PN-ABG-582

PLAN DE ACCION CONJUNTA PARA LA SUBREGION ANDINA

PRIMERA REUNION SUBREGIONAL SOBRE SALUD MATERNOINFANTIL

QUITO, ECUADOR, 2 - 6 FEBRERO 1987

INFORME FINAL

OPS OMS

UNICEF

CHU

USAID

PLAN DE ACCION CONJUNTA PARA LA SUBREGION ANDINA

PRIMERA REUNION SUBREGIONAL
SOBRE SALUD MATERNOINFANTIL

INFORME FINAL

QUITO, ECUADOR, 2-6 FEBRERO, 1987

C O N T E N I D O

Página

Resumen ejecutivo..... 1

Antecedentes..... 5

Conclusiones y recomendaciones..... 7

Plan de Trabajo.....13

Anexo 1: Lista de participantes.....21

Anexo II: Informes de los grupos por país

a. Bolivia.....25

b. Colombia.....29

c. Ecuador.....43

d. Perú.....55

e. Venezuela.....63

RESUMEN EJECUTIVO

Como resultado de la decisión de los Ministros de Salud del Area Andina de promover y apoyar un Plan Subregional de Salud, se realizó en noviembre de 1986 en la ciudad de Quito, una reunión de Directores Generales de Salud donde los países, con apoyo de las agencias OPS/OMS, UNICEF, AID y el Convenio Hipólito Unanue, convinieron en preparar un plan de acción para el desarrollo de actividades subregionales y de cooperación internacional en Salud Materno-infantil.

En sus presentaciones, los representantes de los países relacionaron las características del problema y las estrategias nacionales de control con las posibles áreas para la cooperación subregional y aprobaron los campos generales para el desarrollo de actividades subregionales en Salud Materno-infantil, propuestos en el documento de trabajo presentado por OPS/OMS: Monitoría y evaluación, Capacitación y educación y movilización comunitaria. Recomendaron, además, áreas específicas para la cooperación subregional y para la promoción del apoyo internacional.

Para preparar planes de trabajo subregionales se realizó en Quito, Ecuador, del 2 al 6 de febrero de 1987, la Primera Reunión sobre Salud Materno-infantil, con participación de representantes de Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Los grupos nacionales estuvieron integrados por alrededor de ocho participantes de cada país que representaban al Ministerio de Salud, Seguridad Social, Sociedades de Pediatría y Obstetricia, Escuelas de Medicina, Enfermería, Salud Pública. Asistieron también funcionarios de OPS/OMS, UNICEF, el Convenio Hipólito Unanue, USAID y otras agencias de cooperación bi y multilateral.

Las actividades de la reunión se organizaron en dos fases. En la primera, los participantes analizaron la situación de salud maternoinfantil en sus respectivos países, los planes de acción nacionales y las necesidades y recursos disponibles para actividades subregionales. En la segunda fase, los participantes se reunieron en grupos multipaís para discutir acciones concretas a realizar a nivel subregional y preparar un cronograma de trabajo para los próximos dos años.

Referente a la situación de salud maternoinfantil, los países presentaron información sobre la situación particular de cada uno y revisaron las actividades que pueden ser ejecutadas en cada país con recursos propios y las necesidades de apoyo técnico financiero, por parte de las agencias internacionales, para el desarrollo de los programas de colaboración subregional.

En cuanto a los planes de acción conjunta, los países centraron su atención en las tres áreas definidas previamente por los Directores Generales de Salud, a saber: 1) Capacitación del personal de salud, 2) Monitoría y evaluación, y 3) Educación y movilización comunitaria, llegando a las siguientes conclusiones:

1. Capacitación de Personal de Salud

1.1 Aspectos Gerenciales

Para iniciar el proceso de capacitación se decidió fortalecer la función gerencial de los Directores de programas. En consecuencia se acordó la realización de cursos de capacitación gerencial y actualización sobre las actividades de Salud Maternoinfantil. La capacitación gerencial no debe limitarse solamente a los entes que están implicados en la gerencia misma; sino que debe extenderse a los organismos formadores de recursos humanos, como son las Universidades a través de las Escuelas de Medicina, Enfermería, Salud Pública y otras, garantizándose así la mejor administración y operatividad del programa.

Por lo tanto, es necesario un adiestramiento en Salud Maternoinfantil mediante dos tipos de cursos:

Cursos de formación en Salud Maternoinfantil.
Cursos de actualización de conocimientos en CED, IRA, Perinatología y Crecimiento y Desarrollo.

1.2 Aspectos Técnicos

Se consideró necesario ejecutar un plan de capacitación técnica específica en algunos componentes de Salud Maternoinfantil:

Perinatología,
Crecimiento y Desarrollo,
Reproducción Humana,
CED, IRA y PAI que deberá ser integral, con la participación de profesionales de Medicina, Enfermería y demás integrantes del equipo de salud.

Es necesario contar con un cuadro básico de personal adiestrado en las técnicas de capacitación. Un número limitado puede adiestrarse a nivel subregional para aprovechar las experiencias internacionales y subregionales y servir de multiplicadores para el programa nacional.

1.3 Capacitación Universitaria y Actividades de Sociedades Científicas

El proceso de formación de recursos humanos de salud en los países de la subregión dedica una proporción variable, generalmente insuficiente, al área Maternoinfantil y en particular a la Atención Primaria de Salud. En la gran mayoría de los casos la enseñanza está orientada en la teoría y en la práctica a los aspectos curativos de alta complejidad desarrollándose especialmente en hospitales.

La gran mayoría del personal docente no recibe información actualizada y periódica sobre los programas prioritarios en Salud Maternoinfantil. Se requiere una efectiva articulación docente/asistencial para que los proveedores de servicios, los organismos de salud y los formadores de recursos humanos participen en forma conjunta en la elaboración de los planes de Salud Maternoinfantil y en el proceso de formación de los profesionales del área.

2. Monitoría y Evaluación

Se propuso utilizar un perfil de proyecto subregional sobre monitoreo y evaluación de servicios de atención y programas de Salud Maternoinfantil.

Se propone realizar o extender la evaluación de condiciones de eficiencia de los servicios de Salud Maternoinfantil en la subregión, utilizando el modelo propuesto por la OPS/OMS, el cual será probado en un área determinada de cada país, constatando su aplicabilidad para su posterior extensión.

La evaluación simultánea de los servicios de atención con una encuesta comunitaria para conocer la opinión de la comunidad sobre dichos servicios permite obtener una apreciación más válida del conjunto.

Asimismo, se recomendó la selección de indicadores aptos para el monitoreo de los programas de Salud Maternoinfantil, así como la selección de la información mínima necesaria.

3. Comunicación Social, Participación Comunitaria y Educación Popular

Los países de la subregión tienen experiencia acumulada de actividades en esta área. Aunque las variaciones socioculturales entre los países y dentro de cada país no permiten la utilización de materiales estandar, la experiencia en técnicas de movilización social y educación comunitaria son aprovechables. Además en factible la preparación de modelos de materiales educativos incluyendo los contenidos técnicos recomendables para diferentes niveles de instrucción, para facilitar su adaptación a las condiciones de cada país o área geográfica.

3.1 Intercambio y divulgación de materiales educativos.

3.2 Capacitación en comunicación social, participación comunitaria y educación popular e intercambio de experiencias.

4. Recomendaciones Generales

En Sesión Plenaria, los participantes de la Reunión hicieron las siguientes recomendaciones sobre aspectos de caracter general:

4.1 Solicitar a la REMSAA la aprobación del Plan de Actividades Subregionales programadas durante esta Reunión y realizar un lanzamiento en cada país.

4.2 Que se conforme un comité interagencial para coordinar el apoyo a las actividades subregionales en Salud Maternoinfantil.

4.3 Que se constituyan grupos nacionales interinstitucionales con el fin de considerar soluciones conjuntas en las áreas críticas de Salud Maternoinfantil de cada país y monitorear su cumplimiento.

4.4 Que se propicie la atención gratuita de salud para el grupo materno-infantil, incluyendo las actividades de regulación de la fecundidad en los países de la subregión.

4.5 Que el fortalecimiento de la Enfermería sea considerado una prioridad en el área de Desarrollo de la Infraestructura de Servicios de Salud, ya que es de vital importancia en la implementación de las Estrategias de Atención Primaria de la Salud.

4.6 Que los países dinamicen sus acuerdos de cooperación en salud en áreas fronterizas para la vigilancia y control de las enfermedades transmisibles, con énfasis en la erradicación del virus salvaje de la poliomielitis.

ANTECEDENTES

El Convenio Hipólito Unanue, por mandato de los Ministros de Salud del Area Andina, constituyó la Comisión Asesora en Salud Maternoinfantil, integrada por los responsables de los programas de salud maternoinfantil de los países miembros, que se encargó de estudiar diversos aspectos de la salud de madres y niños en la subregión.

En febrero de 1981, el Convenio y el UNICEF firmaron un acuerdo para realizar "El estudio y evaluación de las metodologías empleadas a nivel primario en los países del Area Andina para el control de las diarreas infantiles y sus complicaciones". Este estudio se completó con mucho éxito en los países signatarios del Convenio y en consideración a sus resultados se elaboró un documento titulado "Proyecto para el desarrollo de las actividades prioritarias del programa subregional de salud maternoinfantil dentro de la estrategia de atención primaria".

En 1982 en la ciudad de La Paz, Bolivia, se realizó la segunda reunión de la Comisión Asesora en Salud Maternoinfantil, estableciéndose los lineamientos de un "Programa Subregional de Salud Maternoinfantil". Se propuso el desarrollo de actividades de control de enfermedades diarreicas (CED), infecciones respiratorias agudas (IRA), inmunizaciones, control de crecimiento y desarrollo, nutrición y estímulo de la lactancia materna, todos estos componentes bajo la estrategia de atención primaria de salud. Este proyecto fue discutido y aprobado por la III reunión de la Comisión en Bogotá, en julio de 1983. En base a estos antecedentes, los países buscaron el correspondiente financiamiento, sin éxito aparente.

En mayo de 1986, bajo el patrocinio de OPS/OMS, UNICEF, AID y el Gobierno del Ecuador, se efectuó en Quito una reunión de los países del Area Andina y Paraguay, para revisar la situación de los programas de CED e IRA, donde se hicieron recomendaciones para la extensión y fortalecimiento de estos programas en los países de la subregión.

En noviembre de 1986 se realizó en la ciudad de Quito una reunión de Directores Generales de Salud con apoyo de la OPS/OMS, y el Convenio Hipólito Unanue, donde los países convinieron en preparar un plan de acción para el desarrollo de actividades subregionales y de cooperación internacional en salud maternoinfantil, como parte del Plan de Acción Conjunto para el Area Andina, aprobado en septiembre de 1986 por la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana..

En sus presentaciones, los Directores Generales relacionaron las características del problema y las estrategias nacionales de control con las posibles áreas para la cooperación subregional; y aprobaron los campos generales para el desarrollo de actividades subregionales en salud maternoinfantil propuestos en el documento de trabajo presentado por OPS/OMS: Monitoría y evaluación, Capacitación y Educación y movilización comunitaria, y recomendaron, además, áreas específicas para la cooperación subregional y para la promoción del apoyo internacional.

Para preparar planes de trabajo subregionales se realizó en Quito, Ecuador, del 2 al 6 de febrero de 1987, la Primera Reunión sobre Salud Maternoinfantil, con participación de representantes de Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Los grupos nacionales estuvieron integrados por alrededor de ocho participantes de cada país representando al Ministerio de Salud, Seguridad Social, Sociedades de Pediatría y Obstetricia y Escuelas de Medicina, Enfermería y Salud Pública. Asistieron también funcionarios de las agencias patrocinantes de la reunión: OPS/OMS, UNICEF, el Convenio Hipólito Unanue y USAID, y de otras agencias de cooperación bi- y multilateral.

La reunión fue inaugurada por el Señor Ministro de Salud del Ecuador, Dr. Jorge Bracho Oña. En ese acto hicieron uso de la palabra, manifestando la importancia de la reunión para los países del Area Andina, los doctores Eduardo Rodríguez (Ecuador), William Goldman (AID), Boris Blanco (UNICEF), Arcadio Andrade (CHU) y Carlos Pettigiani (OPS).

Las actividades de la reunión se realizaron en grupos de trabajo, en dos fases. En la primera los participantes analizaron la situación de salud maternoinfantil en sus respectivos países, los programas nacionales y las necesidades y recursos disponibles para actividades subregionales. En la segunda fase los participantes se reunieron en grupos multipaís para discutir acciones concretas a realizar a nivel subregional y preparar un cronograma de actividades para los próximos dos años.

El programa de la reunión se completó con presentaciones sobre aspectos de especial interés como base para el trabajo de los grupos, y con la presentación de materiales de adiestramiento, audiovisuales y paneles sobre los componentes técnicos del programa de salud maternoinfantil.

Como secretariado fueron designados los siguientes profesionales: Dr. Angel Valencia, Coordinador General; Dr. Luis Seminario, Coordinador; Dr. Héctor Borges, Relator General; Dra. María Inés Cuadros, Co-relatora.

En el análisis de situación se observó que, en general, los países del Area Andina presentan tasas de mortalidad infantil de valores altos e intermedios. De una manera global persisten como causas de muerte aquellas relacionadas con la desnutrición, las infecciones y falta de regulación de la fecundidad, como expresión de condiciones socio-ambientales y deficiente cobertura de servicios. Las infecciones respiratorias agudas y las diarreas son problemas prioritarios en todos los países de la Subregión y constituyen una de las tres primeras causas de muerte en los niños menores de cinco años. Las enfermedades prevenibles por vacunación siguen siendo causa importante de morbi-mortalidad. Todos los países del Area Andina han denunciado casos de poliomielitis en las primeras cuatro semanas de 1987. La mortalidad perinatal ocupa también una de las tres primeras causas de mortalidad infantil en todos los países de la Subregión y su valor porcentual va incrementándose sobre todo en áreas urbanas a medida que disminuye la mortalidad por causas infecciosas.

Junto a estas causas de muerte existen en toda el Area Andina grupos humanos cuyas condiciones socioeconómicas, estado nutricional y falta de acceso a los servicios de salud, originan serios compromisos de su crecimiento y desarrollo y una menor calidad de vida.

Los países del área muestran altas tasas de mortalidad infantil y materna, a pesar del subregistro. El porcentaje de parto institucional varía enormemente entre los países, pero muestra cifras bajas en la mayor parte de ellos.

Los países analizaron los diferentes componentes específicos del programa maternoinfantil, evaluando sus logros y principales dificultades. Asimismo revisaron las actividades que pueden ser ejecutadas en cada país con recursos propios e identificaron las necesidades de apoyo técnico-financiero, por parte de las agencias internacionales, para el desarrollo de las actividades de colaboración a nivel subregional.

En cuanto a los planes de acción conjunta, los países centraron su atención en las tres áreas definidas previamente por los Directores Generales de Salud, a saber: 1) Capacitación del personal de salud; 2) Monitoría y evaluación, y 3) Movilización social, participación comunitaria y educación popular, llegando a las siguientes conclusiones.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Capacitación de Personal de Salud

1.1 Aspectos Gerenciales

Para lograr los objetivos y propósitos de los programas de Salud Maternoinfantil, es necesario el desarrollo de una estructura administrativa a todo nivel capaz de garantizar eficiencia y efectividad en los programas de servicio.

Esta estructura administrativa está constituida por varios niveles de actuación: el Directivo, que formula políticas; el Intermedio, que las traduce en hechos (proyectos específicos); y el Operativo que ejecuta las acciones.

Para iniciar el proceso de capacitación se ha decidido fortalecer la función gerencial le los responsables de programas, entendiéndose por gerencia la capacidad estratégica para definir la misión o la finalidad de las instituciones en función del ambiente en que actúan; la percepción de oportunidades, amenazas, debilidades y fortalezas; la capacidad para formular pautas de organización acordes con la estrategia institucional; y la capacidad de liderazgo para lograr que los miembros de la organización funcionen. Por otra parte, se insistió en la necesidad de producir un aprendizaje de la función gerencial, basado en el desarrollo de la habilidad personal del participante para hacer uso del conocimiento administrativo en el campo en que se desempeñará.

En consecuencia se acordó la realización de cursos de capacitación gerencial y actualización sobre las actividades de salud maternoinfantil, con participación del nivel gerencial de la estructura de los servicios de salud y de los organismos formadores de recursos humanos, propiciando la articulación docente-asistencial, que asegure la mejor administración y operatividad del programa.

En cuanto a la capacitación gerencial en salud maternoinfantil en general y para componentes específicos (CED, IRA, Perinatología, Crecimiento y Desarrollo), se puede observar que a nivel gerencial disminuyen las necesidades técnicas, y que a nivel operativo disminuyen las necesidades gerenciales.

Es responsabilidad de los gerentes de salud velar por el buen desarrollo de los programas, para lo cual deben tener ciertas características individuales (actitud y aptitud) que deben ser enriquecidas con el proceso educativo, para obtener finalmente el comportamiento administrativo deseado.

La capacitación gerencial no debe limitarse solamente a los entes que están implicados en la gerencia misma, sino que debe extenderse a los organismos formadores de recursos humanos, como son las Universidades, a través de las escuelas de Medicina, Enfermería, de Salud Pública y otras, garantizándose así la mejor administración y operatividad del programa.

A nivel de los diferentes países existe personal adiestrado en aspectos gerenciales de Salud Pública, ubicado en los tres niveles de los sistemas de servicios de salud, pero es necesario adiestramiento específico en salud maternoinfantil. Se proponen dos tipos de cursos: de formación maternoinfantil y de actualización de conocimientos en CED, IRA, perinatología y crecimiento y desarrollo.

Dichos cursos deben caracterizarse por incluir en sus contenidos aspectos doctrinarios del programa de salud maternoinfantil, con énfasis en aspectos del proceso administrativo y habilidades para administrar.

Se debe garantizar en cada país, a través de mecanismos apropiados, la contribución de los egresados de los programas de capacitación nacionales e internacionales, para la divulgación del conocimiento adquirido a través de documentos, conferencias y actividades educativas en general.

Los cursos gerenciales, como los procesos de capacitación, deben constituir una respuesta a las necesidades y demandas de los organismos de salud. En consecuencia se recomienda que la identificación de los problemas oriente el diseño y desarrollo de las actividades educativas.

En relación al proceso de evaluación del egresado durante el curso, se sugiere que los criterios sean unificados para los países del área, incluyendo indicadores sencillos que permitan efectuar el seguimiento posterior y medir el desempeño de las acciones del capacitado.

Se plantea la necesidad de organizar una red de información subregional que captaría a nivel de cada país las programaciones de los cursos nacionales, solicitándose la cooperación del Convenio Hipólito Unanue para su difusión en los países del área andina.

Los países involucrados definen como de gran prioridad la coordinación interinstitucional para compartir planes, objetivos, normas y repartir responsabilidades e interagencial para optimizar el rendimiento de los recursos.

Los representantes de los países comprometidos a realizar los cursos gerenciales planeados en esta reunión estudiarán su factibilidad al regresar a sus países, efectuarán los ajustes convenientes e informarán oportunamente a través de las oficinas de OPS.

1.2 Aspectos Técnicos

Se consideró la necesidad de ejecutar un plan de capacitación técnica específica en algunos componentes de Salud Maternoinfantil, Perinatología, Crecimiento y desarrollo, Reproducción humana, CED, IRA y PAI. Esta capacitación deberá ser integral, con la participación de profesionales de medicina, enfermería y demás integrantes del grupo de salud, que laboren en cada una de las áreas del programa.

Se deben desarrollar metodologías educativas, con un enfoque teórico práctico aplicable a cada una de las áreas, que permitan lograr los objetivos a corto plazo.

La capacitación se debe realizar en forma paralela al desarrollo del programa, estableciendo estrategias para lograr la utilización inmediata de los conocimientos adquiridos, de tal manera que mejoren rápidamente las acciones del programa.

Se considera importante solicitar a las agencias internacionales y de cooperación bilateral la coordinación, apoyo y participación en los adiestramientos, con el fin de intercambiar experiencias sobre las actividades relacionadas con el programa.

A nivel nacional debe prepararse el personal de salud a todos los niveles en los componentes principales de Salud Maternoinfantil. Para ese fin es necesario contar con un cuadro básico de personal adiestrado en las técnicas de capacitación, y un número limitado puede adiestrarse a nivel subregional para aprovechar las experiencias internacionales y subregionales y servir de multiplicadores para el programa nacional.

Los cuerpos docentes deben utilizar de preferencia los materiales de capacitación editados por los programas técnicos de las Organizaciones o su equivalente nacional.

Es necesario propiciar la articulación docente-asistencial con el fin de fortalecer las acciones a nivel operativo relacionadas con el desarrollo del programa y la utilización adecuada de los recursos.

Asimismo se recomienda que se incorpore a los adolescentes en los programas de salud maternoinfantil y en los de formación de recursos humanos.

1.3 Capacitación Universitaria y Actividades de Sociedades Científicas

Es indispensable que haya unidad de objetivos y sincronismo de esfuerzos entre los organismos formadores de recursos humanos, los organismos que proveen servicios de atención de salud y las asociaciones de profesionales de salud.

La participación de las universidades y de los organismos formadores de recursos humanos en salud, así como las sociedades científicas correspondientes, ha sido poco o ninguna en la planificación, desarrollo y evaluación de los programas generales de salud y por tanto en actividades de CED, IRA, Atención perinatal, Reproducción humana y Crecimiento y desarrollo. Esta situación fue analizada por los representantes de las Facultades de Medicina en la reunión subregional sobre control de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas organizada por OPS/OMS, UNICEF y AID en Quito, Ecuador, en mayo de 1986. El resultado de esta labor fue la aprobación del "Documento de Quito de 1986" que acompaña al informe final de dicho evento. La participación en la planificación, desarrollo y evaluación de acciones de salud de los países representados debe ampliarse a las Facultades de Enfermería, Odontología, Psicología, Nutrición y dietética, cátedras de Gineco-obstetricia y a las sociedades profesionales respectivas, tomando en cuenta que la realización efectiva de los planes de salud depende, en gran parte, del compromiso y participación conciente y activa de sus miembros.

El proceso de formación de los recursos humanos de la salud en los países de la subregión dedica una proporción variable, generalmente insuficiente, al área maternoinfantil y en particular a la Atención Primaria de Salud. En la gran mayoría de los casos dichas actividades están orientadas en la teoría y en la práctica a los aspectos curativos de alta complejidad que se desarollan principalmente en hospitales.

La gran mayoría del personal docente no recibe información actualizada y periódica sobre los programas prioritarios en salud maternoinfantil. Además para que la articulación docente-asistencial sea efectiva, se requiere que los provedores de servicios, organismos de salud y los formadores de recursos humanos participen en forma conjunta en la elaboración de los planes de salud maternoinfantil y en el proceso de formación de los profesionales del área.

2. Monitoría y Evaluación

Para seguir los progresos, intercambiar experiencias y definir nuevas metas subregionales en forma periódica en relación a la cobertura y adecuación técnica de todas y cada una de las intervenciones en salud maternoinfantil se propuso utilizar un perfil de proyecto subregional sobre monitoría y evaluación de servicios de atención y programas de salud maternoinfantil.

Se debe realizar o extender la evaluación de condiciones de eficiencia de los servicios de salud maternoinfantil en la subregión, utilizando el modelo propuesto por OPS/OMS, el cual será probado en un área determinada de cada país, constatando su aplicabilidad para su posterior extensión en el

mismo. La evaluación formal debe efectuarse con intervalos bianuales y ser dirigida por el nivel nacional o central con participación del personal del nivel local.

Es importante impulsar la auto-evaluación de los servicios por lo que deben utilizarse instrumentos simples, fácilmente comprensibles y aplicables por personal que suele rotar frecuentemente.

La evaluación simultánea de los servicios de atención con una encuesta comunitaria para conocer su utilización por la comunidad y la opinión de ésta sobre dichos servicios, permite obtener una apreciación más válida del conjunto. Asimismo se recomendó la selección de indicadores aptos para la monitoría de los programas de Salud Maternoinfantil, y la selección de la información mínima necesaria.

3. Movilización social, participación comunitaria, educación popular

Los países de la subregión tienen experiencia acumulada de actividades en esta área. Aunque las variaciones socioculturales entre los países y dentro de cada país no permiten la utilización de materiales estandar, la experiencia en técnicas de movilización social y educación comunitaria son aprovechables. Además, es factible la preparación de modelos de materiales educativos incluyendo los contenidos técnicos recomendables para diferentes niveles de instrucción para facilitar su adaptación a las condiciones de cada país o área geográfica.

Se consideraron las siguientes áreas de acción:

3.1 Intercambio y divulgación del material educativo

3.2 Capacitación en movilización social, participación comunitaria y educación popular e intercambio de experiencias.

PLAN DE TRABAJO

TEMA: CAPACITACION. 1.1 Aspectos Gerenciales.

AREAS DE ACCION Y OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TRIMESTRE 1987 1 2 3	TRIMESTRE 1988 1 2 3 4	ENTIDADES O INDIVIDUOS RESPONSABLES	FUENTES DE FINANCIACION
1. Perinatología					
Adiestramiento en normas y procedimientos de atención perinatal.	Curso de capacitación en Perinatolgía Participantes: - Responsable nacional de la la actividad. - Equipos de funcionarios de Hospitales gineco-obstétricos.	X		Programa Maternoinfantil de Colombia: Universidad del Valle, Cali Punto focal: Dr. Ivan Ortiz Apoyo Docente - CLAP	OPS/OMS - CLAP UNICEF AID - CHU
2. Control de Infecciones Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).					
Capacitación en aspectos gerenciales y técnicos de IRA.	Taller de capacitación gerencial y técnica en IRA. Participantes: - Responsables nacionales de IRA - Docentes de escuelas medicina y enfermería.	X		Programa Maternoinfantil de Bolivia. Punto focal: Dr. César Peredo	OPS/OMS - UNICEF AID - CHU
3. Control de Enfermedades Diarreicas (CED).					
Capacitación en aspectos gerenciales y técnicos de CED.	Taller para responsables nacionales de CED y expertos en capacitación en TRO.	X		Programa Maternoinfantil de Colombia Punto Focal: Dra. Melba Franky Cali - Colombia	OPS/OMS - UNICEF CHU AID
4. Crecimiento y Desarrollo (C y D).					
Capacitación en aspectos gerenciales y técnicos de crecimiento y desarrollo.	Taller de capacitación gerencial en Crecimiento y Desarrollo. Participantes: - Responsables nacionales de la actividad. - Docentes Universidad Medicina y Enfermería. - Responsables Area Psicoafectiva.	X		Programa Maternoinfantil de Caracas, Venezuela. Funda - Credesa Punto Focal: Dr. Hector Borges.	OPS/OMS - UNICEF AID - CHU
5. Capacitación Gerencial en Salud Maternoinfantil.					
Adaptación de cursos regulares a las necesidades subregionales de capacitación de responsables de programas de SMI.	Curso Latinoamericano de Salud Maternoinfantil con sede en Medellín, Colombia (solicitar incorporación nuevos contenidos en relación a gerencia del programa, como actividad preparatoria de ámbito subregional). Actividad contemplada para 1988.		X	Escuela de Salud Pública de Medellín. Grupo Focal: Dr. Esneda Gil.	OPS/OMS, AID, CHU, UNICEF.

TEMA: CAPACITACION. 1.2 Aspectos Técnicos.

AREAS DE ACCION Y OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TRIMESTRE 1987 1 2 3 4	TRIMESTRE 1988 1 2 3 4	ENTIDADES O INDIVIDUOS RESPONSABLES	FUENTES DE FINANCIACION
1. Reproducción Humana.					
Analizar el funcionamiento de los servicios de planificación familiar en el Area Andina; Comprobar las estrategias utilizadas para el logro de resultados; Formular necesidades de cooperación internacional para mejorar logros; y Analizar necesidades de investigación operativa.	Taller de análisis de estrategias y logros y formulación de necesidades de cooperación internacional en el área de Planificación Familiar. Participantes: Responsable nacional de la actividad en cada país y responsables de nivel intermedio.	X		A determinar: Dirección de Atención Maternoinfantil de Venezuela o Dirección de Supervivencia Infantil. Ministerio de Salud, Perú	OPS/OMS - UNICEF AID - CHU UNFPA
2. Inmunizaciones.					
Intercambiar experiencias para el reforzamiento técnico de la vigilancia epidemiológica.	Participación de facilitadores de la subregión en cursos nacionales para la erradicación de la poliomielitis (10 en total).	X X X X	X X X X	OPS/PAI	OPS/OMS
Desarrollar actividades conjuntas en las áreas fronterizas en lo referente a la erradicación de la polio.	Reunión sobre actividades de búsqueda activa de casos de poliomielitis con epidemiólogos de Colombia y Venezuela en áreas fronterizas.	X		OPS/PAI Ministerio de Salud y Asistencia Social de Venezuela. Ministerio de Salud de Colombia.	OPS/OMS
3. Crecimiento y Desarrollo.					
Adiestrar en la evaluación de crecimiento y desarrollo, y Adiestrar para la replica del programa.	Taller para personal médico y de enfermería que actuen como multiplicadores.	X		Instituto Nacional Maternoinfantil de Lima, Perú. - CLAP - Dr. Manual Itajash - Lic. María A. Montes	OPS/OMS, UNICEF AID, CHU
Infecciones Respiratorias Agudas.					
Adiestrar capacitadores para para preparar recursoa a nivel de los países.	Taller para peraonal médico y de enfermería.	X		Ministerio de Sanidad y Asistencia Oficial de Caracas, Venezuela.	OPS/OMS UNICEF - AID
5. Perinatología.					
Adiestrar en la ejecución de las normas perinatales, con características prácticas y extensión inmediata; y adiestrar en la replica del curso.	Formulación de un proyecto y búsqueda de financiación para un curso de Perinatología para enfermeras, con énfasis en atención primaria. El curso se desarrollará en el primer trimestre de 1988.	X X X X		Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Asesoría del CLAP.	OPS/UNICEF AID CHU

TEMA: CAPACITACION. 1.3 Capacitación universitaria y actividades de sociedades científicas.

AREAS DE ACCION Y OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TRIMESTRE 1987 1	2	3	4	1988 1	2	3	4	ENTIDADES O INDIVIDUOS RESPONSABLES	FUENTES DE FINANCIACION
1. Analizar el proceso de formación de los profesionales de la salud para conocer su adecuación a las prioridades de atención preventiva y curativa en el área maternoinfantil.	Elaboración de los instrumentos necesarios para una encuesta en un seminario taller subregional.	X								Comisión Internacional con representantes de: - Universidades - Asociaciones del área Maternoinfantil y - Ministerios de Salud	OPS/OMS UNICEF - AID CHU Asociaciones Profesionales y Universidades (apoyo técnico).
	Realizar una encuesta única para todas las instituciones que forman personal de salud en la subregión.		X								
	Divulgar los resultados en la subregión.			X							
2. Identificar necesidades comunes de los países del área en la formación de recursos humanos universitarios en salud maternoinfantil y desarrollar actividades subregionales para satisfacerlos.	Seminario regional para analizar resultados, formular recomendaciones, divulgarlas y planificar nuevas actividades que conduzcan a las modificaciones de planes de estudio en los diferentes organismos formadores de recursos humanos de la salud.			X						Comisión interpaíses sede Caracas, Venezuela.	OPS/OMS UNICEF - AID CHU Asociaciones profesionales y universidades (Apoyo técnico).
3. Mejorar la capacitación para ejecutar acciones de salud maternoinfantil con énfasis en la atención primaria.	Elaborar Plan Nacional y Subregional de capacitación de docentes y personal de salud del área maternoinfantil.	X								Comisión de país Comisión Subregional	
	Seminario periódicos multidisciplinarios nacionales.	X	X	X	X	X	X			Comisión Subregional Permanente.	OPS/OMS CHU - UNICEF AID
	Ejecutar el plan nacional de capacitación en cada uno de los países.	X	X	X	X	X	X			Docentes universitarios y personal de servicios universidad. Fundación	OPS/OMS CHU - AID UNICEF
	Identificación de Recursos Humanos y Tecnológicos de cada país para intercambio con otros países del área.	X								OPS/OMS	Kellogg

AREAS DE ACCION Y OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TRIMESTRE 1987 1 2 3 4	TRIMESTRE 1988 1 2 3 4	ENTIDADES O INDIVIDUOS RESPONSABLES	FUENTES DE FINANCIACION
4. Actualización periódica del personal docente y asistencial en los diferentes componentes y planes del área maternoinfantil.	Seminarios Nacionales de cada asociación profesional en conjunto con universidades y organismos de salud.	X X X	X X X	Ministerio de Salud y otros organismos de salud. Univeridades, asociaciones científicas.	CHU - AID OPS/OMS UNICEF
	Cursos interdisciplinarios nacioles e internacionales de corta y mediana duración que incluyan el enfoque de riesgo.	X X X X	X X X	Asociaciones científicas y docentes. Facultades de Ciencias de la Salud. Ministerios de Salud y otros organismos de salud.	CHU - AID OPS/OMS UNICEF
	Intercambio de equipos docentes entre los países de la subregión.	X X X	X X X		
5. Elaboración y distribución de publicaciones sobre aspectos prioritarios, comunes a los países del área en salud maternoinfantil.	Divulgar el documento de Quito 1986 a fin de promover y coordinar acciones en las respectivas instituciones (Organismos de salud, Universidades y Sociedades profesionales)	X X X		OPS/OMS UNICEF	OPS/OMS UNICEF
	Inventario de la existencia de material impreso y audiovisual.	X X		Comisiones Nacionales Asociaciones Profesionales	OPS/OMS UNICEF AID Asociaciones Profesionales
	Selección de material adecuado a las necesidades, reproducción del material en número suficiente y distribución oportuna y adecuada.	X X X X	X X X X	Comisión Internacional BIREME - OPS/OMS	OPS/OMS UNICEF
	Evaluación periódica de utilización, resultados y contenidos.		X X	Comisión Internacional	OPS/OMS UNICEF
	Elaborar y/o compilar publicaciones para estudiantes y graduados sobre los aspectos prioritarios y los componentes de salud maternoinfantil en el área.	X X X	X X X	Comisiones Nacionales e Internacionales OPS/OMS - UNICEF	OPS/OMS UNICEF AID CHU

TEMA: MONITORIA Y EVALUACION.

AREAS DE ACCION Y OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TRIMESTRE 1987 1	2	3	4	1988 1	2	3	4	ENTIDADES O INDIVIDUOS RESPONSABLES	FUENTES DE FINANCIACION
1. Desarrollar en la subregión el proceso de evaluación de las condiciones de eficiencia de los servicios de salud maternoinfantil.	Aplicar el modelo propuesto por OPS/OMS de la evaluación de condiciones de eficiencia de atención de salud maternoinfantil, comprendiendo capacitación, recolección y análisis y analizar de inmediato los resultados de la evaluación y plantear los ajustes necesarios por país.									Ministerio de Salud de cada país. Dirección Maternoinfantil	OPS/OMS UNICEF - CHU AID
	Ecuador	X								Jefe Dirección Maternoinfantil	
	Colombia			X							
	Perú		X								
	Bolivia		X								
	Venezuela (Reevaluación)					X					
	Reunión subregional para presentar y adaptar el modelo a la subregión.							X			OPS/OMS UNICEF AID - CHU
2. Desarrollar indicadores e instrumentos.	1. Elaboración por OPS/OMS de una guía para cada país proponga los indicadores a ser utilizados.		X							OPS/OMS	OPS/OMS UNICEF
	2. Conformación de un grupo integrado por el jefe del programa infantil, jefe de programa materno, un epidemiólogo y un representante de informática de cada país.			X						Ministerios de Salud. de Salud.	Ministerios
	3. Identificación de información básica que deben tener los Carné Infantil, Materno y Perinatal. Cada país deberá elaborar un listado de dicha información y enviarla al Perú.		X	X						Ministerio de Salud de cada país (Dirección Maternoinfantil). Ministerio de Salud del Perú: Dr. Luís Seminario	Ministerios de Salud

AREAS DE ACCION Y OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TRIMESTRE 1987 1 2 3 4	TRIMESTRE 1988 1 2 3 4	ENTIDADES O INDIVIDUOS RESPONSABLES	FUENTES DE FINANCIACION
	4. Realizar una reunión subregional para estandarizar la información mínima básica que debe contener los Carné Materno e Infantil y la Historia Infantil, Materna y Perinatal.	X		Ministerio de Salud del Perú. Dirección Maternoinfantil.	OPS/OMS UNICEF CHU - AID
	5. Elaborar indicadores para ser utilizados en la Subregión en base a la guía preparada por OPS/OMS y diligenciada por los países del área.	X		Ministerio de Salud Salud Maternoinfantil Perú	OPS/OMS UNICEF CHU AID
	6. Elaboración de los carné e Historia Clínica con información básica mínima estandarizada en cada país de la subregión; Revisar y adoptar los registros estadísticos relacionados con la atención maternoinfantil de acuerdo a las recomendaciones del seminario de Perú; Adecuar y aplicar los indicadores propuestos en la reunión del Perú en cada uno de los países de la subregión.		X X X X	Ministerios de Salud de cada país. Dirección Maternoinfantil	OPS/OMS UNICEF CHU AID

TEMA: EDUCACION Y MOVILIZACION COMUNITARIA.

AREAS DE ACCION Y OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TRIMESTRE 1987 1	2	3	4	TRIMESTRE 1988 1	2	3	4	ENTIDADES O INDIVIDUOS RESPONSABLES	FUENTES DE FINANCIACION
Intercambio y divulgación de material educativo.											
Establecer mecanismos de intercambio de materiales educativos para su promoción y utilización.	Elaborar un inventario de materiales educativos disponibles en cada país.	X	X							Dependencias responsables de los Ministerios de Salud.	Nacional
	Intercambio de inventario y material educativo a las entidades y dependencias responsables en los a Misterios de Salud a través de las oficinas de OPS/OMS y UNICEF de los países.	X	X	X	X	X	X	X		Colombia: Dir. Nacional Materno infantil Venezuela: Dir. Maternoinfantil. Colombia: Dir. de Participación comunitaria. Ecuador: Div. Desarrollo Comunitario. Peru: Dir. Supervivencia Infantil.	UNICEF OPS/OMS Nacional
	Organizar y/o reforzar Centros de material educativo en cada país.	X	X							Dependencias responsables de de los Ministerios de Salud.	Nacioanal
	Producción, distribución y divulgación de un boletín informativo semestral sobre las actividades del Plan Subregional de Salud Maternoinfantil.			X		X		X		Ministerios de Salud	UNICEF
Intercambio de experiencias en educación y movilación comunitaria.											
Promover la difusión de experiencias en participación y educación popular en movilización comunitaria en salud.	Identificar en cada país recursos humanos en comunicación, movilización social y educación popular.	X	X							Ministerios de Salud	
	Fortalecer la cooperación técnica horizontal entre los países en estas áreas.			X	X	X	X	X		Ministerios de Salud UNICEF - OPS/OMS	UNICEF OPS/OMS
	Fomentar la divulgación a nivel nacional y subregional de experiencias de participación comunitarias y populares.		X	X	X	X	X	X		Ministerio de Salud Sindicatos de salud Bienestar Social y Organizaciones sindicales.	UNICEF
	Consolidar las acciones de la Asociaciones de Periodistas Latinoamericanos a favor de la infancia (ALPI) en apoyo a los programas de la Salud Maternoinfantil del Plan de Acción Conjunta para la Subregión Andina.	X	X	X	X	X	X	X		UNICEF	UNICEF/IPS
	Organizar y realizar dos talleres de capacitación en técnicas de comunicación social, participación comunitaria y educación popular para los responsables del área específicas de los países.		X				X			Ministerio de Salud UNICEF OPS/OMS	UNICEF OPS/UNICEF

ANEXO I

PRIMERA REUNION SUBREGIONAL SOBRE SALUD MATERNOINFANTIL

Quito, Ecuador - 2 al 6 de febrero de 1987

LISTA DE PARTICIPANTES

Nombre	Institución	Dirección
Bolivia		
Dra. M.Teresa Paz Prudencio	Viceministro de Salud Pública Ministerio Prev.Soc. y Sal.Pub.	Casilla 1944, La Paz
Dr.César Peredo Alaiza	Jefe Maternoinfantil, Min.Prev. Soc. y Sal.Pub.	Cap. Ravelo 1699, La Paz
Dr.Angel Valencia Tellería	Director Gral. Salud Pública Ministerio Prev.Soc. y Sal.Pub.	Casilla 20690, La Paz
Dr.Jorge Mariscal Padilla	Director Nal. Epidemiología Ministerio Prev.Soc. y Sal.Pub.	Bolonia, Calle 1, Casa 158, La Paz
Dr. Andrés Bartos	Presidente, Sociedad Boliviana Pediatría	Casilla 8624, La Paz
Dr. Toribio Hinojosa	Presidente, Cons. Popular Salud Ministerio Prev.Soc. y Sal.Pub.	
Dra. M.Teresa Figueroa Velásquez	Doc. Maternoinfantil, Univ. Mayor de San Andrés	General Gonzelas 147, La Paz
Dr. Jaime Arispe Céspedes	Jefe Depto. Consulta Externa Caja Nal. Seguridad Social	La Paz, Bolivia
Dr. Corsino Aguilar	Jefe Depto.Gineco-Obstetr. Univ. Mayor San Andrés	Casilla 21074, La Paz
Colombia		
Dra.Magda Palacio Hurtado	Jefe Prog.Maternoinfantil Minist.Salud Pública	Calle 16 7-39, Of.505, Bogotá
Dra. María Inés Cuadros Ferré	Jefe Asistencia Técnica, Minist.Salud Pública	Calle 16 7-39, Of.705, Bogotá
Dr. Carlos Gross	Capacitación Personal Minist.Salud Pública	Calle 55 10-32, 3o.piso, Bloque B, Bogotá
Dr. Gabriel Lamus Guerrero	Soc. Colombiana Pediatría	Calle 96 10-29, Ap.101, Bogotá
Dr. Enrique Silva	Jefe Div.Prog. Médicos Esp. Minist.Salud Pública	Calle 16, 7-39, Of. 501, Bogotá
Dra.Inés Gómez de Vargas	Coord. Prog. Integ.Doc/Asist. Universidad del Norte	Kilómetro 5, Carretera a Pto.Colombia, Barranquilla
Dr. Emilio Posada Sarmiento	Jefe Depto. de Pediatría	Carrera 20, 123-42, Bogotá
Enf. Lucy Muñoz de Rodríguez	Prof. Facultad Enfermería y Direct.Depto.Sal.Pub. y M.I.	Calle 129-B, 51-04, Bogotá
Ecuador		
Dr. José Castro Luna	Dir.Fomento y Protec.,a.i. Minist. Salud Pública	Juan Larrea 444, Quito
Renata Jara Novillo	Deleg.Direc. Planificación Minist Salud Pública	Guanguiltagua 295, Batán Alto, Quito
Dra. Carmen Laspina	Jefe Div. Maternoinfantil Minist. Salud Pública	Buenos Aires 340 y Juan Larrea, Quito
Dr. Walter Torres Izquierdo	Jefe Prog. Sal. Maternoinf. Minist. Salud Pública	Buenos Aires 340, 2o. piso, Quito
Dr. Galo H. Salvador	Direct. Gral. CONADE	Edificio Consejo Provincial de Pichincha, Quito
Enf.Guadalupe Pozo de Morales	Enf.Prog. Sal. Maternoinf. Minist. Salud Pública	Buenos Aires 340 y Juan Larrea, Quito
Dr. Ricardo Freire Rivera	Dir. Gral. Salud Minist. Salud Pública	Juan Larrea 446, Quito
Dr. Carlos P. Arias Peña	Director Estomatología Minist. Salud Pública	Juan Larrea 446, Quito
Dr. Leopoldo Tinoco	Profesor Univ. Central AFEME	San Carlos, Bloque Chota 102, Quito
Dr. César Córdova Jiménez	IESS, Seguro Soc.Campesino	Salinas 820 y Santiago, Quito

Nombre	Institución	Dirección
Ecuador (continuación)		
Rosa Santamaría	Sec.Ejec. Asoc.Ecuatoriana Escuelas de Enfermería	Avenida Colombia (Hospital Eugenio Espejo), Quito
Dr. Héctor L. Borges Ramos	Director Maternoinfantil Ministerio de Sanidad	Calle Lago Maracaibo, Resid. Kentucky, Apto.1-B, Cumbres de Curumo, Caracas
Dr. Jorge Toledo Figueroa	Jefe División, Minist. Sal. Pública, Subsec. de Salud	Cerro del Carmen, Bajos Canal 2 TV, Guayaquil
Dr. Julio Palacios Cevallos	Coord. Política de Salud CONADE	Arenas y Manuel Larrea, Quito
Dr. Pedro Lovato	Delegado Soc. Pediatría	Noriega 360, Quito
M. Elizabeth López Carrillo	Invest. Socio-económica Pres. de la República	Calle Espejo, Antiguo Hotel Humbolt, 3o.piso, Quito
Perú		
Dr. Carlos H. Díaz Rodríguez	Dir. Inst. Nal. Salud Niño Minist. Salud Pública	Av. Brasil 600, Lima
Dr. José Luis Seminario Carrasco	Director Superviv.Infantil Minist. Salud Pública	Av. Salaverry s/n, Jesús María, Lima
Dr. Alejandro Castro Franco	Jefe Depto. Pediatría Hospital Guillermo A. Irigoyen	Madrid 346, Miraflores, Lima 18
Dr. César Palomino Toledo	Direct. Madre y Niño Inst. Peruano Segur. Social	Bloque Yupasiqui 931, Of.302 Lima
Dr. Luis Távara Orozco	Jefe Serv. Ginecobstetricia Hospital María Auxiliadora	Calle Los Almendros 265-103, Urbaniz.Residenc.Menterrico, Lima 12
Dra. Zoila Zegarra	Médico Pediatra, Inst. Nac. Salud del Niño	Av. Brasil 600 (INSN), Lima
Enf. Zoila A. Tapia Pinto	Vicedecano, Colegio Enfermeras	Mariano Arredondo 2539, Los Cipreses, Lima
Venezuela		
Dr. Héctor L. Broges Ramos	Dir. Salud Maternoinfantil Ministerio Salud Pública	Centro Simón Bolivar, Edif. Sur, 7o. piso, Caracas Urb. Vista Alegre, Calle F, Qta. Milagros, Caracas, D.F. Caracas, Venezuela
Dr. Rafael A. Travieso	Ministerio Salud Pública	Centro Simón Bolívar, Edif. Sur, 7o.piso, Caracas
Dr. César Brandt Toro	Coord. Unidad Nac.Medicina Familiar, Inst. Venez.Seg.Soc.	Urb.Vista Alegre, Calle F, Qta. Milagros, Caracas, D.F.
Enf. Romelia R. de Camargo	Inst.Enferm., Minist.Sanidad y Asistencia Social, Of.Sect.Enf.	Caracas, Venezuela
Dra. Haydée L. de Silva	Direc. Médica Fundac. del Niño	Av.Andrés Bello, Torre Fund. Niño, Piso 14, Caracas
Dr. José Francisco	Jefe Cátedra de Pediatría Univ.Central de Venezuela	Residencias Samarkanda 16, Calle Rosario, Los Chorros, Caracas
Dr. Raimond Armengol Argemi	Depto. Tuberculosis y Enf.Pulm. Minist. Sal. Pública	Transversal 60, Resyagual, Ap.9-B, Montalban, Caracas
Enf.Carmen V. López Pérez	Directora Escuela Enfermería Universidad del Zulia	Calle 76,esq.Av. 2a.,Ap.16-A Maracaibo, Venezuela

Nombre	Institución	Dirección
Organización Panamericana de la Salud		
Dra. Elsa M. Moreno	Coordinadora Programa Salud Maternoinfantil, OPS/OMS	525 Twenty-third St., N.W., Washington, D.C. 20037
Dr. Fabio Luelmo	Asesor Regional, HPM/TRI	Idem
Dr. Juan José Urrutia	Asesor Regional, HPM/CED	Idem
Dr. E.Néstor Suárez Ojeda	Asesor Regional, HPM/GDR	Idem
Dr. Jean Marc Olive	Asesor, HPM/EPI	Idem
Dr. Angel G. Díaz	CLAP/Uruguay	Casilla Correo 627, Montevideo, Uruguay
Dr. Horacio Toro Ocampo	HPM/Ecuador	OPS, Apartado Postal 8982, Quito, Ecuador
Lic. Nelly Farfán Moreira	HPM/Venezuela	OPS, Apartado 6722, Caracas
Dr. Norberto Martínez	HPM/Honduras	Apartado Postal 728, Tegucigalpa, Honduras
Dr. Javier Torres Goitia	HPM/Perú	OPS, Casilla 2117, Lima 100
Dr. Bernardus Ganter	HPM/EPI Colombia	OPS, Apartados Aéreos 29668 y 6739, Bogotá,Colombia
Dr. Juan Jacobo Erdmenger	HPM/CED Perú	Casilla 2117, Lima 100
Dr. Temístocles Sánchez	HPI/Bolivia	Casilla Postal 20094, La Paz
Enf. Martha M. de Carías	Consult.Enferm./Ecuador	OPS, Apartado Postal 8982, Quito, Ecuador
Sr. José N. Fuertes Enríquez	Asist.Adm./OPS Ecuador	OPS, Apartado Postal 8982, Quito, Ecuador
UNICEF		
Dr. Juan R. Aguilar	Asesor Regional/UNICEF	Apdo. Aéreo 7555, Bogotá
Dr. Oscar Castillo	UNICEF/Bolivia	Hugo Ernest 7536, La Paz
Diego Echeverría	Ofic.Reg.Comunic./UNICEF	Carrera 13 75-74, Bogotá
Boris Blanco	UNICEF/Ecuador	Av. 10 de Agosto 5470, Quito
Dr. Oscar Liendo	UNICEF/Perú	Parque Meliton Porras 350 Miraflores, Lima
Dr. Lenin Guzmán	UNICEF/Ecuador	Av. 10 de Agosto 5470, Quito
Carlos Menéndez	UNICEF/Ecuador	Av. 10 de Agosto 5470, Quito
Pilar Rivas	UNICEF/Ecuador	Av. 10 de Agosto 5470, Quito
CONVENIO HIPOLITO UNANUE (CHU)		
Dr. Arcadio Andrade	Secretario Ejecutivo CHU	OPS, Casilla 2117, Lima 100
Dr. Carlos Roose Raygada	Subsec.Administ. CHU	OPS, Casilla 2117, Lima 100
Dr. Eduardo Rodríguez Vaca	Dir. Rel. Internac., Coord.CHU Minist. Salud Pública	Juan Larrea 446, Quito, Ecuador
Sr. Mazude Gustin	Consultor CHU	Av. del Sur 351, Surco, Lima Perú
OTRAS INSTITUCIONES		
AID		
Charles Llewellyn	Coord. Proyect. Salud AID/Perú	Embajada Americana, Lima
Eduardo Navas	Asesor Técnico AID/Ecuador	Av.Colombia y Q.del Medio, Quito, Ecuador
William Goldman	Jefe Ofic. Salud USAID/Ecuador	Quito, Ecuador
Dr. Bodo Heuze	Repres. PMA/Ecuador	Casilla Postal 6721, Quito
Dr. Héctor L. Goglio	Asesor UNFPA/Ecuador	10 de Agosto 5470, Quito, Ecuador

ANEXO II.a

INFORME DE GRUPO POR PAIS: BOLIVIA

1. Situación del Programa de Salud Maternoinfantil

La situación de salud del grupo maternoinfantil es expresión de las difíciles condiciones socioeconómicas que afectan a la población boliviana. La tasa de mortalidad infantil estimada para 1985 fue de 169 por 1000 como promedio, presentando valores mucho más altos en áreas deprimidas. Las infecciones respiratorias agudas y las diarreas constituyen las dos primeras causas de mortalidad y morbilidad notificadas en menores de cinco años. La desnutrición constituye una enfermedad social que afecta en algún grado al 40% de los preescolares.

El riesgo reproductivo es alto, como lo demuestra la elevada tasa de mortalidad materna estimada en 48 por 10.000; las principales causas están relacionadas con falta de control prenatal, parto impropio, hemorragias, toxemias, infecciones y aborto inducido. La tasa global de fecundidad para el período 1980-1985 fue de 6.25 por 1000, constituyéndose en la más alta de América. Para 1985 el 19% de los partos estimados fueron atendidos en servicios del Ministerio de Salud.

La cobertura en acciones de salud maternoinfantil está relacionada con la cobertura de los servicios de salud que, de acuerdo a estimaciones actuales, brindarían acceso al 70% de la población, quedando un 30% de la población sin protección. Los servicios de salud del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública desarrollan actividades preventivas y curativas, la seguridad social principalmente es asistencial. Las entidades prestadoras de servicios como el Ministerio de Salud y la Caja Nacional de Seguridad Social, las formadoras como la Universidad y las científicas como la Sociedad Boliviana de Pediatría, han iniciado acciones de coordinación.

Ante la dramática situación que afecta al binomio madre-niño y frente a la urgencia de implementar medidas de control pertinentes y con cobertura adecuada dentro de la estructura del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, el Departamento de Salud Maternoinfantil ha sido elevado al rango de Dirección Nacional, con participación en el Consejo Técnico Superior y por este mecanismo en los altos niveles de decisión.

La política nacional de salud maternoinfantil está orientada a la extensión de cobertura, a facilitar el libre acceso a los servicios y a la promoción de la participación popular organizada para brindar asistencia gratuita perinatal y la asistencia integral del niño.

La estrategia a nivel institucional es el potenciamiento de las áreas de salud a través de las cuales se realizan las acciones de salud maternoinfantil como son, la atención perinatal gratuita, el control de crecimiento y desarrollo, el control de las infecciones respiratorias agudas, el control de las enfermedades diarreicas, la vacunación contra las enfermedades del PAI, el control de las parasitosis intestinales, bocio endémico y anemias, todo esto

Previous Page Blank

dentro del marco de la Atención Permanente y la Regionalización. Se destaca que para 1987 se ha intentado un proceso de planificación participativa a través de la programación local.

En el campo popular se está promoviendo y fortaleciendo la formación de Comités Populares de Salud, como la instancia representativa de los intereses populares, habiéndose efectuado movilizaciones sociales en defensa de la salud del niño con paquetes programáticos integrales, con resultados satisfactorios. El Consejo Popular de Salud, resultado nacional de los comités populares de salud, ha elaborado su propio estatuto orgánico que reglamenta las funciones de los comités populares y los responsables populares de salud, así como pautas de orientación para la participación popular.

2. Actividades Subregionales Propuestas

2.1 Capacitación de Personal

- Elaboración de un proyecto subregional de enseñanza de salud maternoinfantil para distintos niveles de atención y áreas académicas de pregrado y educación continua.

- Formación de capacitadores de los Ministerios de Salud y de docentes de Universidades (Medicina y Enfermería).

- Realización de cursos gerenciales para salud maternoinfantil, CED e IRA.

- Elaboración de material educativo tipo para adecuación posterior en los países.

- Intercambio de material técnico.

2.2 Educación y movilización comunitaria

- Intercambio de experiencias y material de comunicación social.

- Bolivia ofrece posibilidades de brindar adiestramiento en organización comunitaria y capacitación de responsables populares de salud.

2.3 Monitoreo y Evaluación

- Elaboración de una metodología subregional de evaluación y monitoreo del programa de salud maternoinfantil.

- Apoyo a los países para mejorar los sistemas de información.

2.4 Insumos Básicos

Estudiar la posibilidad de producción subregional de insumos considerados críticos.

Utilización de la economía de escala para compra de productos que no se produzcan en la subregión.

Conformación del Grupo de Trabajo

Dra. María Teresa Paz, Subsecretaria de Salud
Dr. Angel Valencia, Dirección Nacional de Salud
Dr. César Peredo, Director Nacional Maternoinfantil
Dr. Jorge Mariscal, Director Nacional de Epidemiología
Sr. Toribio Hinojosa, Presidente Consejo Popular de Salud
Dr. Jaime Arispe, Jefe Depto. Medicina Familiar CNISS
Dr. Andrés Bartos, Presidente Sociedad Boliviana de Pediatría
Dr. Corsino Aguilar, Jefe Depto. Gineco-Obstétrico, Universidad Mayor de San Andrés
Lic. Teresa Figueroa, Jefe Depto. Maternoinfantil, Facultad de Enfermería, Universidad Mayor de San Andres
Dra. Elsa M. Moreno, Coordinadora, Programa de Salud Maternoinfantil, OPS/OMS
Dr. Néstor Suárez Ojeda, Asesor Regional, OPS/OMS
Sr. Boris Blanco, UNICEF/Ecuador
Dr. Lenín Guzmán, UNICEF/Ecuador

ANEXO II.b

INFORME DE GRUPO POR PAIS: COLOMBIA

1. Características del Programa Maternoinfantil

1.1 Aspectos Políticos

Una de las razones fundamentales que justifican la presencia del Estado Colombiano, como la de todos los Estados del Mundo, radica en la supervivencia de la sociedad. La calidad de vida de las madres y los niños constituye a su vez la política y estrategia nacional adoptada por todos los gobernantes colombianos, sin distingo de partidos o matiz ideológico para lograrlo. Existen si las lógicas diferencias de método y proceso que caracterizan cada mandato.

La política nacional del presente se dirige prioritariamente a los grupos sociales de extensa pobreza, que marginados del progreso nacional luchan por sobrevivir.

Pese a la crisis fiscal que progresivamente viene deteriorando el presupuesto gubernamental, se han adoptado mecanismos de cooperación que canalizan el esfuerzo de las diferentes dependencias del sector salud y de otros estamentos de la vida nacional en torno a la salud y el bienestar de la mujer y el niño. Así se ha demostrado en las jornadas nacionales de vacunación en la constitución del frente social juvenil para la supervivencia y desarrollo de la infancia y en general con la adopción del Plan Nacional para la Supervivencia y Desarrollo Infantil.

1.2 Aspectos Educativos

En el campo educativo, bajo el principio de integración docente-asistencial en su interpretación más amplia, el país ha logrado importantes progresos, a saber:

a) Por acuerdo de los Ministerios de Salud y Educación, se adoptaron disposiciones legales que modifican el pensum escolar para la educación secundaria, mediante la incorporación de los contenidos y prácticas del "Manual del Vigía". Se estima que en el lapso de dos años, 600 000 jóvenes estudiantes llevarán mensajes de salud a las familias para enseñarles a prevenir, controlar o eliminar los riesgos que el ámbito familiar afectan su salud, formando a su vez una futura generación de padres y madres mejor capacitados para atender la salud de sus hijos.

b) La coordinación con el Ministerio de Educación Nacional para incorporar al proyecto "Escuela Nueva" los conocimientos y destrezas que los estudiantes de primaria deben saber en su nivel; se pretende su aplicación en 25 000 establecimientos educativos.

Previous Page Blank

c) En el nivel universitario no se ha tenido el mismo éxito. Si bien es cierto que la temática maternoinfantil está presente en los planes curriculares de las profesiones de la salud, no podríamos afirmar que en todos los casos existe la actitud decidida y la habilidad consecuente del egresado para desarrollar los programas comunitarios de salud maternoinfantil.

Debemos anotar que en las Facultades y Escuelas de Enfermería existe un mejor enfoque integral del proceso de servicio en este campo.

El hecho general puede ser atribuible a la carencia de realismo en el proceso educativo, la disparidad de criterio en las cátedras que integran el Plan de Estudios de Medicina, la ausencia de compromiso político entre la universidad y los programas de servicio o el menor énfasis en la función comunitaria de la salud y sus aspectos preventivos, por ejemplo.

En consecuencia, consideramos que para superar estas limitaciones se requiere entre varias medidas: la definición normativa de todos los servicios de salud, en forma tal que permita al docente percibir claramente el desempeño final del egresado para adecuar en esos términos su formación de postgrado.

Por otra parte, ha de procurarse un mayor realismo en la docencia mediante la práctica supervisada del estudiante en las propias comunidades, aplicando la filosofía que orienta nuestros programas.

El país, a su vez, debe aprovechar en forma más productiva los mecanismos de coordinación intersectorial, como el Consejo Nacional de Recursos Humanos para la Salud, que integran los Ministerios de Salud, Educación y Trabajo, las Asociaciones de Facultades de Medicina y Odontología, el ICFSA y el SENA, para mejorar sus decisiones con respecto a las características cuantitativas y cualitativas de los egresados de todos los programas de ciencias de la salud.

El perfil ocupacional de los profesionales en servicio deberá ser nuevamente revisado para garantizar en él la presencia de las habilidades y conocimientos necesarios para lograr los objetivos de la salud en torno a la mujer y el niño.

Consideramos especialmente importante el desarrollo de habilidades gerenciales y de supervisión para orientar y dirigir los procesos de servicio, haciendo del profesional de la salud un líder comprometido socialmente con la comunidad y el equipo de trabajo a los cuales pertenece.

Cabe destacar que la habilidad gerencial no radica exclusivamente en el conocimiento del proceso administrativo, si no en el desarrollo de las capacidades de comunicación, negociación, decisión, visualización del futuro, oportunidad y selectividad que caracterizan al dirigente con mentalidad gerencial.

1.3 Planificación de Servicios

En el campo de la planificación partimos del documento presentado por la delegación colombiana a esta reunión, en el cual se consigna el volumen y tipo de servicios que da el Programa Maternoinfantil en nuestro país.

Sin embargo, creemos conveniente citar algunas cualidades deseables en el proceso planificador para que surta los beneficios que de él se esperan.

a) El proceso es cíclico, esto es, nace de las necesidades y visión de futuro, expresados por el grupo social sujeto de atención y revierte en orientación política de servicio.

b) El proceso de planificación es eminentemente participativo y democrático. Así como la salud es resultante de múltiples factores que determinan su comportamiento, las soluciones competen a muchos organismos que en conjunto y ordenadamente han de proveerlas. En consecuencia, el proceso debe incluir acciones de todos los organismos sectoriales y agencias de cooperación que debidamente ordenadas y ubicadas según tiempos administrativos definidos, permitan optimizar el uso de sus recursos.

c) El proceso planificador ha de ser precedido de una evaluación apropiada de la situación inicial para asegurar un punto de partida, y tener un seguimiento permanente para reorientar el proceso ejecutivo y una evaluación final de su efecto. Por lo demás, deben estar presentes todas las características de la planeación, especialmente la referida a la flexibilidad del proceso, para permitir los ajustes consecuentes con los cambios surgidos de las necesidades comunitarias.

d) Las técnicas de planificación, cuanto más fáciles y sencillas, mejores. Así permiten desarrollar el proceso en el mismo seno de las comunidades más alejadas o en los organismos más elementales del sistema.

e) Se requiere mayor estabilidad en los cargos de quienes ejecutan los planes en el nivel local. La mecánica del servicio social obligatorio produce un alto nivel de rotación en el personal profesional de salud por cuanto la permanencia en el cargo es apenas de seis meses o de un año.

f) Consideración especial merece el sistema de información el cual debe ser adecuado al volumen y complejidad de las decisiones en cada nivel de la Organización. El fundamento de la planeación lo consti-

tuye el proceso decisorio que se da en todos los organismos del Sector, haciendo que cada responsable de servicios maneje los datos necesarios para lograr los objetivos del plan en su nivel. Deben recordarse los costos económicos y de oportunidad que cada dato implica antes de comprometerse en formularios extensos que incluyen datos inútiles o de escasa utilidad.

Actualmente nuestro sistema informativo capta el 45% de los datos necesarios en el Programa Maternoinfantil, que fluyen "tubularmente" hacia el nivel superior sin dar oportunidad a los demás niveles de la organización, de analizar y utilizar el dato en sus procesos de decisión.

1.4 Coordinación Ministerial

El sentido participativo de la planeación exige al Ministerio de Salud la adopción e algunos mecanismos que garanticen funcionalidad y efectividad en los procesos de coordinación. El grupo destaca los siguientes:

a) Descentralización programática para responder en cada localidad a las necesidades auténticas de la población. El gobierno colombiano acaba de expedir decretos que fortalecen la vida municipal en lo político, administrativo y fiscal dando oportunidad de materializar la anhelada participación comunitaria. El Programa Maternoinfantil inicia la apertura programática del proceso de planeación a partir del nivel local en este año.

b) Descentralización presupuestal para atender al gasto consecuente.

c) Cooperación de sociedades científicas en la difusión de normas técnicas y de servicio a través de los órganos especializados que poseen. Por ejemplo: revistas, boletines, etc.

d) Organización de comités interinstitucionales según áreas de servicio, en todos los niveles de la organización.

e) Fortalecimiento de la capacidad de liderazgo de los funcionarios de la salud para encausar debidamente el esfuerzo comunitario.

f) Amplia difusión de programas y compromisos gubernamentales para crear confianza y solidaridad entre los organismos comprometidos en acciones conjuntas para la atención del binomio: madre/niño.

g) Integración social de proveedores y usuarios de los servicios de salud como elementos de una misma sociedad.

h) Apoyo de organismos internacionales para la adaptación y difusión de materiales didácticos y mensajes de servicio.

1.5 Mecanismos de Evaluación

Los mecanismos indicados en el punto 10 de la guía de discusión son útiles por definición en el proceso de evaluación de los planes de servicio. Sin embargo, no podrían adoptarse y aplicarse sin que previamente hubiesen sido estudiados a la luz de nuestros planes generales y sistema de información institucional, para saber de su conveniencia técnica y administrativa.

Los planes y programas nacionales por si mismos, incluyen un componente evaluativo y de control o retroalimentación para asegurar el cumplimiento de los objetivos del plan.

Lo recomendable está en tener un sistema de evaluación rápido y oportuno que permita obtener periódicamente una visión de los avances y de las limitaciones del programa, las facilidades y las restricciones para aplicar los mecanismos de control o de reorientación apropiados.

2. Intervenciones Específicas

2.1 Programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

- El programa se ha iniciado en cuatro zonas piloto del país y se proyecta su extensión a un 50% de los servicios de salud, en el presente año.

- Se elaboró, difundió y aplicó a nivel seccional y regional el módulo de habilidades de supervisión y de servicio, para el manejo de la infección respiratoria aguda.

- La totalidad de los funcionarios de salud del nivel seccional y regional fue capacitado en normas técnico-administrativas para el manejo de la infección respiratoria aguda. La capacitación del personal de nivel local se ha previsto para ser ejecutada en el presente año.

- Las acciones educativas conducentes a la prevención, diagnóstico y manejo precoz de la infección respiratoria aguda se incrementaron a través de las visitas domiciliarias efectuadas por los Vigías de la Salud.

- Se inició la elaboración de material educativo sobre el tema, pero limitantes de tipo económico presentan un desequilibrio entre necesidades y recursos existentes.

- Aún se observa resistencia a la adopción de normas del manejo de la infección respiratoria aguda por parte del personal médico y de enfermería.

- Existe disponibilidad de medicamentos básicos esenciales para el manejo de la infección respiratoria aguda así como el diseño de un sistema para su distribución, siendo necesario reforzar la dotación de los hospitales de segundo y tercer nivel.

- Los registros que permitan hacer vigilancia epidemiológica de la infección respiratoria aguda están en diseño.

- Se han iniciado investigaciones en esta área, pero de todos modos es necesario enfatizar en el diseño de investigaciones operativas. Este componente como los demás del PNSDI requieren del diseño y adopción de un sistema de supervisión y evaluación del efecto, la reacción del usuario, la eficiencia y los recursos que garanticen el logro de sus objetivos.

- Igualmente se necesita ampliar la cobertura de capacitación de médicos y personal de enfermería para el manejo eficiente del programa.

2.2 Programa de Control de Enfermedades Diarreicas (CED)

- Entre 1981 y 1984 se redujo la mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en un 56%.

- Se observa una disminución progresiva de los egresos hospitalarios por enfermedad diarreica aguda en todas las edades. En 1982 esta entidad ocupaba el tercer lugar en la escala de egresos. En 1984 pasó al sexto lugar.

- Aunque ya se capacitó al 100% de los funcionarios de salud en las normas técnico-administrativas para el manejo de la enfermedad diarreica aguda, la movilización del personal y otros factores circunstanciales exigen la permanencia del programa de capacitación para dar mantenimiento permanente al trabajador de la salud.

- Así como en el componente infección respiratoria aguda, se preparó y difundió a nivel seccional el módulo de habilidades de supervisión y de servicio para el manejo de la enfermedad diarreica aguda.

- Por lo demás, se da una demanda de servicios más temprana por parte de la comunidad y una disminución de la utilización de la rehidratación parenteral.

- Por otra parte se observa un desequilibrio entre las necesidades y la oferta de sales rehidratantes, situación que se espera corregir a mediados del año cuando la planta de producción entre en funcionamiento.

- A la distribución y mercadeo de las sales se han unido organismos gubernamentales y privados como el IDEMA, la Caja Agraria y las Cajas de Compensación, esperándose lograr dentro de poco el establecimiento de un sistema operativo, ágil y continuo que asegure la presencia del producto donde se necesita.

- Se ha logrado la vinculación de organismos como la Cruz Roja, Policía, Scouts, ICBF, Ministerio de Educación e Iglesia Católica, al desarrollo del programa a través de 244.489 Vigías de la Salud en 1986, quienes actuaron como agentes educativos a nivel familiar.

- La falta de información adecuada y oportuna continúa siendo una limitante importante para la planeación, ejecución y evaluación del programa.

- También se aprecia, como en los demás componentes del plan, la falta de un modelo de supervisión y evaluación de personal a todo nivel. La escasez de personal para llevar a cabo la acción del componente de la enfermedad diarreica aguda incide en la calidad y continuidad del programa.

- Aún cuando se han hecho investigaciones aisladas en este campo, se requiere desarrollar un programa más articulado y con protocolos que faciliten la comparación de datos entre las regiones del país.

- Pese a los serios esfuerzos de integración docente-asistencial, aún continúa observándose un egresado con poco dominio de las normas que rigen el programa.

- Se continúan diseñando y utilizando estrategias que lleven al fortalecimiento de la coordinación intersectorial e interinstitucional para la expansión del programa.

2.3 Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

- El plan de acción del programa PAI se ha revisado en dos reuniones con las agencias donantes, la primera realizada en diciembre de 1986 y la segunda en enero de 1987.

- El proceso de oficialización del proyecto "Plan de Acción del Programa Ampliado de Inmunizaciones" está a consideración del nivel superior del Ministerio de Salud para, una vez aprobado, proceder a la firma del convenio asegurando los fondos tanto externos como de presupuesto nacional.

  Cabe anotar que el primer borrador del proyecto ha sido aceptado, en principio, tanto por el nivel decisorio nacional como por las agencias y se espera que cualquier modificación que se presente no tenga mayor trascendencia.

- En el plan de acción elaborado en 1986, se tomó la decisión de iniciar acciones tendientes a la erradicación de la poliomielitis, las cuales se definieron y ejecutaron a partir del primer trimestre del mismo año.

- Tanto para el desarrollo del Programa Ampliado de Inmunizaciones como para el plan de la erradicación de la poliomielitis se define una gran estrategia que consiste en la identificación del riesgo por municipios utilizando para su operación varias tácticas acordes con las características específicas de los mismos.

  Estas tácticas serían:

  - Institucional
  - Canalización
  - Equipo móvil de canalización
  - Equipos polivalentes

  Además de las tácticas anteriores y dentro del contexto de la erradicación de la poliomielitis se utilizarán otras adicionales, tales como:

  a) Días nacionales de vacunación intensiva especialmente encaminados a interrumpir la circulación del virus salvaje de la poliomielitis, sin excluir la aplicación de otros biológicos.

     Se hará especial énfasis en la acción dentro de los municipios clasificados como de alto y mediano riesgo.

  b) Grupo de respuesta inmediata (GRI) constituido por funcionarios del PAI, Dirección de Epidemiología e Instituto Nacional de Salud. Su función consiste en intensificar al máximo la vigilancia epidemiológica en la poliomielitis mediante la asesoría a los niveles operativos en la toma de decisiones y manejo de las acciones en terreno cuando se presente la sospecha de un caso de poliomielitis.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones ha iniciado un franco proceso de desarrollo, con amplia acogida en todos los estratos de la organización del sistema de salud y en la población en general, quedando por enfrentar solamente algunas limitaciones de orden funcional que deberán solucionarse de acuerdo con las circunstancias y política que medien en el momento mismo en que se presenten.

En la actualidad existe una coordinación con los diferentes estamentos del sector salud y de otras áreas oficiales y privadas; es así como la Seguridad Social, Cajas de Previsión Social, Cajas de Compensación y Medicina privada, especialmente a nivel de los pediatras mantienen contacto con el Ministerio en forma directa o a través de sus entes operativos para acceder a productos biológicos, normas, capacitación y la correspondiente retroalimentación en lo que se refiere a información (datos).

Por supuesto existen altibajos en este proceso de coordinación, que están dados por varios factores tales como el nivel de desarrollo de

servicios, cambios o ajuste de personal, etc. Ello obliga a mantener un permanente contacto con estos sectores para asesorarles con el fin de optimizar la prestación de los servicios del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Desde el punto de vista subregional podrían realizarse acciones conjuntas e intercambios de experiencias, especialmente entre países que tienen características étnicas y territoriales similares. Eso puede realizarse en asesorías entre países, buscando la complementariedad de experiencias que lleven a la excelencia de los programas de la subregión.

Por otra parte, para la vigilancia epidemiológica, específicamente de la poliomielitis, es necesario mantener y fortalecer un contacto permanente entre los países fronterizos por parte del nivel central, así como acciones conjuntas en las áreas de frontera dada la movilización constante de sus pobladores en uno y otro sentido.

A pesar de que administrativamente el Programa Ampliado de Inmunizaciones no se encuentra localizado dentro de la División Maternoinfantil, esto no indica que exista una disociación con la misma División y es precisamente con el plan de Supervivencia y Desarrollo Infantil, del cual el Programa Ampliado de Inmunizaciones es un componente, que se cristaliza el proceso de coordinación, el cual puede ser reforzado con medidas de relación entre los responsables de estas áreas administrativas.

2.4 Crecimiento y Desarrollo

Concepto y Actividades:

El subprograma de crecimiento y desarrollo se inicia en 1980; inicialmente fue concebido como el control de los organismos de salud sobre los niños "sanos" para la aplicación de normas de talla, peso y comportamiento (motriz, del lenguaje, adaptativo y social) en relación a su edad; la evaluación del estado de salud general y la nutricional.

A partir de 1984 con la definición del plan nacional para la supervivencia y el desarrollo infantil "supervivir" como nueva estrategia maternoinfantil, el subprograma de crecimiento y desarrollo tiene variaciones conceptuales importantes:

1. Integra las acciones de prevención, control y tratamiento oportuno, así como el seguimiento de los problemas de salud prioritarios de los menores de cinco años, considerándose el eje central del programa Maternoinfantil.

2. Amplía contenidos y acciones específicas del componente desarrollo psicoafectivo (motriz, cognitivo, afectivo, del lenguaje social) y aspectos tales como vínculo afectivo, estimulación adecuada, juego, alimentación, etc.

3. Insiste en el autocuidado familiar y comunitario, fortaleciendo, por lo tanto, la educación en salud y las acciones preventivas.

Disponibilidad de servicios:

El sistema cuenta con 3 000 organismos de salud aproximadamente. Teóricamente todos ejecutan acciones del subprograma crecimiento y desarrollo, sin embargo la cobertura detectada en 1984 era de 24% sobre la población asignada.

A través de los cambios planteados en la actualidad, al llegar puerta a puerta con los vigías de la salud y a través de los medios masivos de comunicación, se espera un aumento sensible de esta cobertura.

Los organismos de salud están fundamentalmente atendidos por médicos y enfermeras en servicio social obligatorio, auxiliares de enfermería y promotores de salud personal que está siendo actualmente capacitado a través de módulos de autoinstrucción en los componentes del subprograma (educación continua).

Mecanismos de Evaluación:

Periódicamente los servicios de salud envían informes al nivel nacional sobre el subprograma; sin embargo las dificultades en la supervisión local han hecho difícil su expansión. Por otra parte, el recurso humano profesional posee bajos niveles de capacitación en el área.

Para poder evaluar se requeriría un entrenamiento de los formadores de personal en los componentes del plan hecho que se cree posible de cumplir en este año. También se requiere incentivar las investigaciones operativas para encontrar los factores que optimizen el programa.

Se debe establecer monitoría del desempeño de las actividades a nivel de los organismos locales y hacer encuestas con la comunidad.

Situación de Salud del País:

Existen normas para:

- Vigilancia de crecimiento y desarrollo dirigidas a personal médico y de enfermería.

- Atención a la enfermedad diarreica aguda para profesionales, auxiliares, promotores, vigía y comunidad.

- Atención a la infección respiratoria aguda.

- Atención materna y perinatal con enfoque de riesgo para el equipo de salud del nivel local y la promotora de salud.

- Módulos de habilidades de supervisión que incluyen las normas de de atención EDA, IRA, NUTRICION, TRASMISIBLES, PERINATALES y DEPRIVACION PSICOAFECTIVA.

- Manual del vigía (incluye la norma de los componentes ya enunciados a nivel del vigía).

Aplicación de normas en distintos niveles de salud:

Aunque los servicios tienen las normas, frecuentemente no se cumplen, y se ha dado una distorsión convirtiéndolas en normas "antropométricas" e interpretándolas como de aplicación exclusiva para el "niño sano" que acude a consulta.

Criterio de Riesgo:

Todo el subprograma trabaja con enfoque de riesgo.

Uso de Gráficas o Curvas de Peso y de Hitos del Desarrollo:

Se utiliza el carné infantil en donde se señala la curva de crecimiento basada en el concepto de adecuación, peso, edad (camino de la salud), para uso de la familia. En los organismos de salud se utiliza la rejilla para la evaluación del crecimiento y estado nutricional (peso, edad, talla) y se hace valoración del estado de salud, crecimiento y desarrollo del estado nutricional.

Existe el carné materno como parte esencial del control de problemas perinatales, busca la identificación de riesgos de la gestante, el nivel de atención del parto y la identificación del riesgo del recién nacido.

El vigía de la salud utiliza la tarjeta familiar, principalmente para identificar riesgos de los componentes.

2.5 Reproducción Humana

- El componente se inicia con el programa maternoinfantil en 1969 e incluye el control perinatal, la vacunación antitetánica, la atención del parto institucional y la atención de parto por personal comunitario, anticoncepción, detección de cancer cérvico-uterino y mamario, además de educación sexual y la próxima incorporación de un programa para adolecentes en este año.

- Existen objetivos y metas seccionales y nacionales que permiten su evaluación periódica. El servicio de atención existe en todos los niveles del subsistema nacional de salud.

- Hay normas de los subprogramas y actividades así como evaluación periódica de las mismas. Las normas se han utilizado en todos los niveles para la formación y actualización del personal en servicio.

- El equipamiento necesita ser reforzado especialmente en el área de atención de alto riesgo. Existen los medicamentos básicos, vacunas y anticonceptivos para el desarrollo del programa.

- El enfoque de riesgo como elemento para la definición y programación de servicios ha sido útil, si bien el instrumento de riesgo materno fetal se ha implantado en todas las regionales de salud, la cobertura dentro de ellas aún es baja.

El país está diseñando un instrumento de mayor sensibilidad. El enfoque de riesgo es base fundamental del programa maternoinfantil, incluyendo conceptos de riesgo biológico, social y geográfico. A partir de 1987 se incluye en la programación de actividades a nivel local.

- Existen indicadores de seguimiento y evaluación, pero su captación no es oportuna, registrando además un problema de informática que impide conocer la prevalencia de usuarios de planificación familiar. Solamente se conocen las nuevas usuarias. La evaluación se hace a nivel nacional y los datos se usan para planificar las actividades a ese nivel.

- Colombia participó en la encuesta nacional demográfica a través del Ministerio de Salud y la Corporación Centro Regional de Población (CCRP). Los resultados aún están en procesamiento.

3. Conclusiones

Los siguientes comentarios pretenden destacar los hechos que han contribuído más al éxito del PNSDI y en consecuencia del Programa Maternoinfantil, y además algunos de sus productos más notables, a saber:

1. La cobertura o incorporación total de todos los servicios estatales de salud al programa.

2. Los logros en los servicios de vacunación y atención perinatal. Estos últimos cubren hoy día al 67.5% de la población asignada al Sector Oficial, habida cuenta de que éste tiene a su cargo al 70% de los habitantes del país.

3. La cobertura de todos los servicios incorporados en el PNSDI se muestra decididamente ascendente. Sin embargo creemos conveniente mejorar la calidad del servicio en los términos que los resultados de los mecanismos de evaluación indiquen.

4. La tendencia decreciente de la mortalidad infantil y materna cuyas causas son todavía de etiología evitable.

5. Pero lo más importante radica en los siguientes hechos logrados a través del PNSDI:

   a) La incorporación de toda la población colombiana como recurso humano capaz de producir cambios favorables para su salud a través del autocuidado o el fortalecimiento de la responsabilidad personal por su salud.

   b) La concepción de los recursos humanos como la mayor riqueza nacional que estimulada a través de procesos educativos produce tasas de retorno social altamente productivas.

   c) Desarrollo de una mentalidad cooperativa, tanto en el trabajador de la salud como en los funcionarios de otros organismos de servicio que les permite integrarse entre sí y estos a su vez con el usuario del servicio bajo una forma más efectiva de comunidad.

   d) La iniciación de una filosofía de servicio integral que permitiría al individuo recibir atención no solamente por la causa que consulta, si no por las demás afecciones que en ese momento presenta. Al menos en cuanto a los seis componentes del PNSDI se refiere.

   e) Servir de elemento canalizador de los esfuerzos que multisectorialmente se dan a la comunidad.

   f) Utilizar la propia estructura de los servicios de salud para capacitar a todo el personal vinculado mediante la adopción de una técnica multiplicadora que en breve lapso permite amplias coberturas.

6. Finalmente debemos señalar la conveniencia de enriquecer sus estrategias para llegar más efectivamente a los grandes núcleos urbanos que congregan a la mayoría de la población colombiana y dentro de estos, a los grupos humanos mayoritarios que conforman los llamados cinturones de miseria.

4. Actividades Cooperativas para el Plan Subregional

En nuestro sentir Colombia está en condiciones de aprender y utilizar la mayor parte de las experiencias que viven los países de la subregión, así como de ofrecer a disposición de los demás países la experiencia y recursos obtenidos.

Para facilitar la concreción de sus deseos, sugerimos la elaboración de un inventario de recursos tecnológicos existentes en cada país que puedan ser sujetos de intercambio, a saber:

- Insumos para dar servicios, materiales didácticos para la capacitación, expertos que apoyen los procesos de educación y de servicio, documentos para la divulgación de tecnología, entre otros.

A conciencia de no ser completa nuestra apreciación, anotamos:

Citratos para mezcla en las sales de rehidratación oral.
Asesoría en la producción de mezclas para complementación alimentaria.
Tecnología para la implementación de procesos de producción de medicamentos básicos esenciales.
Estudio de modelos y técnicas de participación popular.
Aplicación de métodos de evaluación y monitoreo.

Por otra parte, ponemos a disposición de los países los siguientes elementos:

- Actividades de capacitación según la relación del anexo 4 del documento - Informe presentado por el país en esta reunión.
- Elementos didácticos para la capacitación, la educación sanitaria y la promoción de servicios de salud.
- Pasantías o visitas a nuestros programas de servicio o de investigación.

Datos numéricos y detalles técnicos de los programas se encuentran en el documento presentado por el país a esta reunión. (Programa Maternoinfantil: Hechos y Proyecciones. Div. Maternoinfantil y Dinámica de la Población, Ministerio de Salud, República de Colombia, Bogotá, DE, Enero 1987).

Conformación del Grupo de Trabajo

Dra. Magda Palacio, Jefe de la División Maternoinfantil, Ministerio de Salud Pública
Dra. María Inés Cuadros, Jefe de la División de Asistencia Técnica de la Secretaría General, Ministerio de Salud Pública
Dr. Carlos Gross, Jefe de la División de Capacitación, Ministerio de Salud Pública
Dr. Enrique Silva, Jefe de la División de Programas Médicos Especiales, Ministerio de Salud Pública
Dr. Gabriel Lamus, Presidente de la Sociedad Colombiana de Pediatría
Lic. Lucy Muñoz de Rodríguez, Directora del Departamento de Salud Pública y Maternoinfantil. Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional
Dr. Emilio Posada, Asesor del Plan Nacional de Supervivencia y Desarollo de la Infancia para el componente Infección Respiratoria Aguda
Lic. Inés Gómez de Vargas, Representante de la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería.
Dr. Bernardus Ganter, Consultor para el Programa Maternoinfantil OPS/OMS
Dr. Juan José Urrutia, Asesor Regional, OPS/OMS

ANEXO II.c

INFORME DE GRUPO POR PAIS: ECUADOR

1. Características del Programa Salud Maternoinfantil

1.1 Planificación

Históricamente el Programa Maternoinfantil se ha definido como prioritario dentro de las políticas del Ministerio de Salud Pública. Sin embargo esto no se expresa en la asignación presupuestaria del Estado y ha determinado además un mejor desarrollo de algunos componentes del programa, apoyados con fondos de colaboración externa.

En el caso de la formación de recursos humanos, la situación es heterogénea: por una parte se revisan curricula (caso de dos escuelas de enfermería) y no existe el apoyo financiero para su desarrollo. La Facultad de Medicina continúa con el enfoque curativo y poca importancia ha tenido el conocimiento de actividades de fomento y protección en general y de Salud Maternoinfantil en particular.

En aspectos de planificación se hace necesario fortalecer el desarrollo de lo que existe actualmente en el Ministerio, como es la programación local, constituyéndose salud Maternoinfantil como un grupo dinamizador del proceso, que ambiente su desarrollo y continuidad.

Como otra acción, creemos importante la elaboración y ejecución de proyectos conjuntos (por ejemplo, docente asistencial) que permitan la incorporación de otras instituciones y favorezcan el desarrollo tecnológico y la ejecución de acciones en este campo.

Finalmente se considera necesaria la actualización de normas de programación y técnicas, así como la determinación de costos de la atención maternoinfantil para la elaboración de presupuestos por programa.

La programación de salud maternoinfantil en el país existe, pero no como un componente aislado sino que se incorpora a la programación local en la que se consideran todos los componentes.

En cuanto a servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, se conoce su número y en todos ellos se ejecutan acciones de salud maternoinfantil. En el caso de otras instituciones del sector se conoce en parte su número, pero en cuanto a la ejecución de acciones motivo de este seminario, se la da por componentes. Algunas instituciones como el Seguro Social ponen mayor énfasis en la madre y el niño gracias a la existencia de convenios bilaterales de cooperación y no siempre tienen el apoyo de los niveles respectivos del Ministerio.

Los mecanismos que pueden utilizarse para una efectiva coordinación para planificar y ejecutar actividades de salud maternoinfantil son:

La utilización de las estructuras existentes, en este caso el ente coordinador y de difusión del programa será el Consejo Nacional de Salud. En su seno se podría crear una comisión de maternoinfantil que aglutine a los diversos sectores que realizan acciones específicas en este campo, para la unificación de criterios y estandarización de normas; además paralelamente a nivel de Ministerio, la División de Maternoinfantil integrará una comisión interinstitucional que facilitará la ejecución y seguimiento del programa a nivel nacional. Otro mecanismo sería el establecimiento de convenios específicos entre el Ministerio de Salud Pública y otras instituciones para el desarrollo de actividades de salud maternoinfantil. En el caso de organizaciones voluntarias, se hace necesario su identificación y capacitación oportuna para promover el desarrollo de acciones en el campo específico y a nivel operativo. Finalmente, considerando a salud maternoinfantil un área prioritaria a nivel internacional, son muchas las agencias que desean cooperar en el proceso, superponiéndose actividades y con desperdicio de recursos, y aún imponiendo condiciones, por lo que el país deberá definir políticas y áreas de cooperación en base a las necesidades del programa.

Siendo el Ministerio de Salud Pública el organismo rector de la salud en el país, su función básica es dirigir y conducir el proceso en sus diferentes etapas.

En relación a la capacitación, el Ministerio de Salud Pública ha desarrollado a sus recursos humanos en los diferente niveles de prestación de servicios, pero con un enfoque técnico normativo. En la actualidad se considera necesario este elemento en aspectos gerenciales y de supervisión, para una mejor conducción administrativa del programa.

Siendo las instituciones formadoras de recursos humanos integrantes de la comisión a nivel del Consejo Nacional de Salud y de la Comisión de Maternoinfantil en el Ministerio de Salud Pública, será más factible la inclusión de estas actividades en los curricula de enseñanza a nivel de escuelas y facultades, así como en el desarrollo de nuevos módulos de práctica. No obstante lo antedicho, es necesario hacer esfuerzos para realizar la planificación conjunta de los recursos humanos formados. Se debe buscar finalmente la planificación y ejecución conjunta de investigaciones operativas en el campo que nos interesa. Esto generará nuevos conocimientos y mayor integración de las dos instituciones. Es preocupante que en el momento las asociaciones profesionales de salud no tienen ningún papel en la capacitación de salud maternoinfantil.

Con respecto al sistema de información, existe actualmente en el país la intención política de mejorarlo, y por parte del Ministerio de Salud Pública se ha propuesto la aplicación experimental de un nuevo sistema de información en ocho provincias del país.

Además, en pocos días se iniciará una evaluación de servicios de salud maternoinfantiles, aplicando los instrumentos propuestos por OPS (se comienza por tres provincias y luego será extendido a todo el país). Esto, más los elementos señalados en la pregunta No. 10 (encuestas de morbimortalidad y conocimientos y prácticas, sistemas centinela de vigilancia y estudios de calidad del tratamiento), permitirá tener la información suficiente para planificar una mejor utilización de recursos existentes, determinar el impacto de las intervenciones en salud maternoinfantil y lógicamente retroalimentar el sistema de información.

Una de las estrategias que el país ha utilizado en los últimos años, constituye la movilización social y la comunicación masiva a nivel nacional, pero que llega con limitaciones a las áreas rurales dispersas.

A través de convenios con el Ministerio de Educación se ha creado un organismo bipartito denominado OTIDES, a través del cual se incluyen conocimientos de salud en los programas de estudio de pre-primaria, primaria y nivel medio.

Comunicación participativa a través de la elaboración de material educativo sobre aspectos de salud con la participación activa de la comunidad. En participación comunitaria, se realizan seminarios con la comunidad para la discusión y análisis de su problemática, considerando entre otros los aspectos de salud maternoinfantil. Se efectúa además formación de recursos comunitarios en salud como promotores, colaboradoras voluntarias, líderes.

A pesar de definir que la salud es integral, en los programas maternoinfantiles no se expresan en términos claros acciones sobre la salud bucal, donde nuestro país tiene coberturas muy bajas. Es conveniente que en esta reunión se tome en cuenta y se apoyen los programas de odontología maternoinfantil, básicamente orientados a:

a) Educación masiva a los grupos maternoinfantiles.

b) Aumento de cobertura en aspectos preventivos con la utilización de métodos masivos (enjuagatorios bucales con floruro de sodio al 0.2%, fluoruración de la sal).

c) Limitación del daño: atención en las escuelas con la inactivación de caries.

2. Intervenciones Específicas

2.1 Control de Enfermedades Diarreicas y Respiratorias

En la reunión de mayo de 1986 se definió un plan de acción conjunto, interinstitucional para el Control de Enfermedades Diarreicas (EDA) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).

Se han cumplido parcialmente las actividades programadas, debido fundamentalmente a la dedicación brindada a la organización y participación de otro componente. Sin embargo, se hace necesario reforzar las áreas de capacitación, supervisión y evaluación para la operacionalización adecuada del programa.

Todas las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública ejecutan actividades programadas de control de enfermedades diarreicas y un porcentaje considerable de otras instituciones del sector salud poseen sobres de sales de rehidratación oral. En siete provincias se realiza parcialmente la programación por unidades operativas, en el resto del país es a nivel provincial. Es necesario continuar con las actividades previstas en el plan de acción interinstitucional realizado en mayo de 1986, que contempla actividades hasta 1987, reforzando las áreas de capacitación, supervisión y evaluación de los programas.

Los responsables del programa EDA a nivel del Ministerio son un médico y una enfermera, igualmente sucede con IRA.

Es necesaria la asistencia técnica y financiera para:

- La capacitación e implementación del programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas.

- La capacitación e implementación del programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas.

- Reuniones para revisión de políticas, metas y estrategias de los programas nacionales de Control de Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas.

- Reuniones de docentes de las cátedras de pediatría de las escuelas de medicina.

- Organización de seminarios-talleres nacionales para prevención y tratamiento de niños enfermos con Enfermedad Diarreica Aguda e Infección Respiratoria Aguda.

- Reuniones de expertos subregionales del Area Andina en el manejo del niño con Enfermedad Diarreica Aguda con el objeto de unificar criterios y materiales de capacitación metodología y evaluación de los programas.

- Cursos de gerencia para el programa de salud maternoinfantil por niveles.

En relación a los recursos técnicos disponibles en el país que pueden ser ofrecidos a los países de la Subregión Andina, se destaca la experiencia de la capacitación en el manejo clínico del niño con enfermedad diarreica en coordinación con las facultades de medicina (docencia-servicio).

El programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas está en proceso de implementación, razón por la cual sería de utilidad para el país conocer experiencias de otros países especialmente en áreas críticas.

2.2 Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

Se ha desarrollado el Plan Nacional de Acción y se lo ha presentado como parte del PREMI en Washington y conjuntamente con el Proyecto de Erradicación del Virus Salvaje de la Poliomielitis, será objeto de discusión la próxima semana, para su aprobación y definición del apoyo financiero internacional y del Ministerio de Salud Pública.

En relación a las necesidades prioritarias del PAI, se ha definido el reforzamiento de las actividades regulares y permanentes como: demanda espontánea, visita domiciliaria y microconcentración y como apoyo la ejecución de fases intensivas con el afán de lograr coberturas útiles.

Las acciones que se han considerado pertinentes para la ejecución del PAI son la adecuada implementación de la cadena de frío, supervisión continua y evaluación periódica, así como lograr la participación interinstitucional permanente.

Las encuestas CAP han demostrado que en el personal de salud aún existen problemas conceptuales y de conocimiento, lo que hace necesario reforzar el área de capacitación para lo que se utiliza recursos nacionales y por niveles.

Otro aspecto importante es la capacitación en mantenimiento y reparación, así como supervisión permanente de la cadena de frío para lo cual se tiene previsto un plan de acción.

Si bien la coordinación interinstitucional es adecuada, aún falta reforzar y buscar mecanismos idóneos para optimizarla con la finalidad de lograr el desarrollo de actividades permanentes en forma adecuada.

El proceso de pago al Fondo Rotatorio para la adquisición de biológicos es engorroso, lo que impide muchas veces disponer de los mismos en forma oportuna.

No existen a nivel provincial recursos financieros y de movilización destinados al seguimiento de las actividades que realiza el nivel local; finalmente que es necesario aprovechar la coyuntura del PREMI para sentar bases que permitan una coordinación interinstitucional permanente.

Actividades Subregionales:

Es conveniente fomentar la realización de reuniones periódicas interpaíses para intercambio de experiencias, así mismo para la utilización de recursos humanos específicos para la capacitación.

Es necesario determinar los laboratorios de la subregión que pueden ser utilizados por los países con fines de diagnóstico y para control de calidad de los biológicos.

Igualmente es de interés para los países contar con un centro de referencia a la subregión para capacitación en mantenimiento y para mantenimiento de la cadena de frío del PAI.

2.3 Crecimiento y Desarrollo

En nuestro país el concepto de crecimiento y desarrollo infantil se ha basado en la definición internacional. Sin embargo ésta no ha sido suficientemente difundido y aplicado, existiendo por tanto varios instrumentos e interpretación de datos que han dificultado su estandarización.

Las actividades en este componente están definidas y constan en el Manual de Normas Maternoinfantil y básicamente son las siguientes:

- Evaluación del crecimiento
- Evaluación del desarrollo
- Evaluación del estado nutricional
- Inmunizaciones
- Educación en salud y nutrición
- Tratamiento de la morbilidad intercurrente

Se hace necesario aclarar que el componente de crecimiento y desarrollo es un proceso permanente y que no puede reducirse simplemente a la toma de peso como puede darse en actividades masivas.

La mayoría de las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública y el Seguro Social están en posibilidad de desarrollar las actividades de crecimiento y desarrollo infantil, tomando como base los requerimientos básicos necesarios. Es notorio, sin embargo, que la toma de peso es muchas veces una actividad rutinaria desvinculada de todo el proceso de evaluación del niño.

Estas acciones llegan hasta el área urbana y poblaciones concentradas, desconociéndose el número de unidades de salud que desarrollan el componente de crecimiento y desarrollo infantil.

En relación a normas especiales para este componente, cabe indicar que el Ministerio de Salud Pública cuenta desde 1982 con el Manual; las mismas que fueron elaboradas en forma conjunta con representantes de Universidades, Sociedades de Pediatría, etc. y pueden ser aplicadas en los diferentes niveles de atención. Sin embargo, el porcentaje de cumplimiento es bajo en el Ministerio de Salud Pública por falta de difusión.

A nivel de otras instituciones no existen normas explícitas y el desarrollo de este componente se realiza bajo criterios implícitos.

En cuanto a la incorporación de criterios de riesgo en el control de crecimiento y desarrollo, se consideran básicamente los de tipo médico clínico.

Necesidades del País

- Puntualizar la responsabilidad el Programa Maternoinfantil en la conducción del componente del crecimiento y desarrollo infantil, contando con la definición y apoyo político de más alto nivel.

- Evaluar el trabajo y los instrumentos realizados para introducir los cambios que se desea proponer.

- Coordinar con otras instituciones del Sector Salud y Universidades para estandarizar criterios e instrumentos, reforzando el proceso docente asistencial.

- Priorizar la evaluación de la eficiencia de los servicios en relación al área maternoinfantil y desarrollar indicadores que puedan medir oportunamente el impacto de las acciones.

- Incorporar en el control de crecimiento y desarrollo factores de riesgo de tipo social y ecológico ambiental.

Cooperación Internacional

- Reforzar la capacitación de los recursos humanos en formación y en servicio en aspectos de administración gerencial de programas de salud maternoinfantil a través de cursos cortos de nivel nacional y subregional.

- Apoyo técnico financiero para medir la eficiencia del componente de crecimiento y desarrollo, así como de las metodologías e instrumentos utilizados.

- Realizar en forma conjunta entre la Universidad, Ministerio de Salud Pública y otras instituciones del sector encuentros técnico-administrativos para definir lineamientos e incorporar en las circulares de las universidades, el componente operativo de crecimiento y desarrollo.

- Desarrollar el intercambio de recursos humanos interpaíses para observar y captar en terreno las experiencias y metodologías que se utilizan en este campo.

- Estimular el intercambio bibliográfico entre las Universidades y Ministerios de Salud Pública de los diferentes países.

2.4 Reproducción Humana y Salud Materna

Las actividades que se incluyen en este componente están definidas claramente en el país y se desarrollan en los distintos niveles de atención.

Cada una tiene objetivos y metas que se definen a nivel nacional y son ajustados a nivel operativo, apoyando de esta manera la operacionalización de la programación local y regionalización de servicios. No obstante haberse definido su aplicación en todos los niveles de atención, las coberturas son bajas, sobre todo las relacionadas con atención del parto, posparto, regulación de la fecundidad, y actividades puntuales: vacunación antitetánica y detección de cancer cérvico-uterino.

Vale la pena señalar que la regulación de la fecundidad no cuenta con el respaldo de una política de población que sustente sus actividades ni con fondos nacionales que permitan una actividad continua.

El desarrollo de estas actividades cuenta con normas técnicas, las mismas se ejecutan parcialmente a pesar que la gente está capacitada.

El equipamiento de las diferentes unidades, sobre todo las de nivel primario, ha sido posible gracias al aporte financiero de organismos de cooperación internacional.

En respuesta a las necesidades de salud de la población infantil, el país inició el programa destinado a ofrecer medicamentos gratuitos y genéricos que complementen las actividades de tipo preventivo para los menores de 5 años.

La disponibilidad de anticonceptivos es insuficiente y su dotación ocasionalmente es irregular; no sucede igual con vacunas cuya disponibilidad se mantiene en rangos aceptables.

Aunque ha habido algunos esfuerzos para introducir el concepto de riesgo en la atención maternoinfantil, esto sólo ha sido en sus aspectos generales sin haber identificado para el Ecuador, los indicadores y factores de riesgo más prevalentes.

El sistema de información del país cuenta con indicadores mínimos que hacen posible cuantificar las coberturas, siendo estos insuficientes para construir indicadores cualitativos; la información no es oportuna para el análisis y programación de actividades.

Esta información es analizada a nivel nacional.

En relación a la encuesta nacional demográfica y de salud, el grupo técnico Maternoinfantil desconoce los contenidos y resultados de la misma ya que no participó ni en la planificación ni en su ejecución.

Apoyo Internacional

Area de capacitación

- Desarrollo del curso sobre Gerencia y Supervisión del Programa Maternoinfantil para los responsables de todos los niveles.

- Apoyo a la aplicación del enfoque de riesgo en la atención Maternoinfantil y desarrollo de investigaciones tendientes a identificar indicadores y factores de riesgo más prevalentes.

- Apoyo para el desarrollo de cursos de salud perinatal orientados a la organización y funcionamiento de los mismos.

Investigación

- Apoyo técnico financiero para desarrollar investigaciones en aspectos puntuales (embarazo en adolescentes colaboradoras voluntarias rurales, crecimiento y desarrollo).

- Evaluación de servicios de apoyo logístico y financiero para equipos y suministros.

- Apoyo al desarrollo del sistema de monitoreo y evaluación como un componente del proceso del sistema de información y programación local.

3. RESUMEN Y CONCLUSIONES

a) El análisis de datos estadísticos de la situación de salud maternoinfantil evidencia bajas coberturas y altas tasas de morbi-mortalidad, a pesar que históricamente se ha definido el programa como prioritario, sin que esto se refleje en la asignación presupuestaria. El desarrollo del programa se ha caracterizado por una aplicación aislada de algunos componentes por parte de los diversos organismos del sector.

A nivel de Ministerio, los diversos componentes del programa estuvieron ubicados en dependencias diferentes, fragmentando al mismo y dificultando su desarrollo integral.

La programación en salud maternoinfantil forma parte de la programación integrada del Ministerio de Salud Pública, que incorpora monitoría y evalua- ción. La misma se encuentra en proceso de desarrollo y se ejecuta al momento en algunas provincias del país; paralelamente se realizan esfuerzos para establecer la regionalización de servicios de salud y proyectos de integración docente asistencial. Como parte de este proceso se están generando en el país metodologías tendientes al mejoramiento del sistema de información.

En formación de recursos humanos se han introducido modificaciones en la currícula de enfermería, cosa que no sucede con las Facultades de Medicina que continúan con su enfoque tradicional de medicina curativa.

Finalmente, no obstante el desarrollo de la investigación en el Ecuador, la planificación, la ejecución de las investigaciones, así como la aplicación de sus resultados no toman en cuenta las prioridades del programa, caracterizándose como esfuerzos aislados que no constituyen ningún beneficio para el país.

El desarrollo de los componentes del programa se ha caracterizado por la poca participación de la comunidad.

b) Monitoría y evaluación:

- Identificar las características comunes de los países para establecer políticas subregionales afines.

- Desarrollar el proceso de evaluación, de la eficiencia y calidad de los servicios haciendo énfasis en el componente perinatal.

- Estandarización de los instrumentos para crecimiento y desarrollo.

- Monitoría y evaluación de los componentes del programa de Salud Maternoinfantil, haciendo énfasis en los esfuerzos ya desarrollados de EDA, IRA, PAI.

- Establecer indicadores que permitan medir el grado de coordinación institucional e intersectorial.

- Intercambio de experiencias para el diseño de metodologías e instrumentos simplificados que permitan participar a la comunidad en el seguimiento del Programa Maternoinfantil.

c) Capacitación:

- Desarrollar cursos sobre gerencia y supervisión del Programa Maternoinfantil, para los responsables de todos los niveles.

- Apoyar la aplicación del enfoque de riesgo en la atención maternoinfantil y el desarrollo de investigaciones tendientes a identificar indicadores y factores de riesgo más prevalentes.

- Apoyar el desarrollo de cursos de salud perinatal orientados a la organización y funcionamiento de los mismo.. Fomentar la realización de reuniones periódicas interpaíses para intercambio de experiencias en salud maternoinfantil.

- Identificar los recursos humanos especializados en el campo maternoinfantil y la docencia de la subregión para intensificar la colaboración entre países.

- Realizar reuniones de trabajo con participación de docencia y servicios que fomenten la revisión de los currícula y la adopción de instrumentos y metodología en el campo maternoinfantil.

- Reuniones de grupo de expertos del área andina para el manejo clínico del niño con EDA para unificar criterios, materiales de capacitación, metodología y evaluación de los programas.

d) Educación y movilización comunitaria

- Intercambio de experiencias en el desarrollo de metodologías de educación, comunicación e información a través de reuniones subregionales.

- Movilización de técnicos nacionales del área maternoinfantil a los países de la subregión con experiencia en este campo.

- En el país se podrían organizar eventos subregionales de capacitación; colaborar en el desarrollo de investigaciones operativas en el campo maternoinfantil e intercambiar información sobre metodologías en educación para la salud con participación comunitaria y mercadeo social.

En relación a los recursos técnicos disponibles en el país, que pueden ser ofrecidos a los países de la subregión andina, se destaca la experiencia de la capacitación en el manejo clínico del niño con enfermedad diarreica, en coordinación con las Facultades de Medicina (docencia-servicio).

Conformación del Grupo de Trabajo

Dr. José Castro Luna	Director Nacional de Fomento y Protección
Dra. Carmen Laspina Arellano	Jefe, División Maternoinfantil
Dr. Walter Torres Izquierdo	Médico, División Maternoinfantil
Dr. Patricio Arias	Director Nacional de Estomatología
Dr. Jorge Toledo	Subsecretaría Zona II
Lic. Lupe de Morales	Enfermera Maternoinfantil
Ec. Renata Jara Novillo	Planificación
Dr. César Córdova	Seguro Social Campesino
Dr. Leopoldo Tinoco	AFEME
Dr. Julio Palacios	CONADE
Dr. Pedro Lovato	Sociedad de Pediatría
Lic. Rosa Santamaría	ASEDEE
Dr. Eduardo Navas Vaca	AID
Dr. Lenín Guzmán	UNICEF
Dr. Horacio Toro	OPS/OMS
Lic. Martha Carías	OPS/OMS

ANEXO II.d

INFORME DE GRUPO POR PAIS: PERU

1. Características del Programa Salud Maternoinfantil

La política de salud prioriza la salud maternoinfantil, habiéndose definido metas de reducción de mortalidad infantil; a nivel nacional existe una política de redistribución del ingreso a los sectores marginados del país.

Existe concenso entre las Facultades de Medicina y Enfermería sobre el tiempo que se dedica a S.M.I. considerándolo insuficiente (menos del 10%), es por ello que actualmente se encuentran en proceso de reestructuración curricular.

El Ministerio de Salud:

- Ha creado el programa de supervivencia infantil y ha fundado los Institutos Nacional del Niño y Nacional de Salud Maternoinfantil.

- Ha concentrado la cooperación internacional hacia actividades de Salud Maternoinfantil.

En cuanto a la coordinación interagencial y multisectorial se ha logrado el mejoramiento del sistema de información nacional, la descentralización e impulso a la planificación local con participación activa de la comunidad y la integración docente-asistencial.

El proceso se ha iniciado a partir de 1986 mediante el desarrollo de la programación integral en las 25 unidades departamentales de salud.

Se conoce la infraestructura nacional de servicios de salud y a través de la integración funcional, el Ministerio de Salud y el I.P.S. coordinan las actividades en inmunizaciones y diarrea aguda a nivel de hospitales y centros de salud.

Se sugiere:

- Fortalecer el rol directivo y operativo de la dirección de supervivencia infantil.

- Reforzamiento del Consejo Nacional de Salud que integra a todas las instituciones que brindan servicios de salud.

- Fortalecer y dar continuidad a las funciones de los comités de apoyo organizados para las vacunaciones masivas.

- Establecer coordinación permanente con instituciones formadoras de personal de salud.

Previous Page Blank

- Organizar el Comité Interagencial Permanente.

Al Ministerio de Salud le corresponde el rol rector de la coordinación. Existe una dirección de recursos humanos, encargada de racionalizar la capacitación dando énfasis en los aspectos gerenciales de los programas prioritarios. Se coordinan además las actividades con los organismos privados de acuerdo a las necesidades nacionales.

Se considera necesario:

- Fortalecer los actuales mecanismos de coordinación con las instituciones formadoras de recursos humanos.

- Proponer a las Universidades una planificación conjunta del número y tipo de formación de recursos en salud.

- Incorporar como grupo asesores a los docente para las actividades de formulación de normas y decisiones técnicas.

- Fortalecer la integración docente asistencial.

Las asociaciones profesionales han desarrollado programas de educación continua y promovido diversos eventos científicos. Los beneficiarios han incluído además de profesionales y técnicos de salud, a profesores y miembros de la comunidad.

El Ministerio de Salud se encuentra dedicado a revisar el sistema de registros estadísticos, incluyendo los carnés e historias clínicas, orientándolas a conformar un sistema de vigilancia epidemiológica. Se busca mejorar la velocidad de flujo, coordinando localmente con los Registros Civiles, y difundir estos estudios y resultados a nivel de base para permitir la aplicación local de estos instrumentos.

Dentro del enfoque educativo se emplean estrategias de medios masivos como: radio, televisión y prensa. Se utilizan también estrategias interpersonales como teatro, movilizaciones y perifoneo local. Dadas las características multi-étnicas de la población, ha sido reforzada la capacidad de producción local de material educativo y de difusión.

La participación comunitaria ha sido institucionalizada a nivel de las unidades departamentales de salud. Las campañas de inmunizaciones contaron con comités de apoyo desde el nivel local o distrital hasta el nivel nacional.

2. Intervenciones Específicas

2.1 Componente CED/IRA

Se ha avanzado en la confección de un plan de Acción Multisectorial para control de EDA. Este plan incluye:

- Capacitación
- Educación y Comunicación Popular
- Prevención y manejo de casos
- Investigación
- Supervisión - Monitoreo - Evaluación
- Información
- Apoyo a capacidad operativa de unidades
- Departamentales de salud
- Cooperación técnica
- Creación de unidades de rehidratación oral institucionales
- Producción nacional de SRO (sales de rehidratación oral)
- Coordinación multisectorial

El Ministerio de Salud desarrolla actividades de CED a nivel de Centros de Salud y Hospitales de apoyo. El plan ha iniciado sus actividades en el mes de enero a nivel de 7 unidades departamentales ubicadas en la costa. Posteriormente las actividades se expandirán al resto del país.

Actualmente se llevan a cabo actividades del programa de IRA relacionadas a normalización y capacitación.

Existe un programa para el mediano plazo 1986-1990 elaborado por el Ministerio de Salud, que incluye actividades para CED/IRA dentro de ocho actividades priorizadas para una población infantil de 3 000 000. El programa está incorporado progresivamente al Instituto Peruano de Seguridad Social en la programación de actividades.

El Ministro ha encargado al programa especial de supervivencia infantil la coordinación y dirección técnica de las actividades para CED/IRA.

Apoyo requerido:

El apoyo debe ser de carácter multiagencial y cubrir los aspectos siguientes:

- Cooperación técnica
- Capacitación
- Comunicación Social
- Investigación
- Equipamiento e infraestructura
- Saneamiento básico

- Evaluación, supervisión y monitoreo
- Producción de sales rehidratantes
- Previsión insumo para IRA
- Capacitación de responsables nacionales CED/IRA
- Intercambio de experiencias en comunicación social
- Evaluación y monitoreo

Recursos técnicos disponibles:

- Expertos e investigadores en EDA: Universidad Técnica Cayetano Heredia, Instituto de Investigación Nutricional y el Instituto Nacional del Niño.

- Capacidad de producción de sales

2.2 Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

Ha sido realizada la revisión conjunta del plan de acción Nacional y han sido asegurados los fondos necesarios, tanto nacionales como externos. Existe un Plan de Inmunización Universal para 1990 en ejecución desde 1986. En Perú el PAI se encuentra incluido dentro del Programa Especial de Supervivencia Infantil, dirección encargada de las actividades de salud maternoinfantil.

Las principales restricciones para el desarrollo del PAI son relativas a cadena de frío y logística, aceptación de la comunidad, y seguimiento de los niños. Es necesario organizar Comités Permanentes de coordinación del sector, incluyendo organismos no gubernamentales y gobiernos locales a diferentes niveles. El Perú puede aportar sus experiencias en relación a campañas nacionales.

3. Crecimiento y Desarrollo

El crecimiento es el aumento del volumen somático. El desarrollo es la maduración de funciones orgánicas y sicoafectivas. El control de crecimiento y desarrollo se basa en las siguientes actividades:

a) Reforzar la coordinación intersectorial con sector educación, agricultura, gobiernos locales y otros.

b) Conseguir que el carné de crecimiento y desarrollo del niño sea parte de la historia clínica.

c) Reforzar la capacitación de personal de salud en todos los niveles, enfatizando esta capacitación a los Agentes Comunitarios.

d) Informar sobre el manejo del carné de crecimiento y desarrollo en el hogar y en instituciones de salud, tanto privadas como estatales.

e) Difusión en la población sobre actividades de crecimiento y desarrollo, a corto plazo.

f) Utilización adecuada del programa de alimentación.

g) Gratuidad de la atención de crecimiento y desarrollo.

h) Difusión permanente del programa.

La actividad ha sido normatizada hace algunos años, pero su aplicación es irregular y poco sistemática. Los servicios de salud no utilizan toda la información potencial de esta actividad, existe un alto porcentaje de deserción en los niños controlados.

Se debe evaluar el grado de participación de las madres en las actividades de control de crecimiento y desarrollo incluyendo el análisis y toma de decisiones sobre los problemas detectados.

Situación actual en control de crecimiento y desarrollo:

a) Existen normas y un carné de salud infantil que incluye las curvas de crecimiento y parámetros de desarrollo.

b) La aplicación es irregular.

c) Los criterios de riesgo se utilizan en forma parcial ya que no han sido aún normalizados.

d) Se utilizan los carnés de salud infantil para niños de 0-5 años, con gráficas de crecimiento del National Center for Health Statistics, según el patrón de referencia de OPS. A nivel de servicios de salud se utilizan los gráficos del NCHS, percentiles por sexo. Los hitos de desarrollo se refieren a los niños de 3, 6, 9 y 12 meses y 2, 3, 4 y 5 años. Se examinan las áreas de desarrollo motor, lenguaje y socialización.

Se sugiere la unificación de criterios proponiendo el uso de un solo carné de crecimiento y desarrollo, a nivel de los países andinos.

Las necesidades en el apoyo internacional son:

a) apoyo técnico
b) apoyo financiero para la difusión de material técnico y educativo relacionado.
c) apoyo en comunicación social dirigido a la educación y participación de la mujer.

4. Reproducción Humana/Salud Materna

Las actividades en la etapa prenatal incluyen además la promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria. La vacunación antitetánica se realiza en los centros hospitalarios y algunos centros de salud, obteniéndose poca cobertura (10%), solo el Ministerio de Salud administra la vacuna. La atención del parto institucional cubre un 52% de los partos, se brinda a nivel de hospitales, clínicas, algunos centros y puestos de salud. El parto domiciliario atendido por parteras empíricas es predominante en el medio rural. La atención del puerperio mediato solo se da en la parte institucional, el parto domiciliario carece de atención de puerperio. Los servicios de regulación de fecundidad se ofrecen en las zonas urbanas, existen problemas logísticos. La detección del cáncer cérvico-uterino se realiza a nivel de hospitales y centros de salud, existen problemas para el análisis citológico debido a la escasa capacidad del laboratorio de referencia.

En detección de cancer mamario se ha iniciado la promoción a nivel nacional.

En el presente año se ha delegado la definición de objetivos y metas al nivel de las Unidades Departamentales de Salud, y existen además metas a nivel nacional. En todas las unidades de salud se prestan los servicios con limitaciones según el nivel de complejidad.

Existen normas a nivel nacional pero solo se aplican normas institucionales ante su escasa difusión. Las normas son utilizadas parcialmente en la capacitación. Se han organizado grupos de asesoría a nivel del Ministerio de Salud para la formulación y revisión de las normas.

Existe deficiencia en equipamiento en los diferente niveles, y abastecimiento irregular de algunos medicamentos básicos. El enfoque de riesgo ha tenido escaso desarrollo.

Dentro del actual rediseño del sistema de informática se está tratando de obtener y utilizar los indicadores. Ha habido escasa difusión de la encuesta realizada en Perú, el grupo no ha participado ni conoce los resultados de la misma.

Desarrollo de estrategias para la atención materna comunitaria:

- equipamiento de centros de salud
- capacitación gerencial de responsables
- supervisión
- difusión del carné perinatal y de la historia perinatal simplificada
- cooperación técnica

4. Conclusiones

En cuanto a Planificación:

- Se necesita provisión de mayores recursos.

- El Ministerio de Salud tiene el rol rector de la coordinación del programa de Salud Maternoinfantil, pero debe existir una mejor relación entre el Ministerio de Salud y otros sectores.

- Debe haber una reorientación de los curricula de estudio que comprometa no solo a los niveles altos de Facultades de Medicina, sino a niveles secundarios.

- Se deben mejorar las estrategias de comunicación y movilización comunitaria para cuya implementación el Perú necesita la colaboración de otros países y de las agencias internacionales.

En cuanto a CED el Perú ha tenido logros importantes por cuanto se ha conseguido normatizar la prestación del servicio con apoyo internacional. El CED se realiza con todos los servicios de salud del país y progresivamente se está incorporando al Instituto Peruano de Seguridad Social.

En IRA solo se ha normatizado.

En cuanto al PAI se han obtenido magníficos resultados con el apoyo de agencias internacionales y creemos que éste ha sido el mejor ejemplo de trabajo en equipo por lo cual la delegación solicita que se debe crear un comité permanente de agencias internacionales que apoye estos programas y aquello que signifiquen prioridades en los diferentes países.

En crecimiento y desarrollo se sugiere la unificación de criterios proponiendo el uso de un solo carné de crecimiento y desarrollo a nivel de los países andinos. Las necesidades en el apoyo internacional serían apoyo técnico, financiero, y en comunicación social.

En relación a Reproducción Humana/Salud Materna, las actividades en la etapa prenatal se realizan en todos los niveles incluyendo promoción y alimentación complementaria. La vacunación antitetánica tiene poca cobertura y solo el Ministerio de Salud administra la vacuna. La atención de parto institucional y del puerperio mediato cubre solamente el 52% de los partos. En los servicios de regulación de fecundidad existen problemas logísticos.

La detección del cáncer cérvico-uterino se realiza a nivel de hospitales y centros de salud, existiendo problemas por la escasa capacidad del laboratorio de referencia. Asimismo, se ha iniciado la promoción del cancer mamario a nivel nacional.

En el presente año se ha delegado la definición de objetivos y metas a las unidades Departamentales de Salud, existiendo además metas a nivel nacional. En todas las unidades de salud se prestan servicios de acuerdo al nivel de complejidad.

Existen normas a nivel nacional de poca difusión, por lo que se ha organizado grupos de asesoría a nivel del Ministerio de Salud para la formulación y revisión de las mismas. Existen deficiencias en equipamiento en los diferentes niveles así como falta de algunos medicamentos básicos. Hay vacunas y anticonceptivos pero tienen problemas logísticos.

El enfoque de riesgo ha tenido escaso desarrollo.

Dentro del actual rediseño del sistema de informática se está tratando de obtener y utilizar los indicadores. Ha habido escasa difusión de la encuesta en Perú, el grupo no ha participado ni conoce el resultado de la misma.

Las principales estrategias para la atención materna comunitaria a desarrollar son la ampliación del control perinatal y selección por riesgo. Otras actividades importantes de apoyo son el equipamiento de Centros de Salud; la capacitación gerencial de responsables, la supervisión, la difusión del carné perinatal y de la historia perinatal simplificada y la cooperación técnica.

Grupo de Trabajo de Perú

Dr. Carlos M. Díaz	Instituto Nacional Salud el Niño
Dr. Luis Seminario	Ministerio de Salud Pública
Dr. Alejandro Castro	IPSS
Dr. César Palomino	IPSS
Dr. Luis Tavara	Instituto Nacional Maternoinfantil
Dra. Zoila Zegarra	I.N.S.N.
Enf. Zoila Tapia Pinto	Colegio Enfermeras
Dr. Angel G. Díaz	OPS
Dr. J. Torres Goitia	OPS
Dr. Oscar Liendo	UNICEF
Sr. Charles Llewellyn	AID
Dr. Mazude Gustin	CHU

ANEXO II.e

INFORME DE GRUPO POR PAIS: VENEZUELA:

Salud Maternoinfantil en Venezuela

La salud maternoinfantil en Venezuela está ligada a las características del desarrollo global del país y a la dinámica de los cambios en la estructura demográfica. En consecuencia, es comprensible que el cuidado de las madres y de los niños, solo se concibe en el marco de la ejecución de programas generales de desarrollo económico, social y de bienestar familiar.

La atención maternoinfantil reside en la prestación de acciones desarrolladas a lo largo de la gestación, del parto, de la madre parvularia, escolar, y del adolescente.

El control de los niños se inicia en nuestro medio con variable oportunidad y continúa siendo de limitada cobertura, especialmente en el preescolar, donde los aspectos relacionados con el control prenatal son deficientes.

En lo que respecta a las gestantes, hemos continuado los esfuerzos no solo para lograr una mayor cobertura, sino para materializar el programa de atención jerarquizada del embarazo, el parto y el recién nacido.

Las enfermedades perinatales, las diarreas, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades prevenibles por vacunas continúan siendo problemas prioritarios en el país. Junto a estas causas existen en el país grupos humanos cuyas condiciones socio-económicas y estado nutricional originan serios compromisos para su normal crecimiento y desarrollo y calidad de vida.

En general, el análisis de los indicadores de salud nos revela que nuestro país presenta valores intermedios (1985).

- Mortalidad general: 4.6 defunciones por 1000 habitantes.
- Natalidad general: 29 nacimientos por 1000 nacidos vivos registrados.
- Mortalidad infantil: 27.4 defunciones menores de 1 año por 1000 nacidos vivos registrados.
- Expectativa de vida al nacer: 70 años.
- Mortalidad de 1 a 4 años: 1.9 defunciones por 1000 del grupo.
- Mortalidad materna: 0.5 defunciones maternas por 1000 nacidos vivos registrados.

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social asigna una altísima prioridad a la salud maternoinfantil, reflejada en el apoyo a los distintos subprogramas, en la asignación de recursos y en el acceso de los niveles de decisión. En las instituciones docentes se reconoce esta prioridad, pero no se evidencia en los curricula. Las diversas instituciones formadoras de

personal de salud en el país dedican un tiempo variable a la enseñanza de esta área, predominantemente orientado hacia los aspectos de la medicina restaurativa.

En cuanto a las acciones que podrían mejorar la planificación de las actividades, es necesaria la realización de acuerdos entre los organismos de salud y las instituciones docentes, tendientes a lograr una planificación armónica, resultante del análisis de las condiciones de salud maternoinfantil del país en función de las necesidades y de los recursos existentes.

En nuestro medio se realiza una programación de la salud maternoinfantil que incluye todos los componentes. Se conoce el número de servicios locales de salud existentes y se ejecutan acciones de cada componente, dependiendo del nivel de complejidad de cada servicio.

Para lograr una efectiva coordinación para la planificación y ejecución de las actividades de salud maternoinfantil, se sugiere la creación de comisiones integradas por los representantes de las instituciones interesadas en el problema. El Ministerio de Sanidad debe ser el organismo coordinador de esas acciones.

En Venezuela no existen planes definidos de capacitación de personal en salud maternoinfantil, ni se toma en cuenta la necesidad de aumentar la capacidad del personal del nivel normativo y operativo en gerencia y supervisión.

En cuanto a qué debe hacerse para obtener la colaboración de las instituciones formadas de recursos humanos para que incluyan las actividades de salud maternoinfantil y las normas actualizadas en los curricula, pensamos que se debe:

a) Revisar y fortalecer la integración docente asistencial.

b) Establecer una política de acercamiento a través de la creación de un comité de asesoría y enlace entre las instituciones de salud, las sociedades científicas relacionadas con este campo y las Facultades de Medicina y otras Escuelas formadoras de personal de salud. Este comité debe actuar en forma permanente y rendir informes periódicos a las instituciones involucradas.

c) Que las Facultades de Medicina y las otras Escuelas formadoras de personal de salud, realicen una revisión periódica de los contenidos de las diversas asignaturas que comprenden los curricula de estudio, a los efectos de orientar el desarrollo de la enseñanza hacia los aspectos prioritarios en lugar de dar énfasis a las asignaturas de alta especialización.

En cuanto al papel de las asociaciones profesionales en la capacitación del personal de salud maternoinfantil, éstas han limitado su participación a la organización de programas de educación continua. Sin embargo, sería

deseable que manifestaran su interés de apoyo en los aspectos relacionados con la información y prácticas de los planes de salud maternoinfantil, especialmente los referentes a las principales causas de morbilidad y mortalidad de las madres y de los niños en el país.

En relación a la posibilidad de mejorar o reforzar a corto plazo los sistemas regulares de registro para que proporcionen la información necesaria para la evaluación periódica de las actividades, estimamos que debido al caudal de información procedente de los servicios locales de salud, solo la utilización de los modernos sistemas de procesamiento (computadoras) permitirá la tabulación, análisis y presentación oportuna de los datos que servirán de base para la producción de indicadores adecuados para la evaluación periódica de los diversos servicios maternoinfantiles.

Para mejorar los sistemas regulares de información y determinar el impacto de las intervenciones en salud maternoinfantil se pueden utilizar los resultados obtenidos de las evaluaciones de condiciones de eficiencia de los servicios, las encuestas de morbimortalidad y de conocimientos y prácticas y los estudios de la calidad del tratamiento, comparándolos con los obtenidos con los sistemas tradicionales, ya que permitiría sacar conclusiones y a una interpretación más real de las evaluaciones.

En cuanto a los métodos y estrategias de comunicación, educación y participación comunitaria para la promoción de los objetivos del programa maternoinfantil, se ha venido utilizando el recurso de las charlas y demostraciones a nivel de los servicios, la visita domiciliaria y los diferentes medios impresos tradicionales tales como afiches, trípticos, folletos, boletines, rotafolios, etc. La participación de los medios de comunicación (TV, radio, prensa) ha sido ocasional, limitándose a la promoción periódica de algunos programas, entre ellos, las campañas de reforzamiento de la vacunación antipoliomielítica, triple y sarampionosa.

Gracias al esfuerzo combinado de las principales instituciones dispensadoras de salud, y bajo la coordinación de la Fundación del Niño y el patrocinio del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, se pondrá en marcha un "plan de movilización y comunicación social" que contemple, entre otras acciones, la promoción de los diversos componentes del programa de salud maternoinfantil con el apoyo irrestricto de los medios de comunicación del país. Estos han prometido una promoción permanente y dentro de los horarios estelares, que garantice que el mensaje puede llegar a un importante sector de la población del país.

Componentes del Programa

1. Control de las Enfermedades Diarreicas

El programa de Control de las Enfermedades Diarreicas se inició en el país en el año 1958, con el establecimiento de la compañía Nacional de la Rehidratación y constituyó un programa básico de la Dirección Maternoinfantil. El uso de las soluciones orales glucoelectrolíticas comenzó en marzo de

1981 y el objetivo practico de esta terapia fue el tratamiento de los casos para prevenir la deshidratación y reducir la mortalidad por diarrea, así como la educación y el entrenamiento de las madres para atender los casos de diarrea en el hogar, aún sin la participación del médico. Para este programa hemos venido utilizando la fórmula recomendada por la OPS/OMS, la cual ha resultado un instrumento eficaz en la reducción de las fases de mortalidad por enfermedades diarreicas.

En el año 1982 se inició la producción de las sales en el país, lo que facilitó la extensión del procedimiento a nivel nacional. En la actualidad la producción asciende a 2 700 000 sobres anuales y se estima que para el presente año llegue a 3 500 000 sobres anuales, al incorporarse al programa los establecimientos de salud del I.V.S.S. y de la Beneficiencia Pública del Distrito Federal.

El programa de rehidratación oral debe completarse con un proceso de instrucción no formal que llegue a la familia, a través de la participación comunitaria, mediante una acción directda y a toda la población a través de los medios de comunicación.

En nuestro país todos los servicios locales de salud de la infraestructura del MSAS ejecutan actividades de control de las enfermedades diarreicas.

El programa ha recibido apoyo internacional por parte de OPS/OMS, especialmente en lo que se refiere a los aspectos operativos y de monitoreo y evaluación, y del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, en lo referente a la promoción.

El país está en capacidad de ofrecer disponibilidades de sales rehidratantes para los países de la subregión que no cuenten con programas de producción así como también asesoría técnica en monitoreo y evaluación.

En relación a las necesidades de apoyo internacional, nuestro país requiere de las agencias y del resto de los países de la subregión asesoría técnica técnica en tecnología educativa, en materia de capacitación de personal y en educación y movilización comunitaria.

De las actividades programadas en la reunión de Quito (mayo de 1986) hemos iniciado lo referente a la capacitación del personal. Igualmente se realizó una investigación sobre morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas y grado de uso de los servicios de planificación familiar. También iniciamos un estudio mediante el procedimiento de encuestas, sobre la calidad de tratamiento de las enfermedades diarreicas cuyos resultados actualmente procesamos con la esperanza de obtener indicadores específicos que nos sirvan para evaluar la calidad de la atención en los servicios maternoinfantiles.

2. Control de las Infecciones Respiratorias Agudas

En cuanto al control de la infección respiratoria aguda se realizó la revisión y estandarización de las normas de acuerdo al establecimiento de un árbol de decisión, con criterios mínimos de gravedad y tratamiento.

En la actualidad se completa el proceso de financiamiento de las normas con el apoyo financiero del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.

En cuanto a la promoción de este programa, se diseñó un modelo de rotafolio que contiene una sencilla y práctica información sobre las infecciones respiratorias agudas y que será utilizado en los servicios de salud del país. Se recibió apoyo financiero y técnico por parte de UNICEF.

También se elaboró una guía de procedimientos operativos para la implementación del programa en el estado de Aragua.

Requerimos de apoyo técnico y financiero para completar el proceso de extensión del programa a otras regiones y estamos en capacidad de ofrecer a los países del área asesoramiento en monitoreo y evaluación, así como capacitación en el Instituto Nacional de Tuberculosis y enfermedades pulmonares.

3. Programa Ampliado de Inmunizaciones

El programa de inmunizaciones en Venezuela se inició hace muchos años, sin embargo, la vacunación organizada comenzó en el mes de octubre de 1964 con la campaña nacional de vacunación antipoliomielítica (SABIN), la cual ha continuado en forma ininterrumpida como programa extraordinario de apoyo a las actividades permanentes de vacunación. En el año de 1976 se incorporó al programa la vacuna antisarampionosa y desde el año 1984 se normó la aplicación simultánea de antipolio, triple y sarampión, criterio que ha continuado hasta la presente fecha.

Para el normal desarrollo del programa se cuenta con una adecuada infraestructura de salud que incluye desde hospitales de nivel terciario hasta servicios de medicina simplificada. La realización de estas actividades ha permitido superar los indicadores establecidos en el Plan Decenal de Salud para las Américas (1972) para los países en vías de desarrollo.

En el año 1984 se realizó la evaluación nacional del Programa Ampliado de Inmunizaciones, con la asesoría técnica de la OPS/OMS, estableciéndose los lineamientos generales para el desarrollo de las actividades en los años venideros.

El Gobierno Nacional ha asignado los fondos necesarios para que el programa continúe funcionando. Sin embargo están dadas las condiciones para recibir el apoyo técnico financiero de las agencias, con miras a reforzar el programa y lograr la meta de erradicación del virus salvaje de la polio para 1990. Es necesario también resaltar que el país proximamente firmará un convenio con el Rotary Internacional para recibir apoyo financiero y logístico con los mismos fines. En este sentido, la división de epidemiología del MSAS ha definido las acciones por el lapso de este objetivo.

En nuestro medio las mayores dificultades para el óptimo desarrollo del programa ampliado de inmunizaciones han sido la escasa participación comunitaria y las deficiencias en la cadena de frío.

Para lograr una adecuada participación en las otras instituciones del sector salud y del sector privado, se sugiere la creación de comisiones de enlace que permitan motivar a los involucrados en el problema con el fin de incorporarlos en el desarrollo de estos programas.

Entre las medidas que ha tomado el Gobierno Nacional para cumplir con las metas de salud para 1990, merece destacarse la formulación de una Ley de Inmunizaciones que fue introducida recientemente al Congreso Nacional y la cual hará obligatoria la aplicación de las vacunas para toda la población infantil.

En cuanto a las actividades subregionales que se podrían desarrollar para beneficiar al PAI, sugerimos la posibilidad de estructurar un plan de vigilancia epidemiológica subregional tomando como modelo el programa de vigilancia epidemiológica interfronteras colombo-venezolana.

4. Crecimiento y Desarrollo

El programa de vigilancia del crecimiento y desarrollo se enriqueció con la incorporación de la ficha maternoinfantil para las madres, la cual contiene una gráfica de crecimiento (peso-edad) cuyo objetivo fundamental es identificar en forma oportuna el riesgo nutricional de los menores de 6 años de edad.

La ficha constituye una norma y se utiliza en los distintos niveles de atención ambulatoria. El país requiere de apoyo técnico y financiero para la realización de talleres con el objeto de lograr la expansión y seguimiento del programa.

En cuanto a la cooperación subregional, el país dispone de una infraestructura adecuada para las actividades de capacitación.

Es necesario hacer mención que el Gobierno Nacional a través de una Fundación, realiza desde hace varios años un estudio longitudinal de crecimiento y desarrollo con miras a establecer a través del análisis de variables antropométricas, bioquímicas y socio-económicas, estándares nacionales.

5. Atención Materna y Planificación Familiar

Este programa está dirigido a la pareja en edad reproductiva con el fin de lograr que de una forma responsable, libre y conciente decidan el número de hijos que constituirá su familia. Los objetivos generales están encaminados a educar a la pareja en edad fértil y a la población en general, en los aspectos de salud en planificación familiar haciendo énfasis en la paternidad responsable, contribuir a la disminución del aborto provocado, a la disminución de los casos de niñez abandonada, disminución de la morbimortalidad materna y perinatal y dar a la población una asistencia médica en planificación familiar.

El Programa de Salud Materna y Planificación Familiar comprende actividades de atención prenatal, prevención del tétanos neonatorun, asistencia obstétrica institucional, seguimiento del puerperio, detección del cancer cérvico-uterino y mamario y regulación de la fecundidad. Cada uno de estos subprogramas están normatizados y se evalúan periódicamente.

En cuanto a la disponibilidad de medicamentos básicos, vacunas y anticonceptivos para el normal funcionamiento del programa de atención materna y planificación familiar, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social provee los fondos necesarios para su suministro. Las insuficiencias que en ocasiones ocurren con el suministro de estos insumos se deben a problemas de orden administrativo.

El criterio de enfoque de riesgo ha comenzado a incorporarse en estos programas y se requiere de apoyo internacional para la capacitación del personal en este novedoso aspecto. Cuenta con indicadores de seguimiento y evaluación que se analizan a nivel central y se utilizan para la toma de decisiones.

Recomendaciones

1. Desarrollar talleres itinerantes de manejo gerencial en salud maternoinfantil para la subregión, con la participación de representantes de las organizaciones involucradas en el problema. En este sentido, Venezuela se ofrece como sede inicial de estos talleres, requiriendo del apoyo financiero y logístico de las agencias para el logro de un óptimo desarrollo.

2. Realizar reuniones de trabajo en los distintos países de la subregión, con participación de los representantes de organismos del sector salud, de las instituciones formadoras del personal de salud, sociedades científicas y agrupaciones gremiales, con el fin de revisar las políticas de salud maternoinfantil más comunes (CED, IRA, Perinatal, etc.). Venezuela posee una infraestructura de salud por niveles, que cubre la casi totalidad de la población y sistemas de registros estadísticos con experiencia acumulada de 50 años.

3. En cuanto al programa de control de las enfermedades diarreicas el país está en capacidad de ofrecer disponibilidades de sales rehidratantes a los países de la subregión, que carecen de programas de producción al precio de USA$0.09 por unidad.

4. El país está en condiciones de ofrecer apoyo a los países de la subregión en el desarrollo de la metodología de la evaluación de las condiciones de eficiencia de los servicios de salud maternoinfantil y en el manejo de la metodología para la obtención de indicadores de la calidad del tratamiento de las enfermedades diarreicas.

5. Para los programas de IRA, PAI y Planificación Familiar requerimos del apoyo de los países de la subregión y de las agencias internacionales, en los aspectos de capacitación del personal, monitoreo y evaluación y educación y movilización comunitaria.

6. El país requiere de un intercambio de experiencia con los países de la subregión en el área de crecimiento y desarrollo, así como del apoyo técnico y financiero de las agencias para la expansión y seguimiento de la ficha maternoinfantil.

7. En cuanto al programa de salud materna y planificación familiar requerimos del apoyo técnico y financiero de las agencias para el desarrollo de la metodología de enfoque de riesgo, así como de un intercambio de experiencias con los países de la subregión.

8. Se sugiere la creación de un Centro de Perinatología y Desarrollo Humano, como extensión del CLAP, que sirva de apoyo a los países de la subregión y del Caribe, en los aspectos relacionados con la capacitación, la asistencia óptima y la investigación perinatal.

Grupo de Trabajo de Venezuela

Dr. Héctor Luis Borges Ramos	Director Maternoinfantil, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
Dr. Rafael Travieso	Jefe de la División de Enfermedades Transmisibles y Accidentes
Dr. José Francisco	Jefe de la Cátedra de Pediatría, Escuela José María Vargas, Universidad Central de Venezuela
Dr. Raymond Armengol	Médico Adjunto del Departamento de Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares
Dra. Haydée Silva	Directora Médico de la Fundación del Niño
Dr. César Brandt	Coordinador Asistencial Nacional del Programa de Medicina Familiar I.V.S.S.
Enf. Romelia R. de Camargo	Instructora de la Escuela Enfermería
Lic. Carmen V. López Perez	Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Zulia
Lic. Nelly Farfán	Consultora del Programa OPS/OMS