos observados en tres países (Bolivia, Haití y Perú) aún tienen todavía tasas de mortalidad infantil superiores al 80 por mil (Cuadro 4). Causa importante del descenso observado en el componente post-neonatal (Cuadro 5), es por la disminución de las enfermedades inmunoprevenibles por vacunación, así como de las enfermedades diarreicas y respiratorias.

La disminución proporcional de esas causas hace que las causas perinatales hayan asumido preponderancia en la mortalidad infantil en 21 países de la Región. La mortalidad que ocurre durante el primer mes de vida es la más difícil de reducir; está asociada a factores biológicos, de atención del parto y de la embarazada. Obtener el descenso de la mortalidad infantil debido a causas perinatales y neonatales impone estrategias especiales para lograrlo. Entre esas estrategias asumen importancia prioritaria el mejorar el estado nutricional de la madre, ampliar los espacios intergenésicos, aumentar la calidad y accesibilidad de los servicios de control prenatal, de atención adecuada del parto e inmediata del recién nacido, así como la regulación de la fecundidad con criterio que el embarazo no deseado es el riesgo más importante a evitar, pues de suceder este, los riesgos de inducir un aborto y de muerte se incrementan substancialmente (7, 10).

Las diferencias geográficas de la mortalidad infantil continúan situando a las zonas rurales en plena desventaja con tasas más altas (10). A esto debe agregarse que la omisión en el registro tiende a ser mayor en estas áreas. Es por eso que se recomienda hacer uso de las estimaciones indirectas. Estas indican que en Bolivia, Haití y Perú la sobremortalidad rural es del orden de 38-47 puntos (Cuadro 6). Estudios realizados en Centro América mostraron que entre el 41 y 71% de los nacimientos ocurrieron en áreas rurales y generaron entre el 50 y 77% de las defunciones en menores de un año (10).

Existe también la sobremortalidad en las zonas urbanas marginales, cuando se compara con el área metropolitana como un todo. Persisten al igual que en las zonas rurales los diferenciales socioeconómicos y en especial los referidos a ocupación del jefe de hogar, trabajo de la mujer, condición de la vivienda y la educación de los padres y en especial de las madres. La situación anterior justifica plenamente la prioridad que deben tener los grupos postergados para disminuir las diferencias y mejorar la calidad de vida y el avance en el desarrollo nacional (7, 10).

No se puede ignorar dentro de consideraciones sociales y de salud de los niños la trascendencia negativa creciente que tiene el fenómeno de los "niños de la calle", cuyo número se calcula en varios millones en los países de América Latina y el Caribe, siendo particularmente elevado en Argentina, Brasil, Colombia, México, Perú y República Dominicana (7).

Estos niños, víctimas y causantes de violencia, presentan un desafío especial a los servicios de salud y asistencia social de los que están, en forma práctica, aislados. Por carecer de hogar, de soporte familiar y social, su existencia está asociada en muchos casos con una

R									
BRA									
FCUA									
GUATE									
EL SALV									
PARAGUA									
MEXICO									
COLOMBIA									
VENEZUELA									
URUGUAY									
PANAMA									
ARGENTINA									
CHILE									
COSTA RICA									
CUBA									
CARIBE NO LATINOAMERICANO									
GUYANA									
SURINAM									
Total									
TRINIDAD Y TOBAGO									
JAMAICA									
MARTINICA									
GUADALUPE						4	7		
BARBADOS					53	8	5		
Total								111	793
AMERICA DEL NORTE	2	18	10	27	27	7		3792	
ESTADOS UNIDOS	28	18	19	23	27	7		3340	
CANADA	36	16	8	51	27	7		362	

CUADRO 5  
MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL EN  
PAISES SELECCIONADOS DE LAS AMERICAS.  
1970-1985

AÑOS	Tasas (por mil)					
	Guatemala	Chile	Costa Rica	Panamá	Cuba	EEUU
<b>MORTALIDAD INFANTIL</b>						
1970	111	83	68	49	39	20
1980	83	33	21	27	20	13
1985	71	20	15	26	16	11
Baja quinquenal						
1970-80	14.0	25.0	23.6	11.5	9.6	3.7
1980-85	12.0	13.5	6.0	0.5	3.6	2.1
<b>MORTALIDAD NEONATAL</b>						
1970	39	32	28	25	24	15
1980	27	17	12	15	14	9
1985	24	10	8	16	10	7
Baja quinquenal						
1970-80	6.0	7.5	8.0	5.4	5.2	3.3
1980-85	3.0	6.8	3.9	-1.5	3.3	1.7
<b>MORTALIDAD POSTNEONATAL</b>						
1970	72	51	40	24	15	5
1980	56	16	9	12	6	4
1985	47	10	7	10	6	4
Baja quinquenal						
1970-80	8.0	17.1	15.9	6.1	4.5	0.4
1980-85	9.0	6.7	1.7	1.4	-0.1	0.4
<b>Porcentaje del descenso de la mortalidad 1970-80 debido a la:</b>						
Mortalidad neonatal	43	30	34	47	54	89
Mortalidad postneonatal	57	68	67	53	47	11
<b>Distribución porcentual de las muertes infantiles en 1985:</b>						
Muertes neonatales	34	51	53	62	64	65
Muertes postneonatales	66	49	45	40	38	35

**CUADRO 6**  
**MORTALIDAD INFANTIL POR AREA URBANA Y RURAL EN**  
**PAISES SELECCIONADOS DE AMERICA LATINA.**  
**1970-1986**

PAIS	Año	Tasa (por mil)			Exceso Rural
		Total	Urbano	Rural	
BOLIVIA	1962	163	132	176	44
	1973	152	124	171	47
	1980	119	100	138	38
HAITI	1970	128	97	141	44
	1980	107	77	123	46
PERU	1961-70	113	95	171	76
	1976	114	74	158	84
	1981-86	76	54	101	47
HONDURAS	1960	135	122	135	13
	1970	115	92	119	27
	1980	75	65	85	20
NICARAGUA	1972-83	83	67	98	31
REP DOMINICANA	1978	75	78	72	-6
	1986	68	69	66	-3
ECUADOR	1972-76	97	78	115	37
	1977-81	72	52	91	39
	1982-86	58	52	64	12
GUATEMALA	1971	100	89	119	30
	1977-87	99	65	84	19
EL SALVADOR	1971	110	91	118	27
	1981	81	72	110	38
MEXICO	1984	47	30	73	43
COLOMBIA	1971-75	62	57	70	13
	1976-80	47	46	50	4
	1981-86	33	33	34	1
URUGUAY	1975	47	41	51	10
PANAMA	1969-71	16	9	21	12
	1983-85	8	6	9	3
COSTA RICA	1970	68	5	78	73
	1981	20	17	22	5
CUBA	1973-75	29	26	31	5

amplia gama de problemas tales como la mala salud, el maltrato, la adicción a las drogas, la delincuencia, el alcoholismo, la malnutrición, la prostitución, las enfermedades sexualmente transmisibles y el aborto inducido (7, 9).

#### 4. Mortalidad Materna

Otro indicador de salud importante es la mortalidad materna, (Gráfica 3), cuyos índices con subregistros de hasta 70% reflejan no solo la accesibilidad, cobertura y calidad de los servicios de salud sino también el grado de desarrollo social, siendo este uno de los indicadores que muestra las disparidades más grandes entre los países de diferentes niveles de desarrollo (12, 13). Su tendencia ha sido descendente en forma continua en todos los países de la Región. Aunque el tema fue tratado extensivamente en 1990 por la Conferencia Sanitaria Panamericana, se resumen los siguientes hechos.

Se calcula que mueren anualmente alrededor de 28.000 embarazadas en la Región de las Américas (13). La mortalidad materna tiene dos características fundamentales: es evitable en un gran porcentaje de casos con los conocimientos y tecnología de que se dispone actualmente, y predomina en los grupos sociales más desprotegidos y que viven en zonas rurales o suburbanas marginales sin adecuada atención hospitalaria.

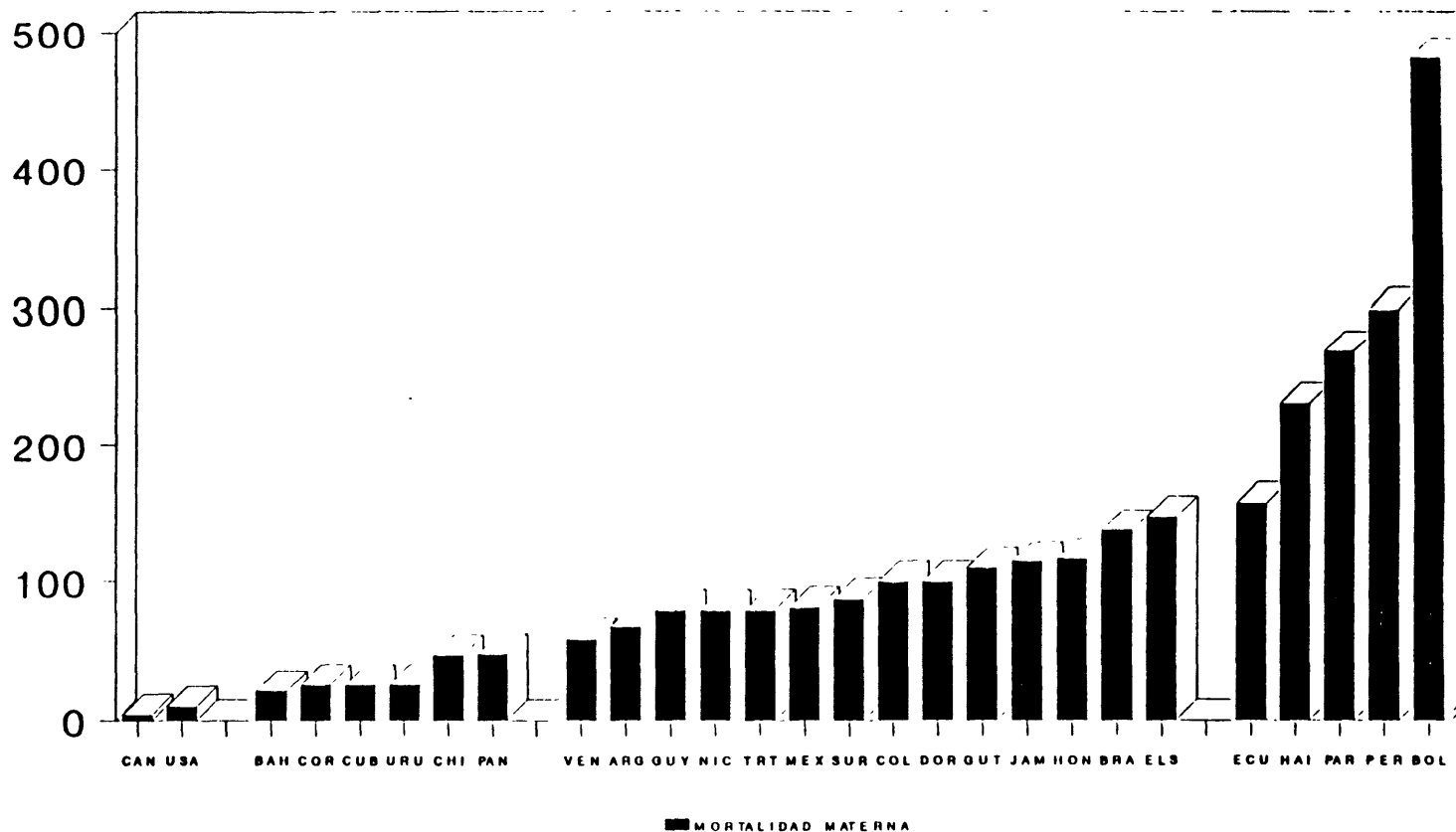
Todavía queda mucho por hacer respecto a mejorar la calidad y cobertura de los servicios de atención prenatal y del parto, así como también en lo que respecta a una mejor cobertura por métodos anticonceptivos. Una evaluación de las condiciones de eficiencia de los servicios de atención materno-infantil realizada en 15 países de la Región en el intervalo 1985-1989 encontró que numerosos servicios de atención obstétrica ambulatoria y hospitalaria eran deficientes, ya que solo se encontraban en condiciones aceptables el 39% y el 8% respectivamente (15).

Con respecto al aborto inducido, se calcula que en América Latina se efectúan alrededor de cinco millones de abortos anuales. El aborto inducido, que es ilegal en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, está entre las principales causas de muerte de las mujeres entre los 15 y los 49 años de edad. El aborto inducido asume, por tanto, una dimensión trágica, cuando se considera que en algunos países podría ser responsable de hasta casi la mitad de las muertes maternas (4, 12, 16, 17).

Además de las consecuencias físicas y psicológicas resultantes del aborto, este produce un considerable drenaje de recursos a los servicios de salud, que deben enfrentar frecuentemente sus complicaciones. Se estima que en América Latina, entre 10 y 30% de las camas hospitalarias en los servicios de ginecología y obstetricia están ocupadas por mujeres que sufren las consecuencias de ese procedimiento, lo que significa un costo muy elevado para los ya magros presupuestos hospitalarios (12, 13, 16, 17).

### GRAFICA 3

## MORTALIDAD MATERNA EN PAISES DE LA REGION DE LAS AMERICAS. CIRCA 1986 \*



\* Tasa por cien mil nacidos vivos, última información disponible.  
Fuente: TIS, OPS-OMS.



Lo descrito hasta el momento muestra la situación actual y los problemas que a pesar de los avances logrados aún tienen que enfrentar los países, sus programas y los servicios de salud materno-infantil. Sirve asimismo de base para los programas realizados por el Programa de Salud Materno-infantil de la Organización Panamericana de la Salud, en cumplimiento de los mandatos emanados de los Cuerpos Directivos.

### III. ANALISIS DE LAS ESTRATEGIAS DE ACCION APROBADAS POR LOS CUERPOS DIRECTIVOS, 1984-1990

El trabajo de la Organización en asuntos de población salud y desarrollo estuvo enmarcado en los Principios Básicos de Acción de la OPS para el período 1987-1990 (18). Tuvieron prioridad las actividades enfocadas al desarrollo y fortalecimiento de los servicios locales de salud, contribuyendo a ello los recursos nacionales e internacionales tanto del sector salud como de otros sectores. La prioridad hacia los grupos más desprotegidos de mujeres, niños y adolescentes, en especial los que viven en áreas marginales urbanas y rurales dispersas y los que viven en pobreza extrema, continua teniendo vigencia. Se le dio énfasis a la difusión del conocimiento técnico-científico en el tema de población, salud y desarrollo como estrategia de racionalización en el uso de los escasos recursos existentes, se utilizó el enfoque de riesgo para la atención de los problemas más urgentes: la iniciación temprana y no protegida de la actividad sexual, la alta fecundidad de los adolescentes, la atención prioritaria al embarazo, el parto y el recién nacido de alto riesgo, la atención del niño prematuro y de bajo peso, y la regulación de la fecundidad en aquellas mujeres o parejas que expresan abiertamente no desear nuevos embarazos (12, 13, 18, 19).

Los programas materno-infantiles continúan su contribución y apoyo a la transformación y fortalecimiento de los servicios locales de salud, posibilitando lograr mayor participación en las acciones intersectoriales y de participación social que permiten mejorar la calidad y la cobertura de la atención, favoreciendo en esta forma la equidad la eficiencia y el impacto de las actividades bajo su responsabilidad (20).

A continuación se analizan los avances que se lograron en las líneas de acción recomendadas. Al mismo tiempo, se van sugiriendo y puntualizando algunas de las actividades que deberán continuar desarrollándose y se ponen a discusión las actividades nuevas que se recomiendan para el futuro.

#### 1. Formulación y aplicación de políticas de población adecuadas a los planes de desarrollo social y económico

Las Constituciones de El Salvador (1983), Haití (1983) y Panamá (1983) incluyen artículos constitucionales explicitando la necesidad de contar con políticas de población y los propósitos de estas. Brazil (1988), Ecuador (1979), Perú (1979) y México (1974) consagran en sus constituciones nacionales el derecho de los individuos y las parejas a decidir libremente sobre bases informadas el número y el espaciamiento de los hijos (21).

Actualmente todos los países de la Región apoyan directa o indirectamente la provisión de servicios de planificación familiar, generalmente integrados a los de salud maternoinfantil (22). Además, los aspectos de población, desarrollo y salud estuvieron incluidos en forma continuada en las agendas políticas y técnicas de todos los países. La OPS participó desde su nivel más alto en varios foros.

La Región estuvo representada en el Congreso Mundial (1988) y Latinoamericano (1990) de Ginecoobstetricia convocadas por FIGO y FLASOG; en el Foro Internacional de Población Siglo XXI en Amsterdam (1989, FNUAP) en la que participaron 12 países de la Región; en el Congreso Latinoamericano de Planificación Familiar (Río de Janeiro 1989); en la Segunda Conferencia de Parlamentarios del Hemisferio Occidental sobre Población y Desarrollo (1990, Quito), con la participación de 27 países de la Región. También, 22 directores generales de salud maternoinfantil y representantes de UNICEF, OPS, FNUAP y Banco Mundial participaron en la Primera Reunión de Directores de Salud Maternoinfantil de América Latina y el Caribe (1989 Quito). Diecinueve jefes de estado de las Américas estuvieron presentes en la Reunión Cumbre de las Naciones Unidas para la Infancia (1990).

En todas las reuniones arriba mencionadas primaron los aspectos relacionados con la salud de la familia, habiéndose reiterado que los servicios de planificación familiar sean integrados a los de atención materna, de alta calidad y accesibles a toda la población, y que se preste especial atención a las necesidades especiales de los adolescentes. También se llamó a la lucha, no solo por la sobrevivencia sino por una mejor calidad de vida de los niños y en especial de los niños de la calle y a mejorar los servicios de atención a la mujer y el avance en su situación, aumentando las oportunidades para su educación, el trabajo y la salud como ejes fundamentales de su integración al desarrollo. Tuvo importancia el debate sobre el deterioro y contaminación del medio ambiente, en especial el de las concentraciones urbanas y su contaminación, así como sobre la destrucción de las selvas tropicales y la protección de las cuencas hidrológicas, la flora y la fauna.

Se hizo un llamado para que todos los países ratificaran las convenciones de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y para la revisión y actualización de las políticas de población de los países para que estas sean racionales, equitativas y acordes con las aspiraciones nacionales. Se recomendó el fortalecimiento y ampliación de los grupos de parlamentarios interesados en "Población y Desarrollo", que ya existen en 14 países de la Región.

El movimiento nacional e internacional alrededor del tema "Población, Salud y Desarrollo" permitió primero, refinar las propuestas de acción para la Región de las Américas; segundo, que estas se aprobaran en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, Resolución GSP23.R2, y tercero, que convergieran en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia auspiciada por las Naciones Unidas (1990), en donde los Jefes de Estado de la mayor parte del mundo hicieron suyas las metas y se comprometieron a realizar los esfuerzos necesarios para alcanzarlas en el último decenio

del siglo XX (Anexos 1 y 2). Toca al sector salud tomar el liderazgo para que estos compromisos se operacionalicen lo antes posible a nivel nacional y se pongan en práctica los programas para lograrlos.

En base a lo anterior, se considera que existe la coyuntura política y el compromiso del más alto nivel, así como la sensibilidad y el compromiso de la sociedad civil que permitirá acelerar los esfuerzos para focalizar los problemas y alcanzar las metas acordadas, demostrándose en esta forma la voluntad de luchar por una vida mejor de las futuras generaciones.

Por último, se debe considerar la importancia de promover y continuar con la activa participación del sector salud en las conferencias internacionales futuras: Medio Ambiente (Brasil 1992); Año Internacional de la Familia (1994), Conferencia Internacional de Población (1994) e Internacional de la Mujer (1995), que serán de suma importancia y permitirán no solo la vigilancia de los avances logrados sino modificar las propuestas con ajustes necesarios a los programas para los últimos cinco años del siglo.

2. Mejoramiento de la calidad y uso de los datos demográficos y estadísticas de servicios en la identificación de problemas de salud en relación con la población, las necesidades de los servicios y la identificación de los grupos de mayor riesgo, para mejorar la planificación y programación de la salud de los sistemas locales de salud (SILOS)

Con excepción de cinco países y territorios (Anguila, Bolivia, El Salvador, Honduras y Nicaragua) todos los países de la Región realizaron censos de población en la década de los ochenta.

Se ha promovido que el sector salud y los programas de salud materno-infantil hagan uso de las poblaciones estimadas por las oficinas de estadística en base a los últimos censos, ya que de otra forma, como sucede continuamente, las tasas e indicadores tienen variaciones muy sensibles haciendo difícil documentar las tendencias o variaciones en las mismas y la comparación a nivel nacional e internacional. Así mismo, será necesaria la promoción sobre la necesidad e importancia de realizar los censos de los años noventa, ya que estos serán la base de los planes de desarrollo económico y social, incluyendo la salud para la primera década del siglo XXI.

La Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, a entrar en vigencia en 1993, propone extender el registro de muertes maternas, incluyendo todas aquellas que ocurren hasta un año después del parto, llamando "muertes maternas tardías" a aquellas muertes por causas obstétricas directas e indirectas que ocurren después de 42 días y antes de un año después del parto. Esto permitirá continuar analizando la mortalidad materna hasta los 42 días, lo que se considera positivo pues por un lado, continuará habiendo comparabilidad en los datos y tendencias, y por otro, al incluir las muertes que ocurren después de los 42 días se tendrá un mejor espectro de la mortalidad en su magnitud y causas.

En referencia a las encuestas demográficas y de salud realizadas con la colaboración del Demographic and Health Surveys Program (DHS), se ha hecho hasta la fecha una recolección de información en 10 países. La OPS participó tanto en el levantamiento de datos, como en los seminarios de difusión de resultados en Bolivia, Colombia, Guatemala y Paraguay. Se está desarrollando una publicación conjunta con DHS, la participación de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y de la Organización Panamericana de la Salud, que permitirá una mayor difusión y uso de los datos. Se recomienda que aquellos países que no realizaron estas encuestas, valoren la posibilidad de llevarla a cabo, ya que la metodología y los programas de computación para su análisis están disponibles a precio razonable. Se ha iniciado el análisis secundario de datos de estas encuestas auspiciado por el Programa Especial de Reproducción Humana de la OMS y por el "Population Council". El proyecto DHS ha entrado en su segunda fase y durante esta se espera reencuestar en cinco países de la Región, a partir de 1991: Bolivia, noreste de Brazil, Guatemala, Perú y República Dominicana. Conviene destacar que una conferencia mundial destinada a difundir los hallazgos técnicos y metodológicos y sus consecuencias para las políticas de población y salud de los países en desarrollo tendrá lugar en Washington, D.C. en agosto de 1991.

Dado que no siempre es posible contar con una buena base de datos sobre salud de la madre, el niño y el adolescente, en los dos últimos años la OPS han invertido en el desarrollo de un sistema abierto computarizado que permite conformarla. Para mantener actualizada esta base, es necesario lograr que los Países Miembros notifiquen anual y oportuna-mente a la OPS sus datos oficiales, ya que en otra forma es necesario usar fuentes alternas.

Continuó la puesta en marcha en toda la Región de el Sistema Informático Perinatal (SIP) desarrollado por el Centro Latino Americano de Perinatología. Se mejoró la vigilancia de los aspectos de salud perinatal a nivel de unidades hospitalarias y actualmente se aplica en forma más extendida a nivel de poblaciones abiertas en cuatro países: Bolivia, Honduras, Nicaragua y Perú. Esto fue posible al incluir el SIP en un proyecto de salud perinatal auspiciado por la Agencia Canadiense para el Desarrollo (CIDA). Las acciones correspondientes al sistema informático sobre el niño han sido terminadas y están en periodo de prueba.

El Centro para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) continuó realizando las encuestas de salud del adolescente en la Región de las Américas. La USAID, la OPS, el FNUAP y la Carnegie Corporation colaboraron con el CDC en la encuesta de salud reproductiva en adolescentes en Chile y en el desarrollo de protocolos e instrumentos para las posibles encuestas de salud integral del adolescente y adultos jóvenes en la frontera México-EUA y en Venezuela. Por otra parte, el Gobierno del Brasil, con la colaboración del FNUAP, OPS y BENFAM, realizaron la encuesta nacional de adolescencia que contribuyó al diseño de un programa de salud para el adolescente.

La carencia en algunos casos de datos específicos no debiera ser un obstáculo para la acción. A pesar de las limitaciones impuestas por la oportunidad, integridad y calidad de los datos, el problema más importante de la Región es el desarrollo de la capacidad de análisis y uso de la información existente para mejorar los programas y las intervenciones en población y salud maternoinfantil. La solución del problema se ha iniciado privilegiando la cooperación técnica directa, orientada a mejorar la gerencia de los programas en los países.

3. Impulso de la investigación y la asistencia financiera en relación a la capacitación en recursos humanos para factibilizar los programas de atención maternoinfantil y planificación familiar

Se desarrollaron numerosas actividades de investigación, financiadas en orden decreciente por el Programa Especial de Reproducción Humana de la OMS (HRP), fondos extrapresupuestarios del FNUAP y de la propia OPS. El HRP colabora con científicos e instituciones de 14 países en las Américas y otorga un promedio anual de 19 subvenciones institucionales. La mayor parte de la cooperación tuvo lugar en Argentina, Brazil, Cuba, Chile, México, Panamá y Perú y en menor grado en Bolivia, Colombia y Costa Rica, habiéndose iniciado actividades de desarrollo con Guatemala, Venezuela y el Caribe entre 1989 y 1991 (23).

De acuerdo a las recomendaciones del Grupo Asesor Científico-Técnico (STAG) (1989) se incrementó la capacitación inter-regional y la investigación en red. Se realizó en Cuba (1990) un taller para acordar metodologías estandarizadas de investigación en salud reproductiva y establecer las prioridades de la Región para la investigación en este campo. Por primera vez, el HRP realizó en México (abril de 1991) una reunión del Subcomité de Recursos para la Investigación para las Américas. Se considera positiva la orientación hacia los países y la descentralización de acciones de la Región. La participación de la Región en los comités técnicos y de política, y en los grupos de trabajo es adecuada.

En el area de crecimiento, desarrollo y reproducción humana, se prestó especial atención a los estudios sobre mortalidad materna y sobre necesidades de salud de los adolescentes, seguridad y eficacia de los anticonceptivos, aborto y su costo a los servicios. Las investigaciones sobre mortalidad materna permitieron justificar y presentar a los Cuerpos Directivos de la OPS el plan de acción regional para la reducción de la mortalidad en las Américas.

Se continuó la investigación/encuesta con ALAPE sobre la enseñanza del crecimiento y desarrollo en América Latina y se analizó un modelo de salud maternoinfantil para los sistemas locales de salud SILOS. Hasta la fecha se ha evaluado la eficiencia de más de 3000 servicios en 22 países. Es preocupante que, a pesar de la información existente sobre las fallas de los servicios, pocos países han tomado acciones tendientes a mejorarlos.

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) continuó desarrollando una amplia gama de investigaciones colaborativas a través de una red de instituciones en varios países. Las líneas de trabajo incluyen la epidemiología de la cesárea, el riesgo fetonatal, el bajo peso al nacer y el crecimiento y desarrollo post-natal.

En el área de control de las enfermedades diarreicas (CED) se continuó el proyecto de vacunas para rotavirus en Perú y se han apoyado estudios sobre factores de riesgo y sobre conductas de tratamiento de diarrea, y sobre las unidades comunitarias de hidratación oral. Así mismo, tuvo importancia el control de calidad del suero de rehidratación oral y el desarrollo de modelos de investigación operacional para evaluar las actividades de capacitación.

En el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) se hicieron las investigaciones sobre oportunidades perdidas de vacunación y costo en Colombia, Ecuador, El Salvador, México y Venezuela. El uso de tarjetas de vacunación fue evaluado en varios países. Las áreas de riesgo de tétanos neonatal fueron identificadas y el tema de la vacunación anti-tetánica por parteras tradicionales fue introducido en cuatro países. La investigación de casos paralíticos ha demandado grandes esfuerzos de los países para mejorarla.

El programa de prevención y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas (IRA), apoyó con recursos de la OPS/OMS cuatro proyectos sobre agentes etiológicos, uso de agentes antimicrobianos, factores de riesgo, epidemiología de las IRA y percepción de las madres y el personal de salud sobre los signos de gravedad de la enfermedad. Se trabajó en el establecimiento de sitios centinelas para CED/IRA que pueden ser importantes para el desarrollo de modelos de programación. Los países en que se han desarrollado estas actividades son Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, México y Venezuela.

A través del proyecto de investigación en salud materno-infantil que se desarrolla en la frontera México-EUA, se logró formar una red de instituciones a ambos lados de la frontera que permitieron desarrollar proyectos en el área de riesgos en la adolescencia, destacándose la investigación que se desarrolló en la industria maquiladora en los estados fronterizos de México.

Resulta importante resaltar la coordinación que se estableció con el Programa INOPAL II (Investigación Operacional para Latino-América) realizado por el "Population Council" para el desarrollo de protocolos de investigación en aquellos países donde la OPS no cuenta con recursos especializados en esta área.

En resumen, la investigación apoyada por el programa de salud materno-infantil, contribuyó a apoyar políticas científico-técnicas aprobadas a nivel de los Cuerpos Directivos y a nivel de los países. Tal es el caso de los mandatos en cuanto a población, mortalidad materna, salud del adolescente, y Programa Ampliado de Inmunización. En otros casos, contribuyó sustantivamente al desarrollo de los programas a nivel nacional y a la mejoría de la capacitación en los distintos niveles, así como a un aumento de la calidad de los servicios. En 1991 el programa de salud materno-infantil contempló la necesidad de revisar sus líneas de investigación para ajustarlas y dar prioridad a la investigación operativa de los problemas que están impidiendo que las acciones de salud lleguen a toda la población.

En desarrollo de recursos humanos, todas las áreas del programa materno-infantil realizaron numerosas actividades de capacitación, en las que participaron todos los países de la Región, priorizándose el trabajo con las cátedras de pediatría, gineco-obstetricia y salud pública de las escuelas formadoras de recursos humanos en ciencias de la salud. Los cursos incluyeron aspectos clínicos de salud pública y de gerencia de programas. La responsabilidad del financiamiento fue compartida con recursos de la OMS, FNUAP, Fundación W. K. Kellogg, Carnegie Corporation, Pew Trust, USAID y otras agencias, y se realizó a través de actividades regionales, subregionales y a nivel de países.

Se capacitaron en gerencia de los programas materno-infantil y de planificación familiar, cerca de 100 profesionales anuales en cursos regionales realizados con las escuelas de salud pública de Medellín, Sao Paulo y en instituciones no gubernamentales como el Instituto de Estudios Superiores en Administración (IESA) y el Instituto Centro Americano de Administración Pública (ICAP). Se realizó una reunión donde se acordó incluir este importante tópico en los cursos de salud materno-infantil que la OPS apoya en Brazil, Colombia, Costa Rica, Cuba y Chile. Además, los participantes han generado y cristalizado al llegar a sus países propuestas de capacitación en gerencia a través de los proyectos nacionales.

Los programas de prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas y respiratorias, además de las actividades de capacitación nacional en gerencia y supervisión, iniciaron el desarrollo de unidades de capacitación clínica en las que tanto el personal de línea como los estudiantes que asisten a ellas son entrenados. Como resultado de la coordinación con agencias no gubernamentales se inició el entrenamiento de los funcionarios de estas, utilizando los materiales desarrollados por la OPS/OMS. Este hecho, que se consideró exitoso en Colombia, Ecuador, Guatemala y Perú, permite homogenizar los contenidos técnicos y las normas entre las instituciones, independientemente de su afiliación.

El CLAP continuó cumpliendo su función docente intra y extra muros, realizando los cursos de perinatología, metodología de la investigación, salud pública materno-infantil y perinatal.

El reto para continuar desarrollando recursos humanos, es la necesidad cada día más urgente de integrar los componentes técnicos y el establecimiento de programas de educación permanente que sean reforzados con actividades de supervisión de capacitación en servicio. La inexistencia a nivel de algunos países de programas de desarrollo de recursos humanos en salud materno-infantil y planificación familiar para y en el sector salud limita seriamente la eficacia con que esta acción se desarrolla.

#### 4. Difusión de información y asesoramiento a la comunidad para lograr su participación

El programa de salud materno-infantil continuó avanzando hacia el campo de la participación social. El objetivo fue elevar el nivel de conciencia de los distintos conglomerados humanos para que estos, desde sus ámbitos de acción, se comprometan y participen en forma más decidida.

Para el efecto, se incrementaron las actividades de difusión técnico-científica del programa, que cubrieron los niveles políticos, legislativos, ministeriales y técnicos, incluyendo universidades, ministerios de salud y seguridad social, sociedades científicas de pediatría, gineco-obstetricia, salud pública y enfermería. Se mantuvo actualizados a los consultores y centros de documentación de la OPS en los países.

Se prepararon folletos sobre participación comunitaria en perinatología; crecimiento y desarrollo, y planificación familiar, así como manuales para los voluntarios de salud en rehidratación oral comunitaria y videos de promoción para el tratamiento de IRA y CED y la promoción de la lactancia materna. La comunicación y participación social en apoyo a los programas y a los días nacionales de vacunación permitieron una mejor respuesta de la población a las intervenciones de salud.

Se destaca el material de promoción de salud maternoinfantil que contiene el libro "Para la Vida", que fue desarrollado conjuntamente por la OMS, el UNICEF y la UNESCO y en el cual se encuentran ya procesados los mensajes técnicos básicos y la información de apoyo para cada uno de los temas que trata. Algunos países han agregado mensajes sobre accidentes y drogas. Este material ahorra tiempo y esfuerzo a nivel de país para que se mejoren los mensajes educativos.

Se informa también la investigación de modelos de participación comunitaria en perinatología que se desarrolla en algunas áreas de Bolivia, Honduras, Nicaragua y Perú con la cooperación técnica del CLAP y de la Agencia Canadiense de Cooperación para el Desarrollo (CIDA).

#### 5. Integración de los servicios de planificación familiar a los de salud maternoinfantil

La integración de los servicios maternoinfantiles y de planificación familiar es una realidad en la mayoría de los países de la Región, sin embargo, se continúan promoviendo acciones que apuntan hacia la integralidad de la atención al individuo. Esta situación se hace más patente al emerger nuevas necesidades, como el aumento del SIDA maternoinfantil y del adolescente; la iniciación de programas de salud integral del adolescente; la necesidad de participación del varón en forma más activa en el proceso reproductivo y en el cuidado y la crianza de los hijos, así como la introducción de nuevos métodos contraceptivos y la implementación de las estrategias de reducción de la mortalidad materna, obliga a continuar los esfuerzos para la inclusión de estos nuevos componentes a los servicios existentes, en tal forma que permitan progresivamente una atención más completa y de mayor impacto a los diversos grupos de población bajo la responsabilidad del programa. Sin embargo, es necesario tener cuidado de que los esfuerzos de integración de servicios sean financiados por todos los componentes de la atención que se intente integrar. La agregación de funciones al programa de atención maternoinfantil sin recursos nuevos no fortalece, sino debilita, los programas en marcha y pone en peligro los avances logrados con un gran riesgo para la calidad de los servicios.



6. Educación y capacitación en los países sobre materias sexuales y de la vida familiar e iniciación de programas integrados de salud adolescente

El conocimiento y experiencia que se acumuló desde 1975-1985 en actividades para la salud de los adolescentes, permitió a la OPS una participación muy activa y una contribución mayor en las discusiones técnicas de la Asamblea Mundial de la Salud en 1989. En este período, se llegó a un nivel de maduración que permitió establecer--siguiendo los mandatos emanados del Consejo Directivo en 1985 y 1988--un programa regional de salud de los adolescentes y los jóvenes el cual incorpora a la atención integral de su bienestar, incorpora el concepto de la juventud no solo como demandante de servicios, sino también como participante en los programas orientados a su grupo, como recurso importante de la comunidad. A partir del bienio 1990-1991, este programa cuenta con presupuesto propio y recursos humanos regionales.

Así, en 1989 se realizó una reunión de consulta entre expertos nacionales sobre prioridades, estrategias y planes relacionados con la salud del adolescente. En el mismo año, se trabajó el diseño de instrumentos que establecen los lineamientos y criterios para la programación y evaluación de los programas de salud integral del adolescente. A nivel subregional se ha desarrollado la segunda ronda de cursos y reuniones en el área andina (1990), en el Cono Sur (1991) y en América Central y México (1991).

Desde su inicio, la actividad de la OPS con y en apoyo a los países se realiza con el concurso de instituciones no gubernamentales que trabajan con ese grupo de edad. Se realizaron eventos en Ecuador y Uruguay (1990) con la Asamblea Mundial de la Juventud; la Asociación de Niñas Guías desarrolló un seminario de formación para jóvenes del Caribe de habla inglesa (1991), y se participó con el Population Options Committee en la reunión internacional de la adolescencia. Entre 1990-1991 se realizaron 17 reuniones, se participó en varios congresos, y se prestó cooperación técnica para la formulación y conducción de programas en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Guatemala, Honduras y Venezuela, además de todos los países que cuentan con proyectos del FNUAP y que consideran como prioridad al adolescente, en especial los del Caribe de habla inglesa (Cuadro 7).

7. Intensificación de los esfuerzos de coordinación de la OPS con las agencias del Sistema de Naciones Unidas y los organismos gubernamentales y no gubernamentales, a fin de consagrar mayores recursos al apoyo de los programas de salud materno-infantil y planificación familiar

A fin de cumplir con los mandatos y acuerdos de coordinación y trabajo conjunto, se fortalecieron las reuniones intergerenciales, las cuales han evolucionado en 1991 a reuniones conjuntas multiagenciales en las que se identifican estrategias comunes y complementarias en apoyo a los países. Como ejemplo se cita el memorándum de colaboración interagencial que la OPS, el FNUAP y el UNICEF acordaron después de una reunión de coordinación, tendiente a ejecutar los planes de acción correspondientes (Anexo III). Se fortalecieron en los países los comités interinstitucionales, alrededor de los programas nacionales, para que las

CUADRO 7  
EVENTOS IMPORTANTES EN SALUD DEL ADOLESCENTE  
DURANTE LOS AÑOS 1989-1990

REUNION SOBRE SALUD DEL ADOLESCENTE, BASES PARA UN PLAN DE ACCION, WASHINGTON, D.C., 9-13-ENERO-89.

TECHNICAL DISCUSSIONS: THE HEALTH OF YOUTH, GINEBRA, 11-13-MAYO-89.

PARTICIPACION EN EL II TALLER NACIONAL DE SALUD DEL ADOLESCENTE, SANTIAGO, CHILE, 17-29-JULIO-89.

PARTICIPACION EN EL III CONGRESO BRASILEIRO DE ADOLESCENCIA Y EN LAS DISCUSIONES POST-CONGRESO, PORTO ALEGRE, BRASIL, 25-AGOSTO-1-SEPTIEMBRE-89.

REUNION SOCIEDAD ARGENTINA DE SALUD DEL ADOLESCENTE, BUENOS AIRES, ARGENTINA, -5-9-AGOSTO-89.

ASISTENCIA TECNICA A LOS PAISES PARA FORMULACION Y CONDUCCION DE PROGRAMAS DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE, ACTIVIDAD CONTINUA, EN ARGENTINA, BRASIL, CHILE, COLOMBIA, VENEZUELA, ECUADOR, BOLIVIA, COSTA RICA, HONDURAS, GUATEMALA (PRACTICAMENTE TODOS LOS PAISES QUE TIENEN EL PROGRAMA UNFPA), 1988-1990.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE, OAXACA, MEXICO, 6-10-NOVIEMBRE-89.

SEMINARIO DE ADOLESCENCIA EN ATLANTA, GEORGIA, 22-MARZO-1990.

REUNION CONSULTORES SOBRE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE, WASHINGTON, D.C., 26-28-MARZO-90.

PLANEACION DE TALLERES EN SALUD DEL ADOLESCENTE PARA MULTIPLICADORES DOCENTES SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE, SÃO PAULO, BRASIL, 11-13-JUNIO-90.

PARTICIPACION EN LA REUNION INTERAGENCIAL SOBRE JUVENTUD EN AMERICA LATINA, CEPAL, QUITO, ECUADOR, 27-JUNIO-1990.

TALLER DE CAPACTTACION DE DOCENTES DE BRASIL, SÃO PAULO, BRASIL, 12-16-JULIO-90.

WORLD ASSEMBLY OF YOUTH, TALLER DE CAPACTTACION PARA FORMULACION DE MENSAJES PARA PREPARAR LIDERES JUVENILES, QUITO, ECUADOR, 6-10-AGOSTO-90.

TALLER DE CAPACTTACION DE DOCENTES EN BRASIL, SÃO PAULO, BRASIL, 19/NOV-14/DIC/90.

I REUNION ENFERMERIA SALUD MATERNOINFANTIL, ANTIGUA, GUATEMALA, 11-15-FEBRERO-91.

WORKSHOP COUNSELLING SKILLS, RIO DE JANEIRO, BRASIL, 4-8-MARZO-91, Y LIFE-PLAN DEVELOPMENT IN BRAZILIAN ADOLESCENTS AND YOUNG POPULATION, SÃO PAULO, BRASIL, 11-15-MARZO-91.

TALLER SALUD DEL ADOLESCENTE, MONTEVIDEO, URUGUAY (CLAP), 1-5-ABRIL-91.

COLABORACION Y PARTICIPACION EN LA II REUNION INTERAGENCIAL INFORMAL SOBRE JUVENTUD EN AMERICA LATINA, (CEPAL) SANTIAGO, CHILE, 5-ABRIL-91.

agencias del Sistema de Naciones Unidas (OPS, UNICEF, FNUAP), las de cooperación bilateral y las no gubernamentales identifiquen las áreas que apoyarán en los programas nacionales.

Para que este mecanismo pueda brindar todo su beneficio se requieren tres condiciones básicas que no siempre están presentes: a) la decisión del Gobierno/Sector Salud de coordinar la cooperación externa de diversas fuentes; b) la existencia de planes conjuntos de acción regionales previamente acordados por los Cuerpos Directivos en sus estrategias, objetivos, metas y actividades, lo que permite la unificación de los mensajes y aspectos técnicos y, c) la existencia de planes de acción nacionales, estatales y locales que permitan a los países y a las agencias identificar conjuntamente con el país las actividades en la que se prestará apoyo.

Durante el período, la coordinación de actividades interprogramáticas en la OPS se expresó con mayor intensidad en los programas de Salud del Adulto; Mujer, Salud y Desarrollo; Servicios de Salud; Recursos Humanos; Salud y sus Tendencias y Políticas de Salud y Nutrición pudiéndose afirmar que es una realidad la programación y ejecución de actividades interprogramáticas conjuntas. La participación de los programas y países de la Región con la OMS permitió no solo un mayor aporte técnico, sino también una mejor coordinación y programación de actividades conjuntas y provisión de insumos importantes de la OMS hacia la Región de las Américas.

La participación de las agencias del Sistema de Naciones Unidas, las de cooperación bilateral o las no gubernamentales que han decidido unir esfuerzos y recursos en apoyo a los países para el logro de metas comunes, permitió contar con aportes importantes por parte de FNUAP, UNICEF, USAID, BID, CIDA, SIDA, BODA, Fundación W. K. Kellogg, Fundación Carnegie, PEW Trust, JHPIEGO, Population Council y Rotary International. Lo anterior permitió, aumentar los recursos extrapresupuestarios que la OPS ejecuta con y para los países de toda la Región. Entre 1988 y 1990 se duplicaron los recursos, que en el último año fueron del orden de US\$32 millones. De estos, el 90% de los presupuestos se ejecutaron a nivel de países, el 84% correspondió a fondos extrapresupuestarios y el 16% a fondos regulares (20).

A nivel de las iniciativas subregionales se continuó colaborando con el Gobierno de Suecia, la Comunidad Económica Europea y el Gobierno de Italia en Centroamérica, y con el Gobierno italiano y la Carnegie Foundation en proyectos de salud maternoinfantil y perinatal en el Caribe. Los proyectos de salud maternoinfantil y planificación familiar correspondientes a las iniciativas del Area Andina y del Cono Sur, aún se encuentran en la etapa de búsqueda de donantes. Se resalta que se asignaron fondos a actividades de salud maternoinfantil en 29 países, dentro de los presupuestos OPS/país, sin embargo, se requiere aumentarlos a fin de que reflejen la prioridad que políticamente los países indican para el programa.

La situación descrita merece discutirse en profundidad, pues la utilización de recursos externos destinados actualmente a la dotación de insumos críticos como la compra de vacunas, sales de hidratación o métodos anticonceptivos hace muy vulnerable a los programas y pone en

peligro su continuidad y crecimiento futuro. Debe continuarse cultivando y promoviendo la participación conjunta de organismos no gubernamentales y sociedades científicas en los programas de gobierno para mejorar la salud maternoinfantil, dado que su presencia actual puede considerarse incipiente y dado a que su potencial de movilización es enorme.

8. Aumento de la capacidad nacional para el diseño ejecución y evaluación de los planes, programas y proyectos de fortalecimiento de los sistemas locales de salud y aumento de la cobertura y calidad de los servicios

Las actividades de cooperación técnica han favorecido los procesos de diseño de planes y programas nacionales y locales, contribuyendo a una mejora sensible durante el período. Todos los países tienen planes de acción para erradicación del virus salvaje de la polio y para el fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunización; 22 países han diseñado sus programas de la reducción de la mortalidad materna y todos desarrollan programas de planificación familiar; 20 países han formado comisiones nacionales y grupos especializados en salud de los adolescentes; 20 países ejecutan actividades de control de las enfermedades respiratorias agudas a nivel de los servicios de salud, siguiendo las normas propuestas por la OPS/OMS y todos los países de la región tienen programas o actividades operacionales en control de diarreas (12, 13, 19, 23, 24, 25).

La existencia de metas específicas aumenta el compromiso de los países y la Organización y permitirá, además, evaluar las estrategias y los procesos que permitan alcanzarlas.

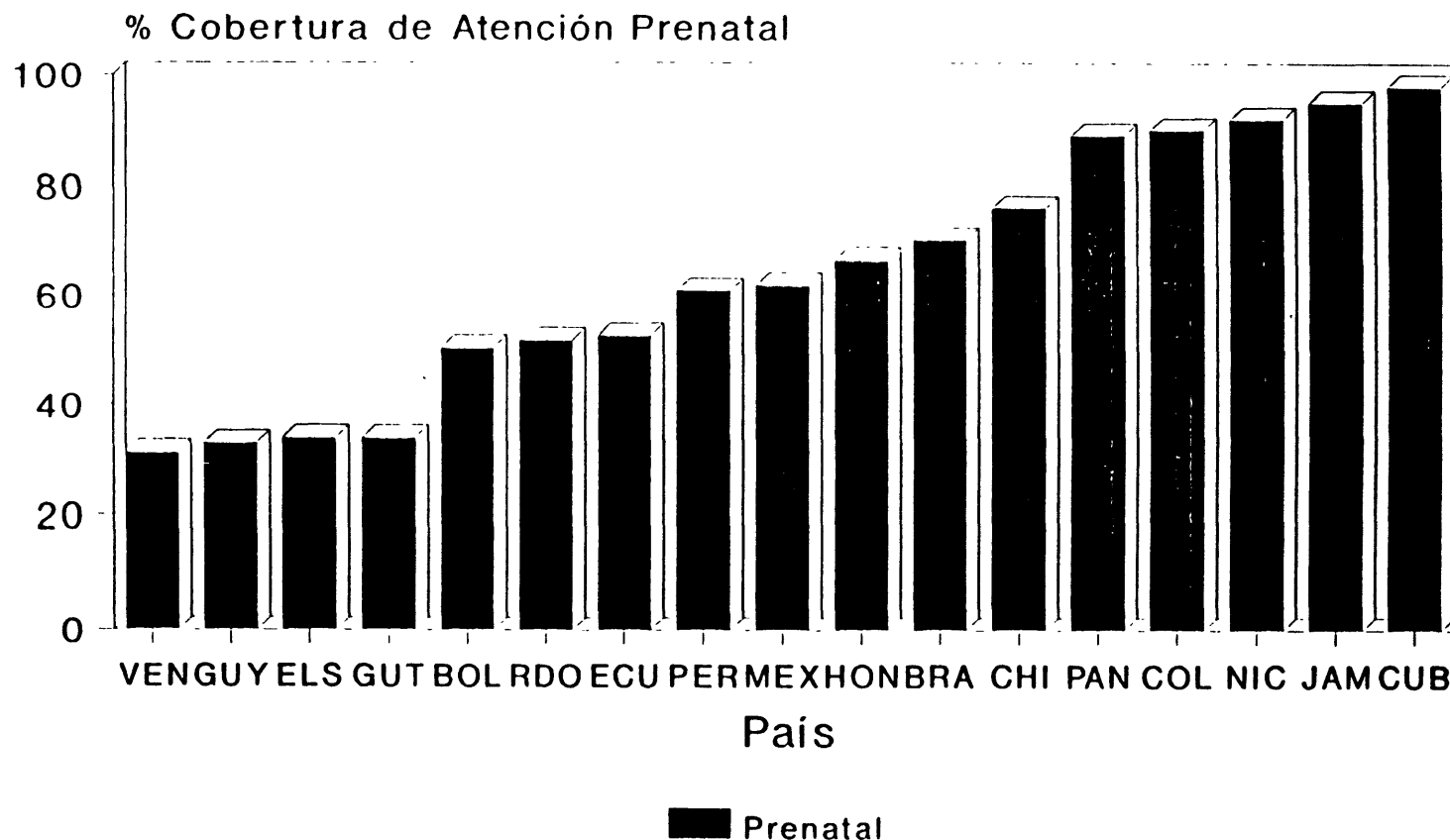
Esta situación se refleja en los siguientes hechos, que si bien implican avances, también llaman la atención a las restricciones que se continúan teniendo y a los retos que habrán de resolverse en el futuro.

La cobertura de atención prenatal es todavía insuficiente en América Latina y el Caribe, ya que solo alrededor del 60% de los 13 millones de nacimientos estimados recibieron algún tipo de atención prenatal, con grandes variaciones por país (12, 13, 20) (Gráfica 4). La cobertura de atención institucional del parto o por profesionales es del 72% (Gráfica 5). Aún 3,8 millones de nacimientos (28%) en la Región son atendidos en su domicilio por familiares o parteras tradicionales. Estas cifras son especialmente importantes cuando se tiene en cuenta que entre el 15 y el 20% de los embarazos son de alto riesgo (12, 13, 20).

Se estima, que con las mejores cifras disponibles la prevalencia de anticoncepción cubre al 60% de las mujeres de 15 a 49 años en los países con información y que representan el 79% de la población de América Latina y el Caribe (Gráfica 6). Se debe considerar que hay una demanda insastifecha de alrededor del 20% de las mujeres en edad fértil, y muchas de las usuarias de anticoncepción no tienen opciones que les permitan elegir los métodos de su preferencia y un porcentaje estimado entre el 10 y 15% en promedio todavía usa métodos tradicionales. Asimismo, el aporte del sector salud a la prevalencia de anticoncepción es de alrededor del 50% de las usuarias, seguido por la prescripción en farmacias y programas no gubernamentales (26).

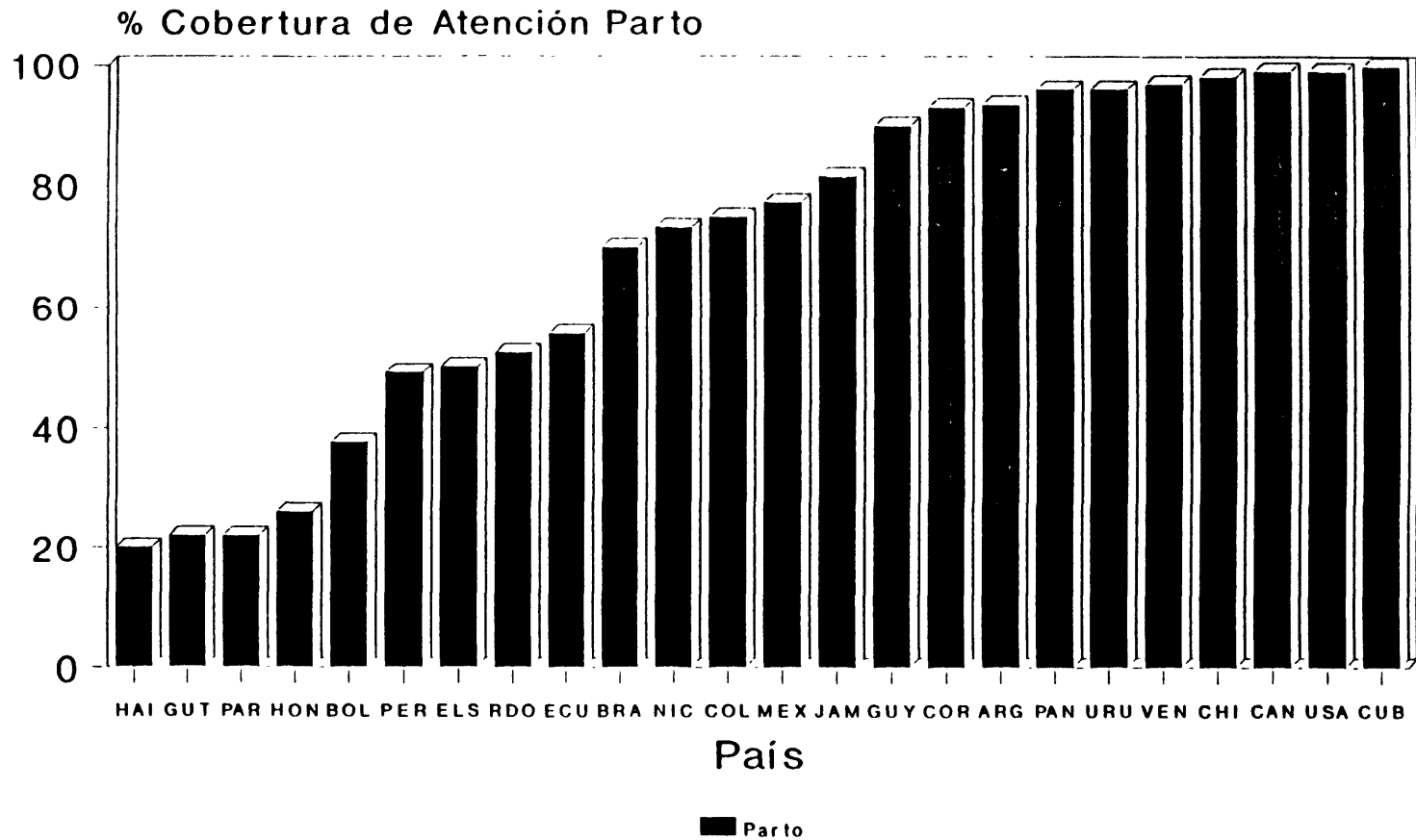
# GRAFICA 4

## Cobertura de Atención Prenatal en Países de la Región de las Américas.



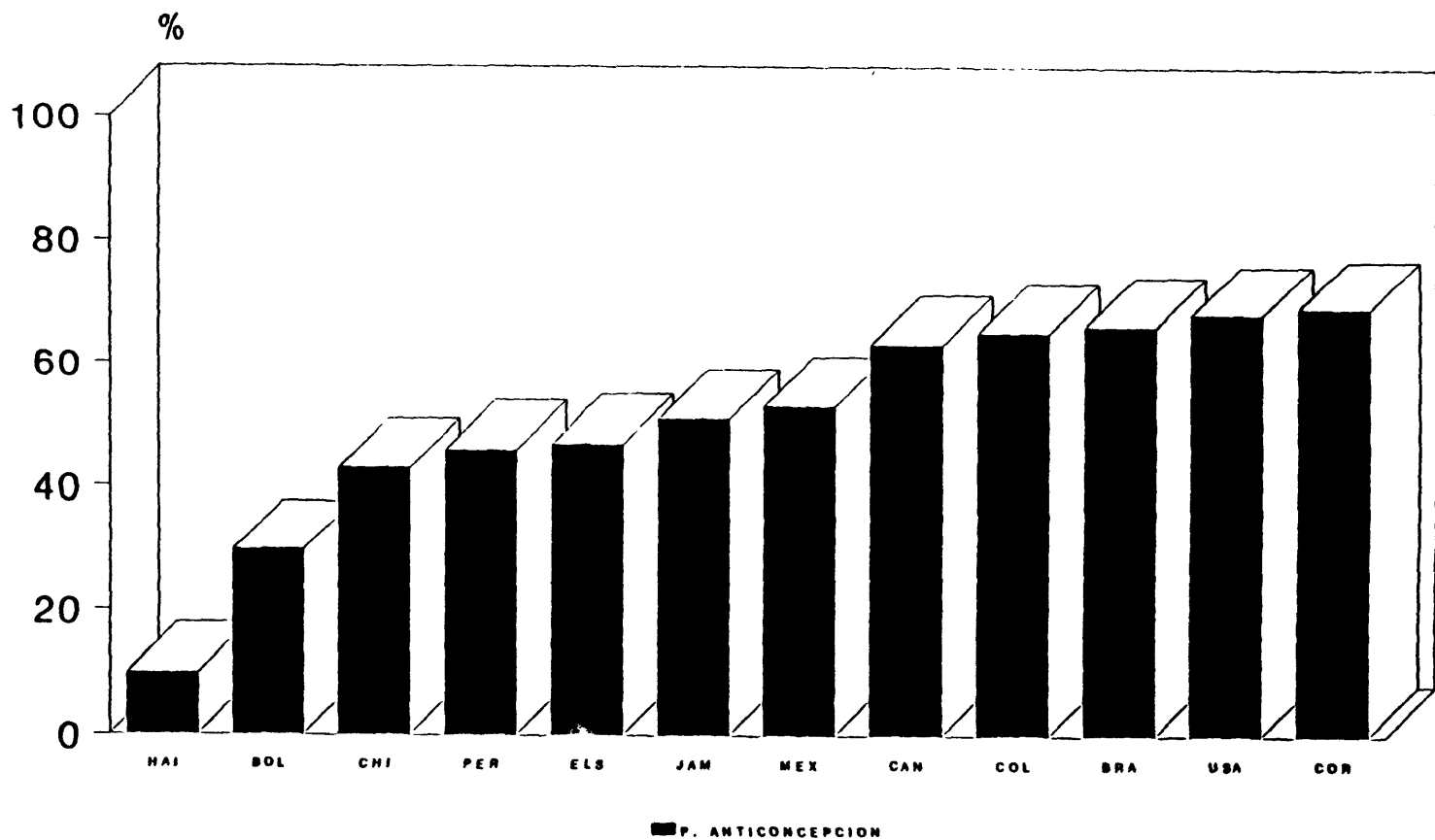
# GRAFICA 5

## Cobertura de Atención de Parto en Países de la Región de las Américas.



# GRAFICA 6

## PREVALENCIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS EN ALGUNOS PAISES DE LAS AMERICAS



última información disponible.  
\*\* Prevalencia por ciento.

Las actividades de salud integral del adolescente se están llevando a cabo en forma acelerada. Sin embargo, los sistemas de información aún no las registran, por lo cual resulta difícil conocer el avance en la cobertura de atención. Algunas encuestas permiten afirmar que los servicios de salud reproductiva y sexual para los adolescentes son aún restringidos (9, 11, 12).

Las actividades de vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño continúan siendo limitadas y, además, no informadas. Se estima que no más del 60% de los niños reciben actividades orientadas hacia este aspecto. La situación demanda el diseño de un plan de acción que permita formar en la población y en los servicios una cultura de vigilancia y mantenimiento adecuado del crecimiento y desarrollo del niño y que haga énfasis en aprovechar todas las oportunidades de contacto con los servicios comunitarios y de salud para evaluarlo.

En cuanto a las intervenciones específicas para reducir los problemas que afectan al niño, los programas nacionales de vacunación aumentaron sus coberturas en todos los países de la Región, alcanzando el promedio más alto de su historia (70%). Se ha iniciado la certificación erradicación de la transmisión del virus salvaje de la poliomielitis. La tasa de acceso a sales de rehidratación oral llegó al 65% de toda la población menor de 5 años, con un 41% de tasa de uso en esta misma población. Hay autosuficiencia de producción de sales en 18 países y se ha documentado la baja de la mortalidad específica por diarrea y su relación con la introducción de los programas de rehidratación oral. En 20 países de la Región se están utilizando las normas de reidentificación y tratamiento de enfermedades respiratorias agudas (20).

Como puede apreciarse, las coberturas logradas son consistentes con la situación de salud-enfermedad mencionadas al inicio de este documento y están llegando a un nivel donde producirán impacto en forma acelerada, en especial si estas se amplian y enfocan a los grupos más postergados y se mejora la calidad de los servicios.

#### IV. CONCLUSIONES

El mejoramiento de la salud maternoinfantil y de los adolescentes exige consolidar las acciones que se desarrollan actualmente e iniciar otras nuevas donde prime la integralidad de las respuestas frente a los problemas que se plantean. Esa integralidad no debe evitar que se actúe con acciones y metas específicas frente a problemas determinados. Las prioridades estratégicas y programáticas de la Organización para el período 1991-1994 abren ese espacio (27). Además, hay que tener presente que las estrategias para disminuir la morbilidad y la mortalidad materna e infantil, cuando conducen a acciones conjuntas y coordinadas producen una potencialización de los beneficios si se las compara con la suma de las acciones aisladas. Así, la salud maternoinfantil, la salud del adolescente y la salud familiar son mucho más que la suma de la salud de cada uno de sus miembros. La salud maternoinfantil es parte de un proceso continuo, por lo que su mejoramiento se reflejará también en etapas de



vida y aún en generaciones posteriores. Teniendo en cuenta esa premisa básica, el rédito económico de los programas de promoción de salud maternoinfantil y prevención de enfermedades es incalculable.

Se puede afirmar sin temor a exagerar que en la Región de las Américas se posee actualmente la decisión política, los conocimientos técnicos, la tecnología de bajo costo y los recursos humanos con capacidad de aplicarlas en áreas del mejoramiento de la salud maternoinfantil y de los adolescentes. El que no se hayan alcanzado todas las metas propuestas (Anexo II) indica que es preciso renovar los compromisos, incrementar los esfuerzos y aumentar los recursos para lograr mejorar la salud de las poblaciones en mayor necesidad. Es responsabilidad de los gobiernos proveer a los servicios de salud con los suministros críticos y vacunas, sales de rehidratación oral, antibióticos, antianémicos, así como con anticonceptivos.

Es importante insistir que la salud es un componente esencial del desarrollo social, político y económico de los pueblos son precisamente aquellos pueblos y gobiernos que jerarquizan las acciones del sector salud los que mejores índices de mejoría han experimentado. Es por ello que es necesario pasar de los enunciados que ya se conocen y sobre los cuales hay consenso, a la etapa de las realizaciones.

Varias reuniones internacionales sobre problemas de salud y población en los últimos años han sensibilizado a los líderes políticos sobre las grandes necesidades existentes. Este es el momento adecuado para que el sector salud comparta su preocupación y responsabilidad con el resto de la sociedad civil y se planeen y lleven a cabo acciones efectivas. El éxito se logrará cuando la salud y el bienestar de los muchos, primen sobre las necesidades de los pocos.

REFERENCIAS

1. Banco Mundial. La Pobreza; Informe sobre el Desarrollo Mundial 1990. 1a. Edición, Julio 1990.
2. CEPAL/ONU. Balance Preliminar de la Economía de América Latina y el Caribe 1990. LC/G 1646, Diciembre 1990.
3. United Nations. Review and Appraisal of World Population Plan of Action. Department of International Economic and Social Affairs, ST/ESA/SER.A/115. 1989 Report. Nueva York, 1989.
4. United Nations Population Fund. Report of the International Forum on Population in the Twenty-first Century. Amsterdam 1989.
5. Population Crisis Committee. Population Growth and Living Standards. Washington, D.C., 1989.
6. United Nations. World Population Prospectives 1988. Department of International Economic and Social Affairs, ST/ESA/SER/A/106, N.Y., 1989
7. Organización Panamericana de la Salud. Condiciones de Salud en las Américas, Vol. I, 1990
8. CELADE/OPS. La Fecundidad en las Américas: Niveles, Tendencias y Determinantes próximos 1989. (En proceso, actualización y publicación 1991).
9. Allan Guttmacher Institute. Today's Adolescents, Tomorrow's Parents. A Portrait of the Américas. 1990.
10. CELADE/OPS. La Mortalidad en las Américas; Progresos, problemas, perspectivas 1989. (En proceso de actualización y publicación 1991).
11. Organización Panamericana de la Salud. Reunión de Consulta sobre Prioridades, Estrategias y Planes relacionados con la Salud del Adolescente. Programas Regionales de Salud Maternoinfantil y Salud del Adulto, Washington, D.C., Enero 1989.
12. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Salud Maternoinfantil y Planificación Familiar (CD33/13) Washington, D.C., 1988.
13. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. Washington, D.C., 1990.
14. United Nations Population Fund. Amsterdam Declaration, A Better Life for Future Generations. Amsterdam, 1989.

15. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de Servicios de Salud Maternoinfantil. Moreno E. y Suárez N. Washington, D.C., 1989.
16. Mariano Requena. El Aborto en Chile. 1990.
17. World Health Organization. Royston E. y Armstrong S. Preventing Maternal Deaths, pp. 107-138. Geneva, 1989.
18. Organización Panamericana de la Salud. Principios Básicos de Acción de la Organización Panamericana de la Salud, 1987-1990, Washington, D.C., 1987.
19. Organización Panamericana de la Salud. Política de Acción de la Organización en Asuntos de Población. Washington, D.C., 1984.
20. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Salud Materno-infantil, Evaluación Interna del Programa 1988, 1989, 1990.
21. John Paxman. Population Law and Policy. 1989.
22. United Nations. Results of the Sixth Population Inquiry among Governments. Department of International Economic and Social Affairs, ST/ESA SER.R/104 N.Y., 1990.
23. World Health Organization. Special Program on Human Reproduction Research and Training. HRP/STAG (8) 1991/5.2.7.2, 1991.
24. OPS-AID-UNICEF. Plan de Acción para el control de las enfermedades Diarreicas. Comité Coordinador Interagencial (OPS-AID-UNICEF), 1990.
25. OPS-AID-UNICEF. Plan de Acción para la implementación de los Programas de Control de las Enfermedades Respiratorias Agudas. Comité Coordinador Interagencial, Febrero 1991.
26. United Nations. Levels and Trends of Contraceptive use as Assessed in 1988. Department of International and Social Affairs, ST/ESA/SER/A/110. Nueva York, 1989.
27. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para la Organización Panamericana de la Salud en el Cuadrenio 1991-1994.

DECLARACION MUNDIAL SOBRE LA SUPERVIVENCIA,  
LA PROTECCION Y EL DESARROLLO DEL NIÑO

1. Nos hemos reunido en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia para contraer un compromiso común y hacer un urgente llamamiento a nivel mundial para que se dé a todos los niños un futuro mejor.
2. Los niños del mundo son inocentes, vulnerables y dependientes. También son curiosos, activos y están llenos de esperanza. Su infancia debe ser una época de alegría y paz, juegos, aprendizaje y crecimiento. Su futuro debería forjarse con espíritu de armonía y cooperación. A medida que maduren tendrían que ir ampliando sus perspectivas y adquiriendo nuevas experiencias.
3. Sin embargo, en la realidad, la infancia de muchos niños es muy diferente a la descrita.

El problema

4. Día a día, innumerables niños de todo el mundo se ven expuestos a peligros que dificultan su crecimiento y desarrollo. Padecen grandes sufrimientos como consecuencia de la guerra y la violencia; como víctimas de la discriminación racial, el apartheid, la agresión, la ocupación extranjera y la anexión; también sufren los niños refugiados y desplazados que se ven obligados a abandonar sus hogares y sus raíces; algunos sufren por ser niños impedidos; o por falta de atención o ser objeto de crueldades y explotación.
5. Día a día, millones de niños son víctimas de los flagelos de la pobreza y las crisis económicas, el hambre y la falta de hogar; las epidemias, el analfabetismo y el deterioro del medio ambiente. Sufren los graves efectos de la falta de un crecimiento sostenido y sostenible en muchos países en desarrollo, sobre todo en los menos adelantados, y de los problemas de la deuda externa.
6. Cada día mueren 40,000 niños por la malnutrición y diversas enfermedades, por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), falta de agua potable y de saneamiento adecuado y por los efectos del problema de la droga.
7. Estos son los problemas que, como dirigentes políticos, debemos atender.

### Las posibilidades

8. En conjunto, nuestros países cuentan con medios y conocimientos para proteger la vida y mitigar considerablemente los sufrimientos de los niños, fomentar el pleno desarrollo de su potencial humano y hacerles tomar conciencia de sus necesidades, sus derechos y sus oportunidades. La Convención sobre los Derechos del Niño ofrece una nueva oportunidad para que el respeto de los derechos y el bienestar del niño adquieran un carácter realmente universal.
9. El clima político internacional más favorable de los últimos tiempos puede facilitar esta tarea. Mediante la cooperación y la solidaridad internacionales ahora debería ser posible lograr resultados concretos en muchas esferas: revitalizar el crecimiento y el desarrollo económicos, proteger el medio ambiente, evitar la transmisión de enfermedades mortales y destructivas y lograr una mayor justicia social y económica. La tendencia actual al desarme también significa que se podrían liberar cuantiosos recursos para fines no militares. Cuando se proceda a la reasignación de esos recursos debería otorgarse muy alta prioridad a aumentar el bienestar de los niños.

### La tarea

10. La primera obligación es mejorar las condiciones de salud y nutrición de los niños y para ello se dispone actualmente de diversas alternativas. Cada día se puede salvar la vida a decenas de miles de niños y niñas, ya que es fácil prevenir lo que podría llegar a causarles la muerte. La mortalidad de niños menores de 4 años es extremadamente alta en muchas partes del mundo, pero se puede reducir en forma drástica con los medios ya conocidos y de fácil acceso.
11. Se debería prestar más atención, cuidado y apoyo a los niños impedidos y a otros niños en circunstancias especialmente difíciles.
12. El fortalecimiento de la función de la mujer en general y el respeto de su igualdad de derechos favorecerán a los niños del mundo. Las niñas deberían recibir el mismo trato y las mismas oportunidades desde su nacimiento.

13. Actualmente hay más de 100 millones de niños que no reciben instrucción escolar básica y dos terceras partes de ellos son del sexo femenino. La prestación de servicios de educación básica y de alfabetización a todos es una de las contribuciones más importantes que se pueden hacer al desarrollo de los niños del mundo.
14. Cada año mueren 500,000 madres por complicaciones relacionadas con el parto. Hay que promover la maternidad sin riesgo por todos los medios posibles y atribuir particular importancia a la planificación responsable del tamaño de la familia y al espaciamiento de los nacimientos. Se debe dar toda la protección y la asistencia necesarias a la familia, como grupo fundamental y entorno natural del crecimiento y el bienestar de los niños.
15. Por intermedio de la familia y de otras personas que se preocupan por el bienestar de los niños habría que ofrecerles la oportunidad de descubrir su identidad y aprovechar su potencial. / Se debería preparar a los niños para vivir responsablemente en una sociedad libre. Desde la infancia, se les debería estimular a participar en la vida cultural de la sociedad en que viven.
16. La situación económica seguirá ejerciendo una importante influencia en la vida de los niños, sobre todo en las naciones en desarrollo. Teniendo presente el futuro de los niños, hay que asegurar o reactivar urgentemente el crecimiento y el desarrollo económicos sostenidos y sostenibles en todos los países y, seguir prestando atención urgente a una solución amplia y duradera de los problemas de la deuda externa que afectan a los países deudores en desarrollo.
17. Para realizar esas tareas todas las naciones deben desplegar esfuerzos constantes y concertados, tanto a nivel nacional como mediante la cooperación internacional.

#### El compromiso

18. Para velar por el bienestar de los niños se deben adoptar medidas políticas al más alto nivel. Estamos decididos a hacerlo.
19. Por lo tanto, nos comprometemos solemnemente a atribuir alta prioridad a los derechos del niño, a su supervivencia, su protección y su desarrollo. De esta manera también se contribuirá al bienestar de todas las sociedades.

20. Hemos acordado trabajar en conjunto, colaborando a nivel internacional y en nuestros respectivos países. Nos comprometemos a aplicar el programa de 10 puntos que se presenta a continuación, con objeto de proteger los derechos del niño y mejorar sus condiciones de vida.
- i) Nos esforzaremos por promover la rápida ratificación y aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño. En todo el mundo se deberían iniciar programas en los que se fomente la difusión de información sobre los derechos del niño, tomando en consideración los valores culturales y sociales de cada país.
  - ii) Nos esforzaremos por que se adopten constantes medidas a nivel nacional e internacional para mejorar las condiciones de salud de los niños, fomentar la atención prenatal y reducir la mortalidad de niños menores de 4 años en todos los países y entre todos los pueblos. Fomentaremos la provisión de agua potable para todos los niños en todas las comunidades y la creación de redes de saneamiento en todo el mundo.
  - iii) Nos esforzaremos por lograr un crecimiento y un desarrollo óptimos de los niños, mediante la adopción de medidas para erradicar el hambre y la desnutrición y, por lo tanto, evitar trágicos sufrimientos a los niños en un mundo que dispone de los medios para alimentar a todos sus habitantes.
  - iv) Nos esforzaremos por fortalecer la función y la condición de la mujer. Fomentaremos la planificación responsable del tamaño de la familia, el espaciamiento de los nacimientos, el amamantamiento y la maternidad sin riesgo.
  - v) Nos esforzaremos por que se respete la contribución de la familia al cuidado de los niños y prestaremos apoyo a los esfuerzos de los padres, las demás personas que se ocupan del cuidado de los niños, y las comunidades, por criarlos y atenderlos desde las primeras etapas de la infancia hasta el fin de la adolescencia. También reconocemos las necesidades especiales de los niños separados de su familia.
  - vi) Nos esforzaremos por que se ejecuten programas encaminados a reducir el analfabetismo y ofrecer oportunidades de educación a todos los niños, independientemente de su origen y sexo; preparar a los niños para realizar actividades productivas y

para aprovechar las oportunidades de aprendizaje permanente, por ejemplo, mediante la capacitación profesional, y permitir a los niños llegar a la vida adulta en un medio cultural y social que les dé apoyo y sea enriquecedor.

- vii) Nos esforzaremos por mejorar la dramática situación de millones de niños que viven en circunstancias especialmente difíciles por ser víctimas de apartheid y la ocupación extranjera, de los huérfanos y niños de la calle e hijos de trabajadores migratorios, de los niños desplazados y víctimas de desastres naturales y provocados por el ser humano, de los niños impedidos y víctimas de malos tratos, de los niños que se encuentran en condiciones de desventaja desde el punto de vista social y de los niños explotados. Se debe ayudar a los niños refugiados a echar nuevas raíces. Nos esforzaremos por lograr la protección especial de los niños que trabajan y la abolición del trabajo ilegal de menores. Nos esforzaremos por evitar que los niños se conviertan en víctimas del flagelo de las drogas ilícitas.
- viii) Nos esforzaremos con especial dedicación por proteger a los niños contra el flagelo de la guerra y por tomar medidas que impidan el estallido de nuevos conflictos armados, para así dar a los niños de todo el mundo un futuro de paz y seguridad. Fomentaremos los valores de la paz, la comprensión y el diálogo en la educación de los niños. Incluso en épocas de guerra y en zonas asoladas por la violencia se deben respetar las necesidades esenciales de los niños y las familias. Solicitamos que se establezcan treguas y que se creen corredores especiales de ayuda en pro de los niños en aquellos casos en que aún subsistan la guerra y la violencia.
- ix) Nos esforzaremos por que se adopten medidas mancomunadas para la protección del medio ambiente a todo nivel, para que los niños puedan tener un futuro más seguro y más sano.
- x) Nos esforzaremos por que se inicie una lucha a nivel mundial contra la pobreza, lucha que se reflejaría de inmediato en un mayor bienestar para los niños. Se debe dar prioridad a la vulnerabilidad y a las necesidades especiales de los niños de los países en desarrollo y, en particular, de los países menos adelantados. No obstante, en todos los países se deben promover el crecimiento y el desarrollo mediante la



adopción de medidas a nivel nacional y mediante la cooperación internacional. Esto exige la transferencia de recursos adicionales suficientes a los países en desarrollo, el establecimiento de relaciones de intercambio más favorables, una mayor liberalización del comercio internacional y la adopción de medidas que reduzcan la carga de la deuda. También conlleva ajustes estructurales que fomenten el crecimiento de la economía mundial, sobre todo en los países en desarrollo, y velen por el bienestar de los sectores más vulnerables de la población, especialmente los niños.

#### Las medidas siguientes

21. La Cumbre Mundial en Favor de la Infancia nos desafía a adoptar medidas. Hemos decidido responder a ese desafío.
22. Entre otras colaboraciones, solicitamos muy en especial la de los mismos niños. Les hacemos un llamamiento para que participen en esta tarea.
23. Asimismo, aspiramos a contar con el apoyo del sistema de las Naciones Unidas y de otras organizaciones internacionales y regionales en este esfuerzo mundial en favor de la infancia. Solicitamos una mayor participación de las organizaciones no gubernamentales para complementar la adopción de medidas nacionales y las actividades internacionales conjuntas en este campo.
24. Hemos decidido adoptar y aplicar un Plan de Acción que sirva de marco de referencia para la realización de actividades nacionales e internacionales más específicas. Hacemos un llamamiento a todos nuestros colegas para que hagan suyo este plan. Estamos dispuestos a destinar los recursos que sean necesarios para cumplir con estos compromisos, como parte de las prioridades establecidas en nuestros planes nacionales.
25. Nos comprometemos a hacerlo no sólo para la generación actual, sino también para las generaciones venideras. No puede haber una tarea más noble que la de dar a todos los niños un futuro mejor.

Naciones Unidas, Nueva York, 30 de septiembre de 1990

## METAS PARA LOS NIÑOS Y EL DESARROLLO EN EL DECENIO DE 1990

Las siguientes metas se han formulado tras extensas consultas en distintos foros internacionales, con la asistencia de prácticamente todos los gobiernos, los organismos de las Naciones Unidas pertinentes, incluidos la Organización Mundial de la Salud (OMS), el UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), y un gran número de organizaciones no gubernamentales. Se recomienda que estas metas se cumplan en todos los países donde sean aplicables, ajustándose, según sea necesario, a la situación concreta de cada país en lo relativo al escalonamiento, las normas, las prioridades y la disponibilidad de recursos, y respetando las tradiciones culturales, religiosas y sociales. Se deben agregar a los planes de acción nacionales las metas adicionales que se apliquen especialmente a la situación concreta de cada país.

1. PRINCIPALES METAS DE SUPERVIVENCIA, DESARROLLO Y PROTECCION DEL NIÑO
  - a) Entre 1990 y el año 2000, reducción de una tercera parte de la tasa de mortalidad de niños menores de 1 año y menores de 5 años o hasta 50 y 70 por 1000 nacidos vivos, respectivamente, si ello representa una tasa de mortalidad menor;
  - b) Entre 1990 y el año 2000, reducción del 50% de la tasa de mortalidad materna;
  - c) Entre 1990 y el año 2000, reducción del 50% de la tasa de malnutrición grave y moderada de los niños menores de 5 años.
  - d) Acceso universal al agua potable y a medios sanitarios de eliminación de excrementos;
  - e) Para el año 2000, acceso universal a la educación básica y finalización de la enseñanza primaria por lo menos por el 80% de los niños en edad escolar;
  - f) Reducción de la tasa de analfabetismo de adultos (cada país determinará el grupo de edad conveniente) a por lo menos la mitad del nivel registrado en 1990, con especial interés en la alfabetización de las mujeres;
  - g) Mejoramiento de la protección de los niños en circunstancias especialmente difíciles.

## II. OBJETIVOS DE APOYO/SECTORIALES

### A. Salud y educación de la mujer

- i) Atención especial a la salud y nutrición de las niñas, las mujeres embarazadas y las madres lactantes;
- ii) Acceso de todas las parejas a información y servicios para impedir los embarazos demasiado tempranos, poco espaciados, demasiado tardíos/demasiado numerosos;
- iii) Acceso de todas las mujeres embarazadas a la atención prenatal; acceso a personal capacitado para asistir en el alumbramiento y acceso a servicios de consulta para los casos de embarazo de alto riesgo y situaciones de emergencia obstétrica;
- iv) Acceso universal a la enseñanza primaria, con especial interés en las niñas, y programas acelerados de alfabetización para las mujeres.

### B. Nutrición

- i) Reducción de un 50% en los niveles de malnutrición grave y moderada registrados en 1990 entre los niños menores de 5 años;
- ii) Reducción de la tasa de bajo peso al nacer (2,5 kilogramos o menos) a menos del 10%;
- iii) Reducción de una tercera parte en los niveles de anemia por carencia de hierro registrados entre las mujeres en 1990;
- iv) Eliminación virtual de las enfermedades por carencia de yodo;
- v) Eliminación virtual de la carencia de vitamina A y sus consecuencias, inclusive la ceguera;
- vi) Lograr que todas las mujeres amamenten a sus hijos durante cuatro a seis meses y continúen la lactancia con la adición de alimentos complementarios hasta bien entrado el segundo año;

- vii) Institucionalización de la promoción del crecimiento y su supervisión periódica en todos los países para fines del decenio de 1990;
- viii) Difusión de conocimientos y de servicios de apoyo para aumentar la producción de alimentos a fin de garantizar la seguridad alimentaria familiar.

#### C. Salud infantil

- i) Erradicación mundial de la poliomielitis para el año 2000;
- ii) Eliminación del tétanos neonatal para 1995;
- iii) Reducción del 95% de las defunciones por sarampión y reducción del 90% de los casos de sarampión para 1995, en comparación con los niveles previos a la inmunización, como paso importante para erradicar a largo plazo el sarampión en todo el mundo;
- iv) Mantenimiento de un alto nivel de cobertura de inmunización (por lo menos el 90% de los niños menores de 1 año para el año 2000) contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, el sarampión, la poliomielitis y la tuberculosis y contra el tétanos para las mujeres en edad de procrear;
- v) Reducción del 50% de las defunciones como consecuencia de la diarrea en los niños menores de 5 años y del 25% en la tasa de incidencia de la diarrea;
- vi) Reducción de la tercera parte de las defunciones a raíz de infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 5 años.

#### D. Agua y saneamiento

- i) Acceso universal al agua potable;

- ii) Acceso universal a los medios sanitarios de eliminación de excrementos;
- iii) Eliminación de la enfermedad del gusano de Guinea (dracunculiasis) para el año 2000.

#### E. Educación básica

- i) Ampliación de las actividades de desarrollo en la primera infancia, incluidas intervenciones apropiadas y de bajo costo con base en la familia y en la comunidad;
- ii) Acceso universal a la educación básica y finalización de la enseñanza primaria para por lo menos el 80% de los niños en edad escolar, mediante la enseñanza escolar o la educación no académica con un nivel de aprendizaje comparable, haciendo hincapié en reducir las disparidades actuales en la educación de niños y niñas;
- iii) Reducción de la tasa de analfabetismo entre los adultos (cada país determinará el grupo de edad conveniente) a por lo menos el 50% del nivel que tenía en 1990, subrayando la alfabetización de las mujeres.
- iv) Mayor adquisición por parte de individuos y familias de los conocimientos, técnicas y valores necesarios para vivir mejor, que se les han de proporcionar a través de todos los cauces educativos, incluidos los medios de difusión y otras formas de comunicación y acción social modernas y tradicionales, cuya efectividad se medirá en función de los cambios en el comportamiento.

#### F. Niños en circunstancias particularmente difíciles

Ofrecer mejor protección a los niños en circunstancias particularmente difíciles y eliminar las causas fundamentales que conduzcan a tales situaciones.

MEMORANDUM DE COLABORACION INTERAGENCIAL  
ENTRE  
LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD,  
OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD,  
EL FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS,  
Y  
EL FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA  
PARA APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS ACUERDOS  
DE LA CUMBRE MUNDIAL EN FAVOR DE LA INFANCIA EN LAS AMERICAS\*

Representantes de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), reunidos en la sede de OPS:OMS en Washington, el 25 y 26 de marzo de 1991, en concordancia con los mandatos de sus Cuerpos Directivos que coinciden en el apoyo a las acciones de salud de la niñez, el adolescente y la mujer y los llamados de la Asamblea General de Naciones Unidas para ejecutar estas acciones en forma coordinada y complementaria.

1. CONSIDERANDO: que en la Región de las Américas se ha venido desarrollando una activa cooperación técnica entre OPS/OMS, FNUAP y UNICEF en el campo de la salud materno-infantil y del adolescente, que ha brindado un apoyo importante a los países de la Región y contribuido a mejorar los niveles de salud de la población.

2. CONSIDERANDO: que la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia celebrada en la sede de las Naciones Unidas el 29 y 30 de septiembre de 1990, aprobó la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño como máxima expresión de la voluntad política para concertar acciones a ser desarrolladas en la década de los 90. Los Jefes de Estado y de Gobierno aprobaron un Plan de Acción para los gobiernos, las organizaciones internacionales y otros organismos, encaminado a la adopción de medidas a escala nacional y regional con el fin de promover la salud materno-infantil, luchar contra la desnutrición, el analfabetismo, mejorar el saneamiento y el suministro de agua, disminuir las altas tasas de enfermedad y muerte entre niños y mujeres y mejorar la situación social de la mujer.

3. CONSIDERANDO: que la Declaración Mundial y el Plan de Acción constituyen un compromiso de los gobiernos para desarrollar acciones a corto, mediano y largo plazo propiciando un ambiente favorable para reafirmar y robustecer el papel de colaboración de las agencias con los gobiernos.

\*Versión oficial en español

4. **CONSIDERANDO:** la necesidad de implantar las propuestas de acción nacional e internacional contenidas en los párrafos 34 y 35 del Plan para la Aplicación de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño en el decenio 1990.

**ACUERDAN:**

**OBJETO:**

Aunar esfuerzos para desarrollar acciones conjuntas para brindar cooperación técnica a los países de la Región de las Américas, en la preparación, ejecución, seguimiento y evaluación de los Planes de Acción de Salud Maternoinfantil, que incluyen los componentes de salud de la mujer, el niño y el adolescente.

**LINEAS DE ACCION:**

1. Coordinación Interagencial

- . Apoyar a los países de la Región para desarrollar y consolidar los mecanismos de coordinación alrededor de los Planes Nacionales.
- . Celebrar reuniones entre los Representantes de las agencias y su personal técnico a nivel de país, para colaborar en la elaboración de planes de trabajo orientados a la ejecución de las actividades acordadas en este MEMORANDUM.
- . Realizar reuniones anuales de coordinación interagencial a nivel regional.
- . Hacer partícipe de estos propósitos e invitar a la coordinación y acción a otras agencias de cooperación bi y multilateral y organizaciones no gubernamentales (ONG's).

2. Formulación de los Planes de Acción de Salud Maternoinfantil a nivel de los Países

- . Promover y apoyar en cada país la conformación de Comisiones Nacionales y/o Grupos de Trabajo Intersectorial encargados de la formulación de los Planes Nacionales de Salud Maternoinfantil.

- . Prestar el apoyo técnico a los países en el proceso de definición de línea de base, en función de la cual se definirán y adoptarán las metas que cada país se compromete a alcanzar en el corto, mediano plazo y al final de la década.
- . Desarrollar y/o perfeccionar las guías metodológicas para apoyar la formulación de los Planes Nacionales de Salud Maternoinfantil, que incluyan los mecanismos de seguimiento y evaluación y la estimación de costos.
- . Brindar la cooperación técnica directa para la preparación, ajuste y ejecución de los Planes Nacionales de Salud Maternoinfantil.

### 3. Promoción y Movilización

- . Dar una amplia difusión a nivel Regional, Nacional y al interior de las agencias de las metas de salud maternoinfantil incluidas en la Declaración Mundial y el Plan de Acción de modo que se cree conciencia a cerca de su contenido.
- . Promover dentro de cada agencia la adopción de resoluciones de sus Cuerpos Directivos que incorporan dentro de sus mandatos, el compromiso de apoyo a los gobiernos en la formulación y ejecución de los Planes Nacionales.
- . A nivel de los países y de la Región, divulgar el trabajo realizado en pro de la consecución de las metas y movilizar a la sociedad civil y a la comunidad organizada para que participe activamente en este proceso.

### 4. Cooperación Técnica entre Países

- . Favorecer el intercambio de experiencias entre los países, que contribuya a la implementación de las acciones.
- . Fomentar la cooperación técnica en el ámbito de las iniciativas Subregionales de Salud.

### 5. Financiamiento

- . Apoyar a los gobiernos en la búsqueda de fuentes de financiamiento externo y en la movilización de los recursos nacionales que permitan la ejecución de las acciones incluidas en sus Planes Nacionales.



- . En conformidad con los criterios de financiamiento y la disponibilidad de recursos de cada agencia, apoyar la ejecución de acciones y programas de manera complementaria y reorientar, si fuese necesario, sus recursos regionales y de país conforme al desarrollo de los Planes de Acción.

6. Seguimiento y Evaluación

- . Identificar los indicadores básicos para medir el avance en el cumplimiento de las metas y apoyar el diseño de mecanismos para el monitoreo y evaluación de los Planes Nacionales.

PLAN DE TRABAJO

Se elaborará un plan de trabajo interagencial en donde se identificarán las actividades conjuntas, así como otras que, siendo propias de cada agencia, puedan articularse y contribuir al logro de objetivos, y metas comunes. Anualmente se convocará a una reunión interagencial en donde se evaluará el grado de cumplimiento de las actividades acordadas el año anterior y se propondrá el plan de trabajo del año siguiente.

El presente MEMORANDUM DE COLABORACION INTERAGENCIAL, se suscribe en la sede de la OPS/OMS, Washington, DC el 23 de abril de 1991.

---

Dra. Teresa Albanez  
Directora Regional para  
América Latina y el Caribe  
UNICEF

---

Dra. Kerstin Trone  
Directora, División de  
Latinoamérica y el Caribe,  
FNUAP

---

Dr. Carlyle Guerra de Macedo  
Director, OPS/OMS