

La salud materno infantil en Cuba

Un enfoque salubrista

María Cecilia Santana Espinosa | Violeta Regla Herrera Alcázar



La salud
materno infantil en Cuba
Un enfoque salubrista



La salud materno infantil en Cuba

Un enfoque salubrista

María Cecilia Santana Espinosa | Violeta Regla Herrera Alcázar



Catalogación de la Editorial Ciencias Médicas

La salud materno infantil en Cuba. Un enfoque salubrista. María Cecilia Santana Espinosa, Violeta Regla Herrera Alcázar... [et al.]; —La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2024. 127 p.: il., tab.— (Colección Salud Pública).

-

Atención Integral de Salud, Salud Materno-Infantil, Estrategias de Salud, Atención Primaria de Salud, Colaboración Intersectorial, Sistemas Nacionales de Salud, Factores de Riesgo, Demografía, Percepción, Cuba

-

-

WQ 84.4

Cómo citar esta obra

Santana Espinosa MC Herrera Alcázar VR et al. La salud materno infantil en Cuba. Un enfoque salubrista. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2024. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/la-salud-materno-infantil-en-cuba-un-enfoque-salubrista/>

Edición: Ing. Damiana I. Martín Laurencio

Diseño, realización y maquetación: D.I. José Manuel Oubiña González

Sobre la presente edición:

© María Cecilia Santana Espinosa, Violeta Regla Herrera Alcázar, 2024

© Editorial Ciencias Médicas, 2024

ISBN 978-959-316-179-4 (PDF)

ISBN 978-959-316-180-0 (EPUB)

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23, núm. 654, entre D y E, El Vedado

La Habana, C. P. 10400, Cuba

Teléfono: +53 7836 1893

ecimed@infomed.sld.cu

www.ecimed.sld.cu



Esta obra se difunde bajo una licencia Creative Commons de Atribución No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Usted es libre de copiar, compartir, distribuir, exhibir o implementar sin permiso, salvo con las siguientes condiciones: reconocer a sus autores (atribución), no usar la obra de manera comercial (no comercial) y, si produce obras derivadas, mantener la misma licencia que el original (compartir igual).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>



Autoría

Autoras principales

María Cecilia Santana Espinosa

Máster en Dirección. Especialista de I y II Grado en Pediatría.
Especialista de II Grado en Organización y Administración en Salud.
Profesor e Investigador Auxiliar. Consultante. Escuela Nacional de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Violeta Regla Herrera Alcázar

Máster en Atención Integral a la Mujer y en Atención Primaria de Salud.
Especialista de I y II Grado en Obstetricia y Ginecología.
Profesor e Investigador Auxiliar. Consultante. Escuela Nacional de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Coautores

Erwin Regis Angulo

Máster en Educación Médica. Especialista de II Grado en Pediatría.
Profesor Asistente. Escuela Nacional de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Catherine Chibás Pérez

Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de II Grado en Pediatría.
Profesor Asistente. Ministerio de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Berta Lidia Castro Pacheco

Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de II Grado en Pediatría.
Profesor e Investigador Auxiliar. Consultante.
Hospital Universitario Pediátrico Juan Manuel Márquez.
Presidente de la Sociedad Cubana de Pediatría.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Mercedes Esquivel Lauzurique

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de I y II Grado en Pediatría.
Investigador y Profesor Titular. Facultad de Ciencias Médicas Julio Trigo López.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Roberto Tomás Álvarez Fumero

Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de II Grado en Pediatría.
Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud.
Profesor e Investigador Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Ana Margarita Toledo Fernández

Doctora en Ciencias de la Educación Médica. Máster en Atención Primaria de Salud.
Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Profesor e Investigador Titular.
Escuela Nacional de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Ivonne Elena Fernández Díaz

Máster en Atención Primaria de Salud.
Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Profesor e Investigador Auxiliar.
Escuela Nacional de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

María del Carmen Machado Lubian

Doctor en Ciencias Médicas. Máster en Atención Integral al Niño.
Especialista de I y II Grado en Pediatría. Especialista de II Grado en Medicina Intensiva
y Emergencias Médicas. Investigador Titular. Profesor Auxiliar.
Centro de Neurociencias de Cuba. Escuela Nacional de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Matilde de la Caridad Molina Cintra

Doctor en Ciencias Demográficas. Especialista en Psicología de la Salud.
Profesor Titular. Centro de Estudios Demográficos (CEDEM).
Universidad de La Habana.

Lilium Quelle Santana

Especialista de I Grado en Bioestadística. Profesor Auxiliar.
Escuela Nacional de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

María Esther Alvarez Lauzarique

Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Salud Pública.
Especialista de I y II Grado en Bioestadística.
Profesor e Investigador Titular. Consultante. Escuela Nacional de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Daisy Amparo Martínez Delgado

Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de I y II Grado en Pediatría.
Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Profesor e Investigador Auxiliar.
Escuela Nacional de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Vivian Mercedes Perojo Páez

Máster en Bioética. Licenciada en Filosofía Marxista Leninista. Profesor Auxiliar.
Escuela Nacional de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Ana María Gálvez González

Doctor en Ciencias de la Salud. Licenciada en Economía.
Profesor e Investigador Titular y Consultante. Escuela Nacional de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Lourdes Brito Gómez

Máster en Pedagogía Profesional. Licenciada en Educación en la especialidad de Matemáticas.
Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Escuela Nacional de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Bárbara Enríquez Domínguez

Máster Atención Integral a la Mujer. Especialista de I y II Grado en Ginecología y Obstetricia.
Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Hospital Materno Infantil Ángel Arturo Aballí.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Lareisy Borges Damas

Doctor en Ciencias de la Enfermería. Licenciado en Enfermería.
Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Titular. Investigador Auxiliar.
Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa.

Rolando Sánchez Machado

Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia.
Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor e Investigador Auxiliar.
Hospital General Docente Ciro Redondo.
Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa.

Alicia González Portales

Doctor en Ciencias de la Salud Pública. Especialista en Enfermería Materno Infantil.
Máster en Atención Integral al Niño. Licenciado en Enfermería.
Profesor e Investigador Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa.

Yamila Fernández Nieves

Máster en Educación Especial. Licenciado en Cultura Física. Profesor e Investigador Auxiliar.
Centro de Estudios para la Actividad Física, el Deporte y la Promoción de Salud.
Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el Deporte Manuel Fajardo.

Maylene López Bueno

Doctor en Ciencias de la Cultura Física. Licenciado en Cultura Física.
Profesor Titular. Investigador Agregado.
Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el Deporte Manuel Fajardo.

Pablo Carlos Roque Peña

Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de I Grado en Pediatría.
Profesor Asistente. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Lizzette del Rosario López González

Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de I Grado en Medicina General Integral.
Especialista de I Grado en Medicina Intensiva y Emergencias Médicas.
Profesor e Investigador Auxiliar. Hospital Universitario Pediátrico Juan Manuel Márquez.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Vivian Rosario Mena Miranda

Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular. Investigador Auxiliar.
Especialista de I y II Grado en Pediatría. Hospital Universitario Pediátrico de Centro Habana.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Nancy Estévez Pérez

Doctor en Ciencias Psicológicas. Máster en Neurociencias Cognitivas y de los Sistemas.
Máster en Fisiología Animal. Licenciado en Psicología. Investigador Titular.
Profesor Asistente. Centro de Neurociencias de Cuba.

Eduardo Dunn García

Especialidad de I Grado en Medicina General Integral y en Medicina Física y Rehabilitación.
Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Hospital de Rehabilitación Julio Díaz.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Alexis Luisa Montero Terry

Máster en Atención Integral al Niño.
Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Medicina Física y Rehabilitación.
Profesor Asistente. Investigador Agregado. Hospital Pediátrico William Soler.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Iamilé Quintero Chis

Especialista en I Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Isiely Ramírez Lombide

Máster en Educación en la Primera Infancia. Licenciado en Psicología.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Juan Antonio Figueroa Sáez

Doctor en Ciencia de la Salud. Especialista de I y II Grado en Pediatría
y en Medicina Intensiva y de Emergencia. Especialista de I Grado en Organización
y Administración de Salud. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado.
Escuela Nacional de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Dedicatoria

Que sirva este libro de reconocimiento a la memoria de tantos profesionales que a lo largo y ancho del país dedicaron los mejores años de sus vidas al desarrollo de la salud materno infantil. En representación de ellos se hace especial mención a Francisco Valdés Lazo (Paquito), Evelio Cabezas Cruz y Miguel Ramón Sosa Marín, ejemplos de consagración, compromiso, ética profesional, entrega y amor en el desempeño de complejas tareas asignadas por el Ministerio de Salud Pública durante más de cuatro décadas para el cumplimiento del Programa Nacional Materno Infantil.

Además, reconoce a la Escuela Nacional de Salud Pública como escenario natural para la formación salubrista de los profesionales vinculados a la gestión de salud materno infantil.

Agradecimiento

Agradecimiento a la Organización Panamericana de la Salud por la asesoría técnica y apoyo logístico para el diseño y edición del presente libro.

Prólogo

La salud materno-infantil en Cuba es un tema de vital importancia que refleja no solo el estado de bienestar de las mujeres y los niños, sino también la eficacia y la equidad del sistema de salud del país. Este libro, titulado ***La salud materno infantil en Cuba. un enfoque salubrista***, se presenta como una contribución significativa al entendimiento y la mejora de este ámbito crítico, abordando tanto los logros alcanzados como los desafíos identificados.

Desde el año 1959, Cuba ha priorizado la salud como un derecho humano fundamental. La atención materno-infantil ha sido un pilar dentro de esta política, con el establecimiento del Programa Nacional de Atención Materno Infantil, que ha favorecido la salud de este grupo poblacional, reducir la morbilidad y las tasas de mortalidad infantil y materna. A través de un enfoque integral y multidisciplinario, el país ha logrado notables avances en indicadores de salud que son comparables a los de naciones desarrolladas. Sin embargo, a pesar de estos logros, persisten retos significativos que requieren atención continua y estrategias innovadoras.

Este libro compila información brindada por el exitoso Grupo de Investigación Gestión en Salud Materno Infantil de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, como un aporte de valiosas experiencias y conocimientos con enfoque salubrista. Aunque existen excelentes estudios sobre el tema en nuestro medio, son escasos los relacionados específicamente con la gestión en esta área de actuación, lo que hace que la obra sea aún más relevante. El elevado nivel de actualización de los temas asegura que los lectores tengan acceso a información pertinente y contemporánea.

La obra se divide en dos partes: la primera aborda temas básicos para la gestión de la salud materno-infantil, incluyendo la organización metodológica, la relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la importancia de la interdisciplinariedad, la valoración demográfica y estadística, así como reflexiones éticas y económicas en este campo. Cada capítulo ofrece una visión detallada sobre aspectos clave que influyen en la atención a la salud materno-infantil, desde la promoción hasta la evaluación de servicios.

La segunda parte se centra en temas seleccionados por su incidencia directa en la salud materno-infantil. Aquí se exploran cuestiones como los derechos sexuales y reproductivos, el enfoque respetuoso en la atención al parto, y la alimentación en los primeros años de vida. Estos capítulos son fundamentales para entender cómo factores sociales, económicos y culturales afectan la situación de salud de esta población. Esta organización facilita la comprensión de los contenidos abordados y permite a los lectores identificar rápidamente las áreas de interés.

El enfoque salubrista que guía este libro es esencial para abordar las complejidades inherentes a la salud materno-infantil. Este reconoce que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino un estado completo de bienestar físico, mental y social. Por lo tanto, promueve considerar las determinantes sociales de la salud, así como las políticas públicas que garanticen el acceso equitativo a servicios de calidad. Además, el texto enfatiza la necesidad de una educación inclusiva y la promoción de estilos de vida saludables desde una edad temprana. La atención a las enfermedades no transmisibles en niños y adolescentes es un aspecto que no puede ser ignorado, si se desea construir un futuro más saludable para las próximas generaciones.

Al llenar un vacío en el respaldo bibliográfico a la preparación de directivos y profesionales vinculados al Programa Nacional de Salud Materno Infantil, esta obra se convierte en una herramienta indispensable para aquellos comprometidos con mejorar las condiciones de vida y salud en nuestra sociedad.

La salud materno infantil en Cuba. Un enfoque salubrista, es más que una recopilación de conocimientos; es un llamado a la acción para todos los actores involucrados en el sistema de salud. Los profesionales sanitarios, educadores, investigadores, decisores políticos y la comunidad deben trabajar juntos para enfrentar los desafíos actuales y construir sobre los logros alcanzados. Este libro no solo busca informar, sino también inspirar un compromiso renovado hacia el bienestar materno e infantil en Cuba.

Invito a todos los lectores a sumergirse en estas páginas con mente abierta y disposición para aprender, reflexionar y actuar. La salud materno-infantil es responsabilidad colectiva; su mejora depende del esfuerzo conjunto y del respeto por los derechos humanos fundamentales.

Finalmente, nuestro reconocimiento al colectivo de autores de este valioso libro, en particular a sus líderes la Dra. María Cecilia Santana Espinosa y la Dra. Violeta Regla Herrera Alcázar.

Dr. Cs. Pastor Castell-Florit Serrate
Director de la Escuela Nacional de Salud Pública.
Cuba, 2024



Índice de contenido

Introducción/ 1

Referencias bibliográficas/ 3



Primera parte. Temas básicos para la gestión de la salud materno infantil/ 5

Capítulo 1. Organización metodológica para la atención materno infantil en Cuba/ 7

Antecedentes históricos de la organización metodológica para la atención materno infantil/ 7

Fundamentos para el desarrollo de la atención materno infantil a nivel mundial/ 7

Comportamiento en las Américas/ 8

Desarrollo en Cuba/ 9

Acciones de control para la atención a la salud materno infantil/ 10

Niveles de atención/ 12

La interdisciplinariedad/ 12

Referencias bibliográficas/ 13

Capítulo 2. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible en función de la salud materno infantil en Cuba/ 14

Contextualización de los Objetivos de Desarrollo Sostenible/ 15

Los avances en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el mundo/ 16

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible en las Américas/ 17

Implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Cuba/ 17

Consideraciones finales/ 18

Referencias bibliográficas/ 19

Capítulo 3. La interdisciplinariedad en la gestión de la salud materno infantil en Cuba/ 21

Antecedentes/ 21

Integración disciplinar en la formación del capital humano/ 21

La interdisciplinarianidad en la gestión de atención a las personas que desean tener descendencia/ 22

La interdisciplinarianidad en la gestión de atención a las gestantes, durante la infancia y la adolescencia/ 22

Conclusiones/ 23

Referencias bibliográficas/ 24

Capítulo 4. La promoción de la salud materno infantil/ 25

Estrategia de la salud pública contemporánea/ 26

Cuidado de la salud de la mujer/ 26

Cuidados y principales medidas de prevención en la etapa preconcepcional/ 26

Propuesta de acciones de promoción de salud para contribuir al perfeccionamiento de los componentes de la salud sexual y reproductiva/ 26

Promoción de salud y fecundidad/ 27

La promoción de salud en la planificación familiar/ 27

La promoción de salud en el riesgo materno infantil/ 28

Conclusiones/ 28

Referencias bibliográficas/ 28

Capítulo 5. Atención a la salud materno infantil en el contexto DOHaD/ 29

Orígenes del desarrollo de la salud y la enfermedad: concepto DOHaD/ 30

Programación fetal en el proceso de crecimiento y neurodesarrollo de niños y adolescentes/ 31

Neurodesarrollo y programación fetal/ 33

Cambio de paradigma en la atención a la salud materno infantil a partir de DOHaD/ 34

Conclusiones/ 36

Referencias bibliográficas/ 36

Capítulo 6. Dinámica demográfica y salud materno infantil/ 39

La salud materno infantil espejo de la relación población-desarrollo/ 39

Composición y estructura de la población cubana / 41

Poblaciones clave para la salud materno infantil/ 42

La dinámica demográfica en Cuba, tendencias y principales desafíos/ 43

La población de niños, niñas, adolescentes y mujeres en edad fértil. Una mirada al futuro/ 45

La política de población cubana/ 47

Conclusiones/ 47

Bibliografía/ 48

Capítulo 7. La aplicación de la información para la mejora de la salud materno infantil/ 49

Evaluación/ 50

Variable, dato e indicador/ 50

Fuentes de información/ 52

Indicadores más utilizados/ 53

Referencias bibliográficas/ 54

Capítulo 8. La ética y la bioética en la Salud materno infantil/ 56

Principios de la ética y la bioética/ 57

Particularidades de la ética y de la bioética en la salud materno infantil/ 57

Consentimiento informado/ 58

La ética en la investigación materno infantil/ 59

Violencia familiar como problema de salud/ 59

Violencia contra niños, niñas y adolescentes/ 60

Violencia contra la mujer/ 60

Desafío para el enfrentamiento de la de la violencia familiar desde la atención materno infantil/ 61

Consideraciones finales/ 61

Referencias bibliográficas/ 61

Capítulo 9. Perspectiva socioeconómica para el desarrollo de la salud materno infantil/ 63

Influencia del panorama socioeconómico en el logro de la salud materno infantil/ 63

Panorama socioeconómico global en el desarrollo de la salud materno infantil/ 63

Situación socioeconómica en las Américas para la salud materno infantil/ 64

Escenario socioeconómico en Cuba y su influencia en la salud materno infantil/ 64

Costos y atención materno infantil/ 65

Importancia del estudio de los costos para la sostenibilidad de la salud materno infantil en Cuba/ 65

Investigaciones sobre costos en salud materno infantil/ 65

Consideraciones finales/ 67

Referencias bibliográficas/ 67



Segunda parte. Temas seleccionados por su incidencia en la salud materno infantil/ 69

Capítulo 10. Derechos sexuales y reproductivos/ 71

Clarificación de valores y transformación de actitudes en los proveedores de salud/ 72

Derechos de los usuarios de los servicios de salud sexual y reproductiva/ 73

Deberes y responsabilidad de los proveedores/ 73
Consideraciones finales/ 75
Referencias bibliográficas/ 75

Capítulo 11. Enfoque respetuoso de la atención al parto. Propósito esencial para el bienestar materno y neonatal/ 77

La atención materna en el proceso del parto desde un enfoque respetuoso/ 77
Bases conceptuales del modelo de atención respetuosa al parto/ 77
Perspectiva de género, equidad y enfoque social/ 78
La atención integral al recién nacido en el nacimiento respetuoso/ 79
Fundamentos de la atención respetuosa del recién nacido en la gestación y el nacimiento/ 79
Enfoque social de la estimulación prenatal y la participación del padre y familia/ 79
Derechos del nacimiento. Acciones dirigidas a su cumplimiento/ 80
Percepción del parto como un proceso natural por parte de la mujer y familia cubana/ 80
Conclusiones/ 81
Referencias bibliográficas/ 82

Capítulo 12. Actividad física, salud reproductiva y bienestar materno infantil/ 83

La inactividad física como factor de riesgo de enfermedades no transmisibles y su impacto en la salud reproductiva/ 84
Actividad física. Prevención y control de las ENT para el bienestar materno infantil/ 86
Consideraciones finales/ 87
Referencias bibliográficas/ 87

Capítulo 13. La alimentación en el lactante y el niño menor de dos años/ 89

Antecedentes/ 90
Desde la prehistoria hasta el siglo XX/ 90
Despertar de la humanidad/ 91
Seccionado el cordón umbilical ¿Cómo continúa el crecimiento y desarrollo del bebé, conducido por la genética materna?/ 92
Epigenética, la guía de un crecimiento y desarrollo apropiado/ 92
Microbiota intestinal del bebé su dominio en el crecimiento y desarrollo adecuado/ 92
Maduración inmunológica del bebé gobernada por la inmunidad materna/ 93
Conclusiones/ 93
Referencias bibliográficas/ 94

Capítulo 14. Enfoque holístico de una salud y su relación con la salud materna infantil/ 96

Factores del medio ambiente que intervienen en la salud materno infantil/ 96
Contaminantes ambientales, su relación con la salud materno infantil/ 97

Factores individuales que condicionan disbiosis intestinal/ 97
Alimentación-nutrición/ 97
Abuso y uso antibióticos/ 98
Conclusiones/ 99
Referencias bibliográficas/ 99

Capítulo 15. Importancia de la atención a la salud materno infantil para el desarrollo humano/ 101

Factores que influyen en las diferentes etapas del desarrollo/ 101
Importancia de los programas de intervención temprana en las diferentes etapas de la vida/ 103
Conclusiones/ 104
Referencias bibliográficas/ 105

Capítulo 16. Discapacidad en la infancia y la adolescencia/ 107

Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Versión para la infancia y la adolescencia/ 107
Factores ambientales/ 108
Factores personales/ 109
Factores ambientales a tomar en cuenta/ 109
Acciones directas a realizar en los diferentes entornos/ 109
Consideraciones finales/ 111
Referencias bibliográficas/ 111

Capítulo 17. Hacia una educación inclusiva: promoviendo la equidad desde la prevención/ 113

Inclusión educativa/ 114
Concepto, objetivos y características/ 114
Actividades de promoción de la equidad desde la prevención/ 116
Papel de las familias en el proceso de inclusión/ 116
Referencias bibliográficas/ 117

Capítulo 18. Promoción de estilos de vida en niños y adolescentes con enfermedades no transmisibles/ 119

Los estilos de vida en el proceso salud-enfermedad/ 119
Relación de una adecuada nutrición con el bienestar y la salud en madres, niños y adolescentes con enfermedades no transmisibles/ 120
Inactividad física o sedentarismo versus bienestar y salud en niños y adolescentes con enfermedades no transmisibles/ 122
Elementos claves de un estilo de vida saludable en madres, niños y adolescente con enfermedades no transmisibles/ 123
Referencias bibliográficas/ 125





Introducción

María Cecilia Santana Espinosa, Violeta Regla Herrera Alcázar

La salud materno infantil es considerada por expertos de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) un tema esencial a escala global cuando de desarrollo humano, social y económico se habla. La anterior reflexión reconoce la necesidad de contar con fuentes de información científicamente avaladas en áreas de la salud pública para promover la capacidad técnica en los profesionales vinculados a la temática desde la asistencia, la docencia, la investigación y la administración.

Los profesionales dedicados a la salud materno infantil deben empoderarse de los conocimientos salubristas que les permitan ejercer una adecuada crítica del entorno donde se desempeñan y se desarrolla la vida de la población que asisten. Según la OMS: “Salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de afecciones o enfermedades”.

Existen factores individuales, familiares, sociales, económicos y ambientales que influyen en el estado de salud de las personas, los que son llamados determinantes de la salud.⁽¹⁾ Se define por tanto a la Salud Pública como “ciencia y arte” con enfoque político y social dirigido a mejorar la salud y prolongar de vida de la población con calidad mediante acciones determinadas por la promoción de salud, la prevención de enfermedades y la realización de intervenciones sanitarias pertinentes, que requieren del esfuerzo participativo y organizado de la comunidad y los diferentes sectores radicados en el territorio.

La situación de salud materno infantil en un territorio (consejo popular, municipio, provincia, país) depende de la existencia de políticas públicas que den respuesta a necesidades reconocidas por la población y que tiene como objetivo solucionar o mitigar los problemas previamente diagnosticados y que su solución requiere de un marco legal que lo respalde. Las políticas públicas se formulan mediante estrategias, programas y proyectos que consideran la participación de sectores específicos de la sociedad, la asignación de recursos, respaldo jurídico y medidas regulatorias de gobierno al nivel correspondiente.

El Artículo 72 de la Constitución de la República de Cuba refrenda el derecho de los ciudadanos a recibir atención médica de calidad y la responsabilidad del Estado

para su garantía; particular vigilancia se ejerce al cumplimiento de los citados derechos en relación con la salud de la mujer y su pareja para el proceso reproductivo y de los niños, niñas y adolescentes durante el proceso de crecimiento y desarrollo integral, al amparo del Código de las Familias, el Programa para el Adelanto de las Mujeres, la Ley de Comunicación Social, la Ley de la Salud y el Programa Nacional de Atención Materno Infantil entre otros. ^(2,3,4,5)

La ejecución de políticas públicas relacionadas con la salud materno infantil requiere de la conducción gubernamental, la participación de la familia, la comunidad, la ciudadanía y la práctica intersectorial. Las estrategias pueden ser independientes o estar vinculadas unas con otra a partir de objetivos comunes; por tanto, pueden trascender del nivel central al nivel local, lo demanda la responsabilidad ciudadana, de cada sector social y de la economía, en dependencia de la extensión y alcance del problema en cuestión. Le corresponde al sector salud la asesoría y el acompañamiento técnico de cada actividad. ^(2,6,7)

Algunas políticas públicas vigentes en el país pudieran ser utilizadas con mayor intencionalidad en función de la salud materno infantil, ese es el caso de Consejo de Salud tanto a nivel municipal o del Consejo Popular, para ello se cuenta con el documento de país: el Consejo de Salud y el Movimiento de Municipios, Ciudades y Comunidades por la salud, como aporte al bienestar, la salud y el desarrollo local. Este tiene un enfoque estratégico metodológico e incorpora los antecedentes del movimiento, así como sus objetivos y principios rectores. Igualmente, contiene las líneas de trabajo de la estrategia nacional hasta el 2030 y el marco legal que facilita su desarrollo. El documento presenta una guía metodológica para su ejecución. ⁽⁸⁾

El Consejo de Salud resulta, por tanto, una herramienta metodológica conveniente para crear espacios donde se puede concretar el trabajo comunitario e intersectorial, en función de la modificación o solución de problemas de salud. Está sostenido jurídicamente por la nueva Ley de Salud aprobada por la Asamblea Nacional del Poder Popular en diciembre del 2023 (pendiente de publicación en la Gaceta Oficial de la República) y por la Ley No. 56 de Organización y Funcionamiento de la Asamblea Municipal del Poder Popular y de los Consejos Populares, lo que está respaldado por la Ley No. 132/2019 que promueve el derecho de la población a participar activamente en la elaboración del diagnóstico de la situación de salud. ^(8,9)


La organización de la salud materno infantil se complementa con la práctica interdisciplinar, como integración de saberes de diferentes áreas en pos de la atención a la salud y la participación intersectorial, como parte del desempeño de los sistemas de salud para incorporar nuevos enfoques, alternativas y tecnologías relacionados con las mejores experiencias emanadas de las estrategias y programas aplicados por los docentes, investigadores, administrativos y profesionales vinculados la asistencia. ^(6,10,11)

Es objetivo del presente texto de agrupar en un documento único información técnicamente fundamentada sobre temas básicos para el desarrollo exitoso de la salud materno infantil, desde un enfoque salubrista y lenguaje amigable que eleve la capacidad profesional de aquellos lectores vinculados con la salud materno infantil desde la asistencia, la docencia, la investigación o la administración. Es la aspiración del colectivo de au-

tores el contribuir que la salud pública esté presente en los tres niveles de atención como parte de los cuidados sanitarios.

Referencias bibliográficas

1. Alfonso Chang Y, Gómez García N, Quintana Gómez F, Pimienta Pérez N, González Díaz JG, Suárez Morales O. Determinantes sociales que inciden en la mortalidad de los menores de cinco años. *Acta méd centro*. 2020;14(4):489-503. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272020000400489&lng=es
2. Constitución de la República de Cuba. Granma. 2018. Disponible en: <https://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Nueva%20Constituci%C3%B3n%20240%20KB-1.pdf>
3. Programa Nacional para el Adelanto de las Mujeres. Gaceta Oficial No. 14 Extraordinaria de 2021. La Habana. Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/decreto-presidencial-198-de-2021-de-presidente-de-la-republica>
4. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Observatorio de Cuba sobre Igualdad de género. 2023. Disponible en: <https://www.undp.org/es/cuba/noticias/observatorio-de-cuba-sobre-igualdad-de-genero>
5. Martínez Calvo SI. Políticas para la salud de la mujer cubana. *INFODIR*. 2024;0(43). Disponible en: <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1601>
6. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu E. Empoderamiento intersectorial en directivos y líderes locales como contexto para la acción en salud pública. *Rev Cubana Salud Pública*. 2018;44(3). Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1214>
7. Castell-Florit Serrate P. Exigencia, integración, participación y control. *INFODIR*. 2021;0(36). Disponible en: <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1146>
8. Organización Panamericana de la Salud. Movimiento de municipios, ciudades y comunidades saludables. 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/folleto-movimiento-municipios-ciudades-comunidades-saludables-americanas>
9. Cubadebate. Parlamento cubano aprueba nueva ley de salud pública. 22 de diciembre de 2023. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2023/12/22/parlamento-cubano-aprueba-ley-de-salud-publica/>
10. Soledad Basurto Álava P.S., Loor Zambrano DL, Bravo Sánchez RE, Cantos Ventura XM, Rodríguez García MA, La interdisciplinariedad y la multidisciplinariedad en el contexto educativo postpandemia. *Pol. Con*. 2023;8(8): 2487-2504. Disponible en: <http://www./Cecilia%20libro/Dialnet-LaInterdisciplinariedadYLaMultidisciplinariedadEnE-9152382.pdf>
11. Ministerio de Salud Pública, Departamento Nacional Materno Infantil, Ibargollen Negrín L et al. Programa Nacional de Atención Materno Infantil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2024. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-nacional-de-atencion-materno-infantil>



La salud
materno infantil en Cuba
Un enfoque salubrista



Primera parte

Temas básicos para la gestión de la salud materno infantil





Capítulo 1

Organización metodológica para la atención materno infantil en Cuba

Erwin Regis Angulo y Catherine Chibás Pérez

Los indicadores de salud materno infantil son considerados un reflejo del resultado de toda la situación de salud de un país. Representan el resultado de una sumatoria de factores económicos, educacionales, nutricionales y de acceso a servicios de protección social. ⁽¹⁾

La atención a gestantes, puérperas, niños, niñas, adolescentes y jóvenes, a nivel mundial, no solo pretende evitar la enfermedad y la muerte, sino primordialmente, satisfacer las necesidades integrales de hombres y mujeres en el proceso de crecimiento, desarrollo y reproducción humana. Con este propósito se articula una red de los servicios de salud orientados a la atención integral en todas las etapas de su curso vital, con la activa participación de la familia y la comunidad.

Siguiendo los avances mundiales para la mejora de los indicadores maternos infantiles, en algunos países de Latinoamérica y el Caribe, se implementaron programas para la atención integral y con calidad. En el año 1983 surge, en Cuba, el programa de atención materno infantil (PAMI), el cual tuvo su antecedente en el Programa para la Reducción de la Mortalidad Infantil del año 1970, ^(2,3) y es renovado el 1989 con la incorporación de las acciones del programa del médico y la enfermera de la familia. En el primer semestre del año 2024 es publicada la nueva actualización del programa de atención materno infantil, dada por los avances de las ciencias médicas y la necesaria incorporación de los aspectos intersectoriales. ⁽⁴⁾

Antecedentes históricos de la organización metodológica para la atención materno infantil

Fundamentos para el desarrollo de la atención materno infantil a nivel mundial

A nivel mundial, la población se ha cuadruplicado en los últimos cien años, alcanzando actualmente a más de 6 mil millones de personas. Anualmente ocurren

136 millones de nacimientos, 10 millones de estos niños y niñas fallecen antes de cumplir 5 años y 8 millones antes del primer año de vida. ⁽¹⁾

Aproximadamente 529 000 mujeres fallecen, en el mismo período, por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio. El 99 % de estas muertes provienen del mundo en desarrollo, principalmente del sur de África y Asia, y son evitables con cuidados médicos básicos y oportunos, asociados a sistemas de salud eficientes. ⁽¹⁾

En la actualidad existe la voluntad política de las naciones por considerar la mortalidad materna y del niño como una emergencia global. ⁽¹⁾ Esto ha sido expresado por diversas organizaciones internacionales como las Naciones Unidas (NU), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y otras.

Existieron preludios de iniciativas y planes globales que buscaron comprometer a los Estados y a la sociedad en alcanzar el acceso a la salud con equidad y con enfoque de género. ⁽⁵⁾ La Cumbre de Acción por la Infancia y la Reunión del Milenio, en la que se acordaron las metas de salud a lograr el año 2015, estuvieron inspiradas en los conceptos incluidos en la Atención Primaria de la Salud, ^(1,6) con intervenciones sencillas, de bajo costo y basadas en la evidencia, que habían mostrado ser efectivas en la prevención de esta 'emergencia silenciosa' que representaban las muertes infantiles y maternas evitables. ⁽⁶⁾

Estas intervenciones fueron: la promoción de la terapia de rehidratación oral para el tratamiento de las diarreas, las inmunizaciones contra enfermedades prevenibles por vacunas, la promoción de la lactancia materna y del control del crecimiento de los niños, popularizando el uso del carnet de crecimiento y desarrollo infantil, así como la presencia de la madre acompañante en los hospitales pediátricos. ⁽²⁾

Comportamiento en las Américas

"Dar a luz" es el acontecimiento más natural, pero hace 120 años en América Latina, a menudo esto ponía en peligro la vida. Las prácticas de parto en la región variaban y la mayoría de los nacimientos se realizaban en casa, ya que los hospitales eran de difícil acceso y solían estar disponibles solo para las complicaciones graves; la tasa de mortalidad materna e infantil eran altas debido a la falta de educación obstétrica, pediátrica y comunitaria. ⁽¹⁾

Por tales motivos y poniendo atención a las tendencias mundiales en cuanto a los avances para la mejora de los indicadores maternos infantiles, en algunos países de Latinoamérica y el Caribe, se implementaron programas para la atención integral y con calidad a estos grupos poblacionales. De esta manera, en países como Argentina, México, Perú, Costa Rica, Uruguay, entre otros, se organizaron programas dirigidos a esta finalidad, desde las décadas de los 80 y 90 del pasado siglo. ⁽⁷⁾

En la mayoría de los países existían objetivos comunes que estaban destinados a mejorar el acceso y la calidad de la atención de la salud a las mujeres, niños y adolescentes, promover estilos de vida saludables en la población e implementación de un modelo de atención integral, con énfasis en acciones preventivas. ⁽⁵⁾ La conformación de redes entre

los diferentes servicios de salud, y entre estos con otros sectores y actores sociales. Se incluía, además, desarrollar estrategias prevención primordial y medidas de autocuidado.

Estas iniciativas tuvieron un relativo éxito a nivel global, así como un alto impacto en América Latina. Se estima que en el mundo, entre 1980 y 1990 la mortalidad infantil se redujo de una tasa de 115 defunciones por cada mil nacidos vivos a 93 por mil nacidos vivos, es decir una reducción del 19 % en el periodo de 10 años. En el año 2022, América Latina y el Caribe registró una tasa de mortalidad infantil de 14 por mil nacidos vivos. ⁽⁶⁾

Desarrollo en Cuba

En 1525 se funda el primer hospital en Santiago de Cuba, otro en La Habana (1538) y en Bayamo (1544). En 1634 nace la primera organización de salud pública en la isla: el Real Tribunal Protomédico de La Habana. En 1807 fue creada la Junta de Sanidad, una central en La Habana y subalternas en otras ciudades del país. ⁽⁷⁾

El 28 de enero de 1909 se funda el primer Ministerio de Sanidad en el país. Desde la primera mitad del siglo XIX, en Cuba comienza a fundarse los llamados sistema de salud privado y mutualista, que tendrían a su cargo, junto con el sistema de salud nacional, la atención médica de la población cubana, más tarde cambió su nombre por el de Ministerio de Salubridad y Asistencia Social.

En 1913, el doctor Juan Guiteras señalaba que “el problema sanitario de mayor importancia en el mundo de hoy es la mortalidad infantil”, y planteaba “que su solución estaba vinculada con la alimentación de los lactantes con leche materna y las mejoras del medio ambiente”. En el año 1928, el doctor Ángel Arturo Aballí señala que la elevada tasa de mortalidad infantil existente en Cuba era la mayor vergüenza de la sanidad cubana. ⁽⁷⁾

El primer documento político que manifiesta con argumentos sólidos la situación de la salud infantil en Cuba fue el de Fidel Castro Ruz en su alegato de “La Historia me Absolverá”, siendo un importante precedente documentado del programa de atención materno infantil en nuestro país. En este documento se aprecia, no solo la preocupación de Fidel por la atención a la salud de los niños, sino que habla de cantidad de morbilidad y mortalidad infantil, y de las principales causas que la provocaban. ⁽⁴⁾

El 1º de enero de 1959 se produce el más importante acontecimiento de la historia de Cuba, el triunfo de la Revolución. En Cuba, desde 1959, la salud es un derecho de todos los ciudadanos y una responsabilidad del Estado, sin privilegios ni discriminación de ningún tipo; es por ello que, desde ese mismo año, se inició el combate por reducir la tasa de mortalidad infantil, siendo en el año 1960 de 60 por 1000 nacidos vivos. ⁽⁴⁾ En agosto de 1961 se promulga la Ley No. 959, la cual adjudica al naciente Ministerio de Salud Pública (MINSAP), la rectoría de todas las actividades de salud del país.

Se abre desde entonces un nuevo capítulo en la salud pública cubana, ya que desde los primeros años se materializa la decisión política del Gobierno Revolucionario de priorizar la salud de la madre y el niño. Se crea el Servicio Médico Social Rural, se constituye el Sistema Nacional de Salud, se establecen los programas de inmunizaciones y en 1963 el de lucha contra la gastroenteritis. ^(2,7)

El año 1983 marca el inicio de una etapa trascendental de trabajo en el sistema de salud en Cuba. Fue este el año en que se inició el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI), el cual tuvo su antecedente en el Programa para la Reducción de la Mortalidad Infantil, iniciado en el año 1970. ^(2;3)

Con una visión más abarcadora que su antecesor, el PAMI ha tenido como centro de atención, desde entonces, la salud de la mujer, los niños, las niñas, los adolescentes y los jóvenes, así como la planificación familiar. ⁽⁷⁾

Acompañando la voluntad política del gobierno revolucionario cubano han ocurrido un grupo de sucesos que han colaborado con los actuales resultados del PAMI en Cuba, dentro de los que están: la introducción, en los hospitales pediátricos, de la madre, familiar o tutor acompañante; la apertura de las salas de terapia intensiva pediátricas y de adultos; el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia; el uso de las sales de rehidratación oral en las enfermedades diarreicas; la utilización del surfacén en recién nacidos pretérminos; y la actualización permanente de protocolos, procedimientos y equipamientos necesarios. Todo esto junto a la apertura de nuevos servicios e instituciones en todo el país.

El resultado más plausible ha sido la disminución de la tasa de mortalidad infantil en Cuba con la aplicación del Programa y sus subprogramas tales como: reducción del bajo peso al nacer, lactancia materna y bancos de leche humana, genética, enfermedades crónicas de la infancia, la red cardiopediátrica nacional, puericultura, detección precoz del cáncer cérvicouterino, programa nacional de inmunización, maternidad y paternidad responsable con parto respetuoso, reproducción asistida, atención a adolescentes, prevención de accidentes en los menores de 20 años, nutrición a niños y embarazadas, suplementos y fortificantes, atención a la morbilidad materna, entre otros. ^(2,4)

En el año 2023, la tasa de mortalidad infantil fue de 7,1 por mil nacidos vivos, este indicador se obtuvo con un esfuerzo importante de todos los trabajadores de la salud en medio de un escenario mundial muy complejo, propiciado por la COVID-19; ⁽⁶⁾ y en Cuba, particularmente se encuentra agravado por el recrudecimiento del injusto bloqueo del gobierno de los Estados Unidos a nuestro país. ⁽⁸⁾

Acciones de control para la atención a la salud materno infantil

Las causas que provocan afectaciones sobre la salud materna y en niños durante el primer año de vida son diversas y se relacionan tanto con problemas ambientales, la infraestructura socioeconómica y sanitaria de la sociedad, como con los aspectos biológicos propios del individuo, de su salud general o en particular de la salud sexual y reproductiva.

Es requisito indispensable de las tasas de mortalidad materna e infantil bajas, que exista una plataforma sociocultural que les sirva de sustento, en la que las responsabilidades familiar, comunitaria y social juegan un papel importante y resiliente. ⁽⁹⁾

Por otro lado, las acciones sanitarias son guiadas, en lo fundamental, por tres aspectos:

- Sensibilización: está destinada a lograr que los niveles de conducción y el propio equipo de salud tome conciencia de la importancia y la necesidad de impulsar un proceso

de transformación en los servicios de salud. Pretende, también, plantear las bases teóricas y operativas de un modelo que combine, entre otras características, la calidad, la equidad y la eficiencia.

- Capacitación-supervisión: el modelo de atención y organización de los servicios de salud propuesto requiere la adecuación de los roles, funciones y prácticas de sus recursos humanos, así como la implementación de mecanismos de supervisión capacitantes que brinden apoyo permanente al equipo de salud para alcanzar las metas propuestas.
- Articulación-movilización de recursos: la articulación de los recursos del Ministerio de Salud Pública con otros provenientes de diversos organismos estatales del ámbito nacional, provincial y municipal, de organismos de cooperación técnica y financiera y de organizaciones no gubernamentales; permitirá el fortalecimiento y complementación de las acciones a nivel local y regional.

Para lograrlo, es importante mantener el control sobre el funcionamiento de la estructura material de las instituciones de salud, de conjunto con sus equipamientos, medicamentos, reactivos y material gastable. Debe de tenerse en cuenta la planificación y preparación de los recursos humanos y cuadros del sistema que, junto a la promoción de salud, la calidad de las estadísticas sanitarias y la aplicación de la ciencia, innovación e investigaciones, forman una estructura sólida que permite organizar, sobre ella, todas las acciones que garantizan la atención médica a niños, niñas, adolescentes, gestantes, puérperas y mujeres en edad fértil (15 a 49 años).⁽¹⁰⁾

En cuanto a la organización del programa, el nivel nacional será el encargado de establecer las normas y los procedimientos necesarios para el mejor desarrollo de este y su control.

Los directores generales, municipales y provinciales, son los máximos responsables de organizar, dirigir y controlar el programa a su nivel correspondiente, aportando de manera organizada los recursos humanos y materiales necesarios.⁽¹⁰⁾ Mientras, los directores de unidades ejecutoras tendrán la responsabilidad de organizar, dirigir y controlar la ejecución del programa a su nivel. Por tanto, el programa se ajustará a las características propias de los diferentes niveles de atención médica.

La evaluación del PAMI requiere de la planificación y ejecución de reuniones de equipo de dirección, para el análisis de los procesos de atención y el comportamiento de sus principales indicadores; dentro de ellas se encuentran las reuniones operativas, las estratégicas, los análisis mensuales, las de interrelación entre los diferentes niveles de atención y los balances anuales. A nivel local, las reuniones de los grupos básicos de trabajo, las entregas de guardia y los pases de visita aportan elementos valiosos para garantizar calidad de la atención médica.

Además del control de los procesos, en este programa se exigen las discusiones de morbilidad, bajo peso al nacer, muertes fetales tardías, muertes infantiles menores de 15 años y maternas. Los datos obtenidos en estas discusiones permiten la toma de decisiones adecuadas a todos los niveles de la organización.

Niveles de atención

Existen, en lo fundamental, dos niveles de atención, el primario que abarca la medicina familiar o comunitaria y el nivel secundario, donde pertenece toda la red de hospitales del país.

En la atención primaria de salud ⁽¹⁰⁾ se incluyen los policlínicos con sus áreas de salud, que atienden a su población en un número determinado de consultorios del médico de la familia e instituciones sociales, como son: los hogares de impedidos físicos y mentales, los hogares maternos, las casas de niños y niñas sin amparo filial, escuelas especiales, instituciones infantiles, entre otras.

Nuestro país cuenta con un grupo de instituciones o institutos que pertenecen al nivel terciario de atención donde algunos pacientes, con diferentes patologías, son atendidos por especialidades que se vinculan al PAMI para el tratamiento eficaz de cada caso en particular.

La interdisciplinariedad

Para que el resultado del trabajo de todos sea la mejoría sostenida de la calidad de vida de la población infanto juvenil, así como de las gestantes y puérperas, es importante tener en cuenta, dentro del componente sanitario, la integración interdisciplinaria. La interdisciplinariedad corresponde a una integración en la cual se relacionan diferentes áreas del saber, para conseguir un aprendizaje significativo y lograr el desarrollo de la aplicación de lo que se sabe desde diferentes áreas del conocimiento y dar solución a una problemática particular o colectiva de salud. ⁽¹¹⁾

Se dice que las ciencias de la salud son interdisciplinarias por el hecho de entrelazar o combinar varias ciencias, para el estudio de un mismo caso clínico desconocido o con el propósito de profundizar el estudio de una forma más especializada.

La interdisciplinariedad puede verse como una estrategia pedagógica, que implica la interacción de varias disciplinas, entendida como el diálogo y la colaboración de estas para lograr la meta de un nuevo conocimiento. Lo que puede constituir el estado del arte de una especialidad. ⁽¹¹⁾ Bedoya González plantea que cuando Piaget dice que “la interdisciplinariedad parece resultar de una interna evolución de la ciencia”, y descarta el fenómeno de la complejidad de los problemas sociales como coadyuvante a tal tendencia; considera que el profesor Piaget trata de orientar la interdisciplinariedad hacia un estadio superior en el que se concentran las ciencias. ⁽¹²⁾

En la salud materno infantil se ejecutan estas interacciones frecuentemente, desde la atención a un paciente pediátrico o una materna críticamente enferma, por varias especialidades, para lograr la estabilidad de su cuadro clínico hasta la combinación de la labor del médico de la familia con los técnicos de higiene y epidemiólogos, para evitar o eliminar un foco determinado en su comunidad.

Referencias bibliográficas

1. Rogelio González P. Salud materno-infantil en las Américas. Revista chilena de obstetricia y ginecología. Rev. chil. obstet. ginecol. 2010; 75(6). DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000600011>
2. Santana Espinosa MC, et al. Atención a la salud materno infantil en Cuba: logros y desafíos. Rev. Panam Salud Pública. 2018;42:e27. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.27>
3. Robaina Castellanos RG. A treinta años del inicio del Programa de Atención Materno Infantil: realidades y retos. Editorial. Rev Méd Electrón. 2014;36(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000100001
4. Ministerio de Salud Pública, Departamento Nacional Materno Infantil, Ibagollen Negrín L et al. Programa Nacional de Atención Materno Infantil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2024. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-nacional-de-atencion-materno-infantil/>
5. Presno Labrador MC, Fernández Díaz IE, Cuesta Mejías L. Análisis de la situación de salud con enfoque de género. Rev Cubana Med Gen Integr. 2014;30(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://scieloprueba.sld.cu/pdf/mgi/v30n2/mgi09214.pdf>
6. Tavera Salazar M. La atención primaria de salud y la salud materno infantil. Rev. peru. ginecol. obstet. 2018;64(3): 383-392. DOI: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2101>
7. Lastre Montalvo C, Bandera Feijoo R, Méndez Torres VM, et al. Algunas tendencias históricos-metodológicas de la evolución del Programa Materno Infantil en Cuba. Revista Información Científica. 2011;71(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757296038>
8. Portal Miranda JA. Programa Materno Infantil: Prioridad para la salud pública aun en medio de la COVID-19. Infodir. 2022 (ene-mar);37:e_1222. Disponible en: <https://www.medicographic.com/pdfs/infodir/ifd-2022/ifd2237v.pdf>
9. Eibenschutz HC. Participación popular en salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2019;45(1). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2019.v45n1/e1705/>
10. Ministerio de Salud Pública, Departamento de Atención Primaria de Salud. Programa del médico y la enfermera de la familia. 2da. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-la-enfermera-de-la-familia-2da-ed/>
11. Blanco Aspiazu O, Díaz Hernández L, Cárdenas Cruz M. El método científico y la interdisciplinariedad en el abordaje del análisis de la situación de salud. Educ Méd Super. 2011;25(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v25n2/ems03211.pdf>
12. Bedoya González C. El concepto de interdisciplinariedad en la salud pública. 1987. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co>





Capítulo 2

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible en función de la salud materno infantil en Cuba

Berta Lidia Castro Pacheco y Mercedes Esquivel Lauzurique

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) tienen como antecedente los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), ocho propósitos de desarrollo humano fijados en el año 2000, durante la Cumbre del Milenio, que los países miembros de las Naciones Unidas acordaron alcanzar para el año 2015 y que fueron creados como una “hoja de ruta” para poner en marcha la Declaración del Milenio. ⁽¹⁾

La Declaración del Milenio, suscrita por 189 países propuso impulsar el desarrollo, erradicar la pobreza, promover la dignidad humana y la igualdad, y alcanzar la paz y la sostenibilidad ambiental. Para el año 2015 o antes de esa fecha, serían cumplidos 8 objetivos de desarrollo y 18 metas. El objetivo número 4: *Supervivencia infantil* planteaba reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de cinco años entre 1990 y 2015. ⁽¹⁾

La Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, Rio+20, inició en el 2012 el proceso de definir la agenda de desarrollo que guiaría el trabajo de todo el sistema de Naciones Unidas hasta el 2030. El grupo de trabajo abierto (compuesto por 30 países miembros de Naciones Unidas, con aportaciones de la sociedad civil) mantuvo negociaciones sostenidas y, en el 2014, propuso los conceptos de agenda global post-2015, sus objetivos y sus metas específicas. ⁽²⁾

En esa fecha se reportaba una población de alrededor de 7 billones de personas. Los pronósticos auguraban que para 2030 habría otro billón más de habitantes, más de la mitad de ellos viviendo en ciudades. El aumento acelerado de las inversiones privadas, la persistencia de las desigualdades, la falta de oportunidades para todos y los problemas relacionados con el cambio climático, como determinante negativo para el planeta, se identificaban como amenazas para la población mundial, que los más pobres sufrirían primero y más severamente. ⁽²⁾

La Agenda 2030 fue aprobada por la 70a. Asamblea General de Naciones Unidas durante la Cumbre de Desarrollo Sostenible 2015 en Nueva York y, como parte de ella, se aprobaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible para alcanzar en

15 años; ellos constituyen un llamamiento universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta, y mejorar las vidas y las perspectivas de las personas en todo el mundo. ⁽³⁾

El documento del último informe sobre los ODS del grupo de expertos, coincide en que los objetivos y las metas de la Agenda 2030 tienen carácter integrado e indivisible, son de naturaleza mundial y aplicación universal; en ellos se tienen en cuenta diferentes realidades, capacidades y grados de desarrollo nacionales y se respetan las políticas y prioridades de las naciones. ⁽⁴⁾ El presente capítulo tiene como objetivo contribuir al conocimiento de algunos aspectos fundamentales de la Agenda 2030 y sus objetivos y metas.

Contextualización de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible constituyen una mirada integral inseparable y con una colaboración internacional renovada; en conjunto, constituyen una visión del futuro que queremos. A través de estos objetivos, los países han expresado firmemente que esta agenda es universal y profundamente transformadora.

El objetivo número 3 referente a la salud expresa: *Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*. Entre los compromisos mundiales relacionados con la salud están la salud materno infantil y el VIH-SIDA, y entre sus metas más relevantes están: ⁽⁴⁾

- La meta 3.1: reducir la *razón mundial de mortalidad materna* a menos de 70 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, sin que ningún país tenga una tasa de mortalidad materna superior al doble de la media mundial.
- La meta 3.2: poner fin a las *muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años*, logrando que todos los países intenten reducir la *mortalidad neonatal* al menos a 12 muertes por cada 1000 nacidos vivos y la *mortalidad de los niños menores de 5 años* al menos a 25 muertes por cada 1000 nacidos vivos.

Diversas investigaciones que promueven acelerar los procesos para alcanzar favorables resultados señalan que las hemorragias, los trastornos hipertensivos del embarazo, la sepsis, las embolias y los abortos en condiciones de riesgo son las principales causas directas de mortalidad materna; así como que la prematuridad, los traumatismos y la asfixia en el nacimiento, las infecciones respiratorias agudas, el paludismo, la diarrea y las anomalías congénitas son las principales causas directas de mortalidad de los niños menores de 5 años. La mayoría de esas causas pueden prevenirse y tratarse. ⁽⁵⁾

El objetivo 3 requiere la aplicación de un enfoque que abarque todo el ciclo de vida, incluido el envejecimiento sano, haciendo hincapié en la importancia del fortalecimiento del sistema de salud, que incluye el logro de la cobertura sanitaria universal que aumenta la equidad y reafirma el trabajo de la Agenda 2030. ⁽⁵⁾

La cobertura sanitaria universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, la información y educación y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales contribuyen a la supervivencia de las

mujeres, las madres, los recién nacidos, los niños y los adolescentes. Permite a las mujeres y, según proceda, a las niñas, tomar sus propias decisiones informadas sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva.⁽⁶⁾

Una valoración integral de algunas determinantes indica la importancia de la promoción y prevención para alcanzar resultados favorables de la Agenda por los profesionales y los sistemas de salud. Los ODS tienen como propósito hacer efectivos los derechos humanos de todos, sin dejar a nadie atrás y llegando primero a los más rezagados mediante, entre otras cosas, el logro de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas.⁽⁶⁾

Los avances en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el mundo

En el último informe sobre el análisis de los resultados de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el año 2023, realizado por la Organización Mundial de la Salud, se insiste en que a pesar de los avances en los procesos de implementación todavía restan esfuerzos de todos para alcanzar las metas propuestas.⁽⁷⁾

En los últimos años, en el mundo se han logrado avances en la mejora de la salud de las personas, 146 de 200 países o regiones han cumplido o están en camino de alcanzar la meta de los ODS sobre mortalidad en menores de 5 años. El tratamiento eficaz contra el VIH ha reducido las muertes relacionadas con el sida en un 52 % desde 2010 y se ha eliminado al menos una enfermedad tropical desatendida en 47 países; sin embargo, todavía persisten desigualdades en el acceso a la atención sanitaria. La pandemia de la COVID-19 y otras crisis en curso han impedido el progreso hacia el objetivo 3. La vacunación infantil ha experimentado el mayor descenso en tres décadas y las muertes por tuberculosis y malaria han aumentado en comparación con los niveles previos a la pandemia.⁽⁸⁾

Los ODS suponen un compromiso audaz para poner fin a las epidemias de sida y de otras enfermedades transmisibles para 2030. El objetivo es lograr la cobertura sanitaria universal y proporcionar acceso a medicamentos y vacunas seguros y asequibles para todos.^(6,7,8)

Para cubrir carencias y garantizar una prestación de atención sanitaria equitativa es fundamental abordar las disparidades. Es necesario prestar atención a varios determinantes de salud, incluidos los factores ambientales, para allanar el camino hacia el logro de un objetivo común de salud y sus metas.

Entre los compromisos específicos para promover la salud y el bienestar físico, mental y social, así como prolongar la esperanza de vida sana de todas las personas se requiere que nadie quede excluido. Igualmente, es necesario trabajar en poner fin a las epidemias, afrontando la creciente resistencia a los antimicrobianos y las enfermedades desatendidas, y prevenir y tratar las enfermedades no transmisibles, en particular los trastornos del comportamiento y el desarrollo, que constituyen un importante problema para el desarrollo sostenible.^(6,7,8)

La salud no es solo un fin en sí misma, sino un medio para lograr los objetivos y las metas de la Agenda 2030 y, en el entorno actual del mundo, se evidencian amenazas para

la salud de la población infantil, exacerbadas por los efectos de la COVID-19, el cambio climático y el recrudecimiento de los conflictos armados en diferentes regiones del planeta.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible en las Américas

Los ODS representan una oportunidad histórica para América Latina y el Caribe, ya que incluyen temas altamente prioritarios para la región como son: la erradicación de la pobreza extrema, la reducción de la desigualdad en todas sus dimensiones, un crecimiento económico inclusivo con trabajo decente para todos, la creación de ciudades sostenibles y la atención sobre el cambio climático.

Por esta razón, la Comisión Económica América Latina y el Caribe (CEPAL) los ha considerado una oportunidad para la región, con vistas a impulsar su desarrollo y emplea, como un mecanismo regional para el seguimiento y examen de la implementación de la Agenda, el foro de los países de América Latina y el Caribe sobre el desarrollo sostenible (resolución 695, PLEN.16-E). Para ello, ha propuesto aprovechar los mandatos y plataformas existentes, promover la coordinación y coherencia en el sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo, e invitar a otros organismos regionales y subregionales a que se unan para el cumplimiento de los ODS.^(9,10)

Para algunos organismos de Naciones Unidas y para los sistemas de salud responsables, resulta de particular importancia que los profesionales se empoderen de los conocimientos sobre los objetivos y metas de la Agenda para contribuir y participar en sus resultados.⁽¹¹⁾

Implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Cuba

En Cuba, la implementación de los ODS se ha beneficiado con la experiencia favorable anticipada en el país, durante las últimas décadas, de las estrategias de protección y cuidados integrales a la salud materno infantil. En este contexto se han aplicado políticas sociales con sustento financiero que han establecido accesibilidad y gratuidad de los servicios de salud, asistencia social y educación. Se han incluido legislaciones propicias que benefician la salud materno infantil y se han implementado planes y programas de salud con participación comunitaria, intersectorialidad e interdisciplinariedad.^(11,12)

En particular, en el caso de las primeras edades, se ha desarrollado un sistema de servicios integrales que tiene como propósito promover el mejor comienzo en la vida a toda la población infantil y el máximo potencial de desarrollo de cada niño. A través de los sistemas de salud y educación se incorporan elementos de promoción, protección, prevención y asistencia social caracterizados por su alcance universal y con un enfoque de equidad.⁽¹²⁾

Una vía para alcanzar resultados favorables ha sido la creación del Sistema Nacional de Salud, del Programa Nacional de Atención Materno Infantil y del Programa de Desarrollo de la Atención Primaria de Salud, que se han enriquecido sistemáticamente con acciones de capacitación orientadas a los diversos actores.⁽¹³⁾

El establecimiento de alianzas con agencias de Naciones Unidas como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y otras, ha posibilitado la aplicación de experiencias mundiales y nacionales en el cumplimiento de acuerdos internacionales de cuidados a la salud materno infantil, como el plan de acción en favor de la infancia, la adolescencia y la familia, así como la Estrategia Mundial de Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente.^(13,14)

Entre los principales desafíos para el cumplimiento de los ODS en Cuba se encuentran la necesidad de mantener y fortalecer el proceso de transformaciones para perfeccionar la atención primaria de salud, como escenario clave para el desarrollo de objetivos y metas, así como consolidar las buenas prácticas en los programas de salud materno infantil, aplicadas en las últimas décadas, incorporando, además, la experiencia del país acumulada en el cumplimiento de los ODM.

Entre los principios de la Estrategia Mundial de Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente se recomienda: sobrevivir, prosperar y transformar. En este proceso, los posibles desafíos a considerar son: mantener la supervivencia por enfermedades prevenibles transmisibles y no transmisibles, lograr la salud y el bienestar para las madres y los niños de todas las edades, y ampliar los entornos propicios para su desarrollo.⁽¹⁴⁾

Con el propósito de favorecer la implementación de los ODS deberán mantenerse las acciones preventivas dirigidas a la promoción de un crecimiento y desarrollo óptimo en la población entre 0 y 18 años, la identificación, diagnóstico y manejo precoz de los problemas de salud que puedan surgir, así como la prevención de problemas futuros. También, es necesario continuar la orientación sistemática a las familias en el cuidado y atención de sus hijos y a estos en su autocuidado, profundizando en las acciones para aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva y la reducción de los problemas nutricionales que aún persisten como son los relacionados con la anemia y la obesidad desde edades tempranas de los niños y los adolescentes.⁽¹⁵⁾

En la aplicación de los principios de la Agenda deberán consolidarse integralmente las políticas de cuidados, diseñadas para familias y niños en situaciones de vulnerabilidad. Otro reto, no menos importante a considerar, debe incluir el incremento de investigaciones sobre la identificación de indicadores positivos de salud como los medidores de supervivencia y de desarrollo infantil temprano.

Consideraciones finales

Finalmente, en función de la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Cuba y en otros países sería útil considerar los resultados de una evaluación de la experiencia cubana en la atención a la salud infantil durante el período 1959-2006,⁽¹¹⁾ realizada en el país por investigadores convocados por la dirección del Programa Nacional Materno Infantil, del Ministerio de Salud Pública de Cuba, de conjunto con la Organización Mundial de la Salud.⁽¹⁰⁾ En este estudio se concluyó que entre los aspectos más relevantes que han

influido en los resultados alcanzados hasta la fecha, se encuentran la voluntad y decisión política del Estado cubano, con énfasis en la equidad en cuanto a la salud materno infantil; además, se identificó la importancia del basamento jurídico de sus programas, la práctica de la política de la dirección centralizada de salud, las estrategias desarrolladas para alcanzar la cobertura sanitaria universal en el país, así como la aplicación de la intersectorialidad, y la participación social y comunitaria en los planes y programas que se realizan por el sistema nacional de salud.

Referencias bibliográficas

1. Naciones Unidas. Una nueva alianza mundial. Erradicar la pobreza y transformar las economías a través del desarrollo sostenible. Informe del grupo de alto nivel de personas eminentes sobre la Agenda de Desarrollo Post-2015. Nueva York: United Nations Publications. 2013. Disponible en: <http://www.post2015hlp.org/wp-content/uploads/2013/02/Monrovia->
2. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible: 17 objetivos para transformar nuestro mundo. Nueva York, 2023 Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
3. Asamblea General de Naciones Unidas. Informe del grupo de trabajo abierto de la Asamblea General sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Documento A/68/970, Nueva York, 2014. Disponible en: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n14/503/70/pdf/n1450370.pdf>
4. Asamblea General de Naciones Unidas. Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Documento A/RES/71/313. Nueva York, 2017. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202020%20review_Spa.pdf
5. Consejo Ejecutivo OMS. Acelerar los progresos hacia la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil para alcanzar las metas 3.1 y 3.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible EB154/CONF/4. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2024. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB154/B154_CONF4-sp.pdf
6. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal ampliar nuestra ambición de salud y bienestar en el mundo posterior a la COVID. 16a sesión plenaria. Documento A/RES/78/4. Nueva York, 2023. Disponible en: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n23/306/87/pdf/n2330687.pdf>
7. Naciones Unidas. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Edición especial. Nueva York, 2023. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023_Spanish.pdf
8. Naciones Unidas. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/wp-content/uploads/sites/3/2024/01/2309739_S_SDG_2023_infographics_3-3.pdf
9. Foro de los países de América Latina y el Caribe sobre el desarrollo sostenible 2024. Erradicar la pobreza y el hambre es un requisito indispensable para lograr el desarrollo sostenible

- en América Latina y el Caribe. Séptima Reunión del Foro de los Países de América Latina y el Caribe sobre el Desarrollo Sostenible CEPAL, 2024. Disponible en: <https://foroalc2030.cepal.org/2024/es>
10. Consejo Directivo OPS. Política sobre el personal de salud 2030: fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes. Documento CD60/6. Washington, 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-07/cd60-6-s-political-personal-salud-2030.pdf>
 11. Castro BL, Cuéllar R, Ibargollen L, Esquivel M, Machado MC, Martínez V. Cuban experience in child health care, 1959-2006. Ministry of Public Health (MINSAP), La Habana, 2010. Disponible en: http://ipa-world.org/uploadedbyfck/Report%20on%20Child%20Health%20in%20Cuba%20by%20Jose%20Martines_EXPERIENCIA%20CUBANA%20PARA%20EDITORIA%20POLITICA%20%28ENGLISH%20VERSION%29.pdf
 12. Esquivel-M, Álvarez-G. Castro-BL, Santana-MC, Machado MC, Herrera-V, Martínez-D. Comprehensive care for cuban children in the first 1000 days of life. Perspective. MEDICC REVIEW. 2019,21(1):30-35. Disponible en: <https://scielosp.org/article/medicc/2019.v21n1/30-35/>
 13. Santana Espinosa MC, Esquivel Lauzurique M, Herrera Alcázar VR, Castro Pacheco BL, Machado Lubián MC, Cintra Cala D, et al. Atención a la salud materno infantil en Cuba: logros y desafíos. Rev Panam Salud Pública. 2018;42: e27. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34900>
 14. 69ª. Asamblea Mundial de la Salud. Compromiso con la aplicación de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2016. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebw/wha/pdf_files/WHA69/A69_R2-sp.pdf
 15. Verdasquera D, Ramos I, Borroto S, Rumbaut R, Pérez LJ, Alfonso L et al. Capacidad de respuesta y desafíos del sistema de salud cubano frente a las enfermedades transmisibles. Rev Panam Salud Publica. 2018;42: e30. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e30/>





Capítulo 3

La interdisciplinariedad en la gestión de la salud materno infantil en Cuba

Roberto Tomás Álvarez Fumero

La interdisciplinariedad es la integración de saberes, en la cual se relacionan diferentes especialidades, para conseguir un aprendizaje significativo y lograr el desarrollo de la aplicación de lo que se conoce, desde diferentes áreas del conocimiento. ⁽¹⁾ En las ciencias médicas es la actividad realizada por profesionales de diferentes disciplinas científicas para contribuir al abordaje de problemas sanitarios complejos que, con el enfoque unitario, no sería posible. ⁽²⁾ Uno de los componentes de la salud sexual y reproductiva en los que el enfoque interdisciplinario es imprescindible, es la atención a la salud materno infantil.

El presente capítulo tiene el objetivo de exponer algunas lecciones aprendidas sobre la interdisciplinariedad en la gestión de la salud materno infantil en Cuba.

Antecedentes

La interdisciplinariedad es necesaria desde la formación académica del capital humano, la asistencia y la conducción de programas como el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia y el Programa Nacional de Atención Materno Infantil (PAMI). ^(3,4)

El PAMI ha sido la estrategia fundamental para lograr resultados satisfactorios en la atención a la salud materno infantil en Cuba. Es la plataforma programática que planifica, organiza, aplica y controla las acciones y normativas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, y el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes, ⁽⁴⁾ garantizando el derecho al acceso equitativo a la atención de salud según lo refrendado en la Constitución de la República. ⁽⁵⁾

Integración disciplinar en la formación del capital humano

En el proceso de la educación técnica y profesional en Cuba se aplican técnicas y metodologías, basadas en la interdisciplinariedad. La formación del capital humano

que interviene en la atención materno infantil se inicia con la formación vocacional desde el nivel medio de enseñanza. Se cuenta con un programa de medicina que integra el conocimiento y su influencia educativa, conjuga lo pedagógico y lo didáctico.

Los programas han sido actualizados permanentemente de acuerdo con las transformaciones ocurridas en el sistema cubano de salud. Los contenidos interdisciplinarios favorecen el establecimiento de nexos entre las diferentes disciplinas del programa, permitiéndole al estudiante fortalecer habilidades cognitivas, como el desarrollo de la reflexión y la formulación de juicios críticos, la formación de habilidades investigativas para la atención materno infantil, lo que constituye una fortaleza para la educación social de los profesionales.

Entre las experiencias positivas se pueden citar la participación de más de 15 disciplinas médicas durante la formación de las especialidades que intervienen en la atención materno infantil y en el desarrollo de actividades de capacitación en posgrado como talleres, cursos, diplomados y maestrías con una perspectiva interdisciplinaria. Se destaca la actualización anual en el manejo de las principales afecciones obstétricas, neonatales y pediátricas, lo que permitió, en el periodo comprendido entre los años 2017 y 2020, fueran capacitados más de 222 mil profesionales de varias disciplinas relacionadas con la atención materno infantil, predominando la modalidad de entrenamiento. ⁽⁶⁾

La interdisciplinariedad en la gestión de atención a las personas que desean tener descendencia

La multidisciplinariedad en la identificación de los riesgos para la reproducción de hombres y mujeres en edad fértil, seguida de intervenciones desarrolladas por profesionales de varias especialidades, de conjunto con el personal de enfermería, salud mental y nutrición, tiene el propósito de eliminar o atenuar los riesgos desde la etapa preconcepcional.

Desde el 2018 se cuenta con una red de servicios desde el primer nivel de atención para el acceso, diagnóstico y tratamiento de personas con infertilidad, las que son evaluadas por varias especialidades (ginecología y obstetricia, endocrinología, urología, genética, epidemiología, entre otras), así como por personal de enfermería, biología de la reproducción, salud mental, trabajo social y estadísticas, en busca de lograr la descendencia mediante técnicas de reproducción asistida. ⁽⁷⁾

La interdisciplinariedad en la gestión de atención a las gestantes, durante la infancia y la adolescencia

Especialistas en Genética Médica evalúan los riesgos lo que posibilita acceder al diagnóstico de defectos congénitos en el producto de la concepción antes del nacimiento. Lo anterior ha sido posible gracias a la existencia, desde 1980, de un programa nacional dirigido al diagnóstico, manejo y prevención de enfermedades genéticas y anomalías congénitas, el cual en décadas sucesivas ha ampliado su alcance e integración en los tres niveles del sistema de salud.

La labor de las disciplinas genética, bioquímica, biología y otras afines, ha permitido en los últimos 35 años la reducción de la tasa de mortalidad infantil por defectos congénitos en un 78,6 %, con impacto sostenido sobre el decrecimiento de la tasa de mortalidad infantil del país.⁽⁸⁾

Se cuenta con una guía de actuación para la atención al parto respetuoso, que derivado del trabajo interdisciplinario, ofrece al personal de salud herramientas actualizadas y basadas en evidencia, que lo ayudan a implementar la asistencia al parto desde un modelo asistencial que integra los derechos en salud sexual y reproductiva de la mujer.

Han sido implementadas acciones para la prevención, actuación integrada y discusión colectiva, por parte de varias especialidades, de la morbilidad extremadamente grave.⁽⁹⁾ Aunque su implementación no ha logrado la reducción esperada de la mortalidad materna (MM), es baja la repercusión de las adolescentes en ese indicador. La razón de mortalidad materna en mujeres menores de 20 años, en los últimos 15 años, fue 1,9 veces y 52,9 % menor en relación a la razón de la mortalidad materna general.⁽¹⁰⁾

En la atención integral a lactantes, niños, niñas y adolescentes en Cuba, desde el primer nivel de atención, concurren profesionales de varias especialidades para el diagnóstico, promoviéndose el consenso de su manejo integral y rehabilitación del paciente y su familia.⁽⁴⁾ Estas acciones han sido posibles por equipos básicos de salud, conformados por un especialista en medicina general integral y un personal de enfermería, jerarquizados por un grupo básico de trabajo, integrado por especialistas en pediatría, ginecobstetricia y medicina interna, personal de estomatología, psicología, trabajo social y personal técnico de higiene y epidemiología.⁽³⁾

La interdisciplinariedad se manifiesta en la participación de varias especialidades en la atención de niños y niñas hospitalizados con gravedad, cuya conducta para su manejo integral no es decidido aisladamente por los intensivistas, sino por el consenso resultante de la activa participación de varias subespecialidades pediátricas.⁽⁴⁾

La gestión del PAMI es sistemática de forma presencial o mediante diferentes medios de comunicación, entre ellos las videoconferencias con la participación de los directivos de salud del nivel central, junto a expertos de múltiples especialidades, lo que permite el análisis de los casos reportados de críticos y sugieren a los equipos básicos de trabajo, los cambios de actuación pertinentes, adoptándose las mejores decisiones de forma colectiva y consensuada. La aplicación de las tecnologías de la información y las comunicaciones ha facilitado que los coordinadores de la gestión, a todos los niveles, cuenten con bases de datos en línea, que aportan datos sobre los pacientes pediátricos y de la morbilidad materna grave a nivel del país.

Conclusiones

La interdisciplinariedad ha estado presente en la gestión de la salud materno infantil en Cuba. Son múltiples las lecciones aprendidas expuestas, resaltando la integración en la formación académica del capital humano, la atención a las personas que desean

descendencia, a las gestantes, durante la infancia y la adolescencia, así como la investigación y la conducción de programas por científicos y directivos del sistema de salud.

Referencias bibliográficas

1. Basurto Álava PS, Loor Zambrano DL, Bravo Sánchez RE, Cantos Ventura XM, Rodríguez García MA, La interdisciplinariedad y la multidisciplinariedad. Pol. Con. 2023;8(8):2487-2504. DOI: <https://doi.org/10.23857/pc.v8i8>
2. Franco RM. Interdisciplinariedad, medicina y educación médica: Caminos de encuentro y transformación. Revista Venezolana de Salud Pública, 2021;9(1). Disponible en: <https://revistas.uclave.org/index.php/rvsp/article/view/3247>
3. Ministerio de Salud Pública. Programa del Médico y la Enfermera: Esencia misma de nuestro sistema nacional de salud. 2022. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/programa-del-medico-y-la-enfermera-de-la-familia-esencia-misma-de-nuestro-sistema-nacional-de-salud/>
4. Ministerio de Salud Pública. Cuba actualiza su Programa de Atención Materno Infantil, 2023. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/category/pami/>
5. Constitución de la República de Cuba. Granma. 2018. Disponible en: <https://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Nueva%20Constituci%C3%B3n%2024%20KB-1.pdf>
6. Santana Martínez L, Centelles Cabrera ME, Isidrón Saínza DL, Rodríguez Hernández O. Caracterización de las actividades de superación profesional relacionadas con el programa materno infantil en Cuba. Rev. Hum. Med. 2023;23(1). Disponible en: <https://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/2383>.
7. Álvarez Fumero RT, Milanés Sánchez MD, González Lara D. Acciones organizativas y de control para la atención a la pareja infértil en Cuba. INFODIR. 2021;(35). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-35212021000200009
8. Marcheco Teruel B, Lantigua Cruz A, Rojas Betancourt I, Benítez Cordero Y. Genética médica en Cuba: sus resultados e impacto en el cuidado de la salud materno infantil en 35 años (1980-2014). Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. 2016;16(3). Disponible en: <https://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/624/631>
9. Ministerio de Salud Pública (CUB). Colectivo de autores. Guías de actuación en las afecciones obstétricas frecuentes. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2017. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/guias-de-actuacion-en-las-afecciones-obstetricas-frecuentes/>
10. Álvarez Fumero RT, Alonso Expósito I, Martínez Morales MA, Piloto Padrón M, Bess Constantén S. Impacto de la adolescencia en la mortalidad materna de Cuba. Rev.Cub Obst Gin. 2023;49(1). Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/384/670>





Capítulo 4

La promoción de la salud materno infantil

Margarita Toledo Fernández e Ivonne Elena Fernández Díaz

La promoción de la salud (PS) fomenta cambios en el entorno para generar salud y bienestar; opera en los lugares o contextos en los que las personas participan en actividades diarias, teniendo en cuenta los factores sociales, económicos, ambientales, organizacionales y personales. La promoción de salud se describe como un proceso, cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para emprender una acción y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente, con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. En la Carta de Ottawa ⁽¹⁾ se plantean cinco grandes líneas de acción de la promoción de salud: elaboración de una política pública sana, creación de ambientes favorables, reforzamiento de la acción comunitaria, desarrollo de las aptitudes personales y reorientación de los servicios sanitarios.

La salud y el bienestar provocan una drástica mejora en la calidad general de vida de una persona; por lo tanto, la importancia de la salud debe ser tomada en cuenta por todos, sin importar que sean jóvenes o mayores, ya que esta tiene un gran impacto en el rendimiento y la eficiencia en general. La promoción de salud es un estado de bienestar integral que transforma las condiciones sociales, ambientales y económicas, desde múltiples niveles, para impactar positivamente en el bienestar materno infantil, de familias y comunidades.

La salud materno infantil (SMI) es un concepto abarcador, totalizador y comprensivo de las distintas etapas de la vida de un ser humano,⁽²⁾ es decir, se hablaría de un *continuom vitae* que, a los fines didácticos y docentes, se podría intentar fragmentar en etapas para dar comienzo a su estudio en la etapa pregestacional, continuar con la gestacional, posteriormente el parto y el nacimiento y a partir de aquí continuar con las etapas del recién nacido, el lactante, el preescolar, el escolar, el adolescente, el joven y el adulto hasta la senectud. Este capítulo tiene como objetivo destacar el papel de la promoción de salud en la salud materno infantil.

Estrategia de la salud pública contemporánea

Se considera como un movimiento mundial respaldado por organismos internacionales, gobiernos y la sociedad. El cuidado de la salud materno infantil es básico para el crecimiento de los pueblos, como también para su desarrollo.⁽³⁾ Una sociedad que no se ocupa del cuidado de su salud involuciona y decrece. Es muy importante resaltar que la educación y la salud van de la mano en el crecimiento y desarrollo de las personas (cualquiera sea su edad).⁽⁴⁾

Cuidado de la salud de la mujer

Para el cuidado de la salud de la mujer es fundamental considerar dos etapas:

- a) La etapa de vida infértil, que comprende los primeros años de la vida y los posteriores a los 49 años.
- b) La etapa de vida fértil, que comprendería desde los 10 hasta los 49 años de edad. En esta última, se debe tener en cuenta los cuidados preconceptionales y conceptionales.⁽⁴⁾

Cuidados y principales medidas de prevención en la etapa preconceptional

Esta etapa es considerada como un periodo preparatorio para el embarazo ya que condiciona la salud de la madre y de su futuro hijo. La mujer debe informarse sobre los aspectos psicológicos y biológicos relacionados con el embarazo, a fin de poder decidir responsablemente el momento oportuno para este y asumirlo en forma segura.

Propuesta de acciones de promoción de salud para contribuir al perfeccionamiento de los componentes de la salud sexual y reproductiva

Entre las acciones de promoción de salud se encuentran:

- Elevar el nivel de educación de la población sobre sexualidad, para contribuir a fomentar una actitud responsable, con prioridad en el grupo de las y los adolescentes.
- Incrementar el trabajo de promoción y educación para la salud que ejecutan los médicos y enfermeras de la familia en la comunidad y mediante los medios de comunicación.
- Disminuir el índice de abortos, el riesgo de infertilidad femenina y muerte materna.
- Incrementar la variedad, calidad y el tiempo dedicado a brindar información a las parejas sobre los servicios de planificación familiar y las ventajas de la anticoncepción hormonal.

Se hace necesario lograr un sostenido incremento de la atención médica a la pareja infértil y para ello es fundamental: ampliar los servicios de infertilidad en los municipios con

la red de centros de reproducción asistida de baja tecnología y desarrollar la reproducción asistida de alta tecnología.

Promoción de salud y fecundidad

Entre los principales componentes sociales que afectan la fecundidad en Cuba se reportan: altos niveles de escolaridad femenina, la incorporación laboral y social de las mujeres, dificultades económicas, limitado acceso a la vivienda, elevado costo para la atención de los hijos, falta de servicios de apoyo a la familia, coexistencia con adultos mayores que requieren atención.

Las acciones de promoción y educación para la salud que se proponen implementar están dirigidas a: elevar el nivel de educación de la población sobre sexualidad, para contribuir a fomentar una actitud responsable, con prioridad en el grupo de adolescentes, disminuir el índice de abortos y su riesgo de infertilidad femenina y muerte materna; garantizar maternidad segura a las mujeres en edad fértil y reducir su mortalidad e incrementar la atención médica a la pareja infértil.

Es importante garantizar la evaluación anual por los equipos básicos de salud (EBS) y los especialistas del grupo básico de trabajo (GBT), en el 100 % de las mujeres en edad fértil, para identificar y modificar los riesgos, con independencia de su edad.

Además, resulta imprescindible incrementar el trabajo de promoción y educación para la salud mediante los medios de comunicación y de los EBS en la comunidad, para lograr hábitos y estilos de vida saludables que reduzcan la incidencia de las principales causas de mortalidad y morbilidad de la mujer. También, perfeccionar la atención a la mujer antes, durante y después del embarazo, así como el manejo interdisciplinario de sus complicaciones. Es fundamental lograr la participación comunitaria en el apoyo y la solución de los problemas de salud de las mujeres en edad fértil.

La promoción de salud en la planificación familiar

Planificación familiar es la decisión libre, consciente y voluntaria de las parejas para determinar el número de hijos y el espaciamiento entre ellos. La promoción de salud en la planificación familiar, tiene como objetivo mejorar el conocimiento y propiciar la reflexión y la participación del individuo, la pareja, la familia y la comunidad en los aspectos relativos a esta, de manera que adopten un comportamiento responsable a esta esfera y así: facilitar la integración y complementación de las actividades de los sectores involucrados, relacionadas con la planificación familiar y la promoción de la igualdad del hombre y la mujer.⁽⁵⁾

De esta manera, se pretende proporcionar conocimientos, orientación y servicios a grupos de adolescentes y jóvenes, respondiendo a sus necesidades en relación con la salud integral; evaluar y controlar sistemáticamente la gestión y resultados que se deriven de la prestación de servicios de planificación familiar con enfoque de salud reproductiva.

La promoción de salud en el riesgo materno infantil

La promoción de salud en el riesgo materno infantil puede abordarse desde diversas aristas,⁽⁶⁾ ellas son:

- a) Preconcepcional: la probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial, de sufrir daño durante el proceso de la reproducción.
- b) Obstétrico: mediado por factores biológicos, psicológicos, ambientales y sociales.
- c) Perinatal: complicaciones derivadas de la gestación infantil, nacimiento pretérmino, bajo peso, patologías asociadas y riesgos sociales.

Conclusiones

La promoción de la salud materno infantil es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y así tener un equilibrio, se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población de la madre y del niño.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa. OMS. 1986. Disponible en: <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>
2. Ministerio de Salud Pública (CUB). Programa Materno Infantil. 2020:[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/tag/programamaterno-infantil/>
3. Beltrán González BM, León Leal LJ, Sotolongo Ramos M, Aparicio Manresa LR, Abreu Valdés M, Pérez Hernández M. Promotores en salud materno-infantil para desarrollar el programa de puericultura prenatal y posnatal participativa. EDUMECENTRO. 2020;12(2):128-145. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742020000200128&lng=es
4. Cerón MC. Evaluar la eficacia de una intervención educativa mediante telefonía móvil en embarazadas desde atención primaria para el fomento de la lactancia materna. 2020:[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://dspace.umh.es/handle/11000/6329>
5. Tavera Salazar M. La atención primaria de salud y la salud materno infantil. Rev. peru. ginecol. obstet. 2018;64(3):383-392. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2101>
6. Fariñas L. En salud materno-infantil Cuba tiene mucho que enseñar. Granma. 2020:[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2019-04-01/en-salud-materno-infantil-cuba-tiene-mucho-que-ensinar-01-04-2019-21-04-55>





Capítulo 5

Atención a la salud materno infantil en el contexto DOHaD

Mercedes Esquivel Lauzurique y María del Carmen Machado Lubián

El concepto de *Developmental Origins of Health and Disease* (DOHaD por sus siglas en inglés), cuya traducción al español significa “origen de la salud y enfermedad en el desarrollo”, fue descrito originalmente en la década de los ochenta por el Dr. David Barker; evidencia la asociación entre un ambiente adverso desde los inicios de la vida y el desarrollo posterior de enfermedades no transmisibles (ENT). Este concepto ha permitido la comprensión del origen de algunas enfermedades metabólicas, como diabetes y obesidad, ciertos tipos de cáncer y algunos trastornos de la salud reproductiva, la salud mental y el neurodesarrollo.

DOHaD se enfoca en la prevención de un ambiente adverso desde el origen de la vida y se enmarca en un modelo integrador de “ecobiodesarrollo”; explica cómo las influencias ambientales tempranas, reconocidas como la “ecología del individuo” (el entorno ambiental, familiar, hábitos, condiciones socioeconómicas y el estrés tóxico), pueden afectar el programa biológico (herencia genética) y dar como resultado fenotipos que manifiestan alteraciones en las capacidades de aprendizaje, en los comportamientos adaptativos, la salud física y mental en el curso de la vida.

La adopción del paradigma de DOHaD resulta importante, pues sugiere que es necesario focalizarse en la optimización de la nutrición, en la reducción del estrés y de las exposiciones a tóxicos ambientales, desde los primeros momentos de la vida. Esto redimensiona el papel del equipo de salud materno infantil, que debe guiar las políticas públicas para priorizar los períodos críticos en que estos procesos ocurren, con vistas a lograr un desarrollo infantil saludable.

Este capítulo tiene el objetivo de describir la importancia de la adopción del paradigma DOHaD en el estudio y valoración del desarrollo infantil.

Orígenes del desarrollo de la salud y la enfermedad: concepto DOHaD

El aumento reciente y rápido, en todo el mundo, de las enfermedades no transmisibles (ENT) desafía la suposición de que los factores genéticos son los principales contribuyentes a tales enfermedades. Existen evidencias convincentes basadas en numerosas observaciones clínicas y en estudios experimentales con animales, que han revelado progresivamente el papel de las influencias tempranas durante la gestación y la lactancia, e incluso durante los períodos preconcepcional y de la niñez, así como de la adolescencia, en el riesgo de enfermedad en el curso de la vida. ^(1,2)

La idea de que las etapas tempranas de nuestras vidas pueden modelar el proceso de crecimiento y desarrollo del niño y, a partir de ello, la salud a través de toda nuestra existencia, no es nueva. Todo se inició a fines del pasado siglo cuando David Barker hizo una enorme contribución a la investigación biomédica al modificar la visión que existía acerca de la génesis y prevención de las ENT. Este investigador cambió la visión centrada en los genes y el estilo de vida adulto que se tenía de estas enfermedades a una perspectiva más holística, que puso énfasis en la importancia del proceso de desarrollo del niño, al mostrar un conjunto de evidencias acerca del riesgo de cardiopatía isquémica en adultos con antecedentes de bajo peso al nacimiento. ^(1,2)

Los resultados de sus investigaciones lo llevaron a plantear la llamada Hipótesis de Barker, también conocida como “hipótesis del fenotipo ahorrador”; esta hace referencia a la existencia de una “programación fetal del desarrollo” que se produce en respuesta a los estímulos ambientales, cuyas consecuencias en la citoarquitectura y función de diferentes órganos y sistemas pueden resultar en amplias disfunciones que son la génesis de múltiples enfermedades no transmisibles que logran afectar la salud desde etapas tempranas de la vida.

Este autor, junto a otros colaboradores, construyó el concepto de “negociaciones o intercambios (*trade-offs*)”, en el que, de acuerdo a su modelo original, el feto bajo circunstancias difíciles “negocia” crecimiento por supervivencia in-utero, pero con el costo de padecer consecuencias metabólicas adversas al favorecer el crecimiento de órganos clave, como el cerebro, a costa del de otros como el hígado, corazón, páncreas y riñones. Lo anterior da lugar a alteraciones estructurales, fisiológicas y metabólicas como la reducción de nefronas y del número de células beta del páncreas, la reducción del número de cardiomiocitos y hepatocitos, del músculo esquelético y de la elastina en las paredes vasculares, así como la aparición de alteraciones en la regulación del apetito, la elevación del cortisol, un aumento de la resistencia vascular sistémica e hiperglicemia, entre otros múltiples efectos, que afectan la salud a lo largo del curso de la vida. ^(1,2)

Este modelo fue el inicio del concepto no génico de las enfermedades no transmisibles: la hipótesis de Barker sobre el origen fetal de las enfermedades del adulto. Con el tiempo, esta hipótesis continuó perfeccionándose y devino en lo que hoy se conoce como el concepto DOHaD (acrónimo inglés de *Developmental Origins of Health and Disease*);

esta describe cómo los estímulos ambientales generan cambios en el metabolismo del feto, que determinan en gran medida su salud, logros intelectuales y sociales en la vida posnatal, con consecuencias que pueden manifestarse en el curso de la vida del individuo o, incluso, en el de su descendencia; ellos permiten comprender el origen de numerosas enfermedades metabólicas, como diabetes y obesidad, ciertos tipos de cáncer, así como de trastornos en la salud reproductiva, en la salud mental y en el neurodesarrollo, entre otros.^(3,4)

En este contexto, dadas las características del proceso de crecimiento y desarrollo del niño, se ha señalado que existen “períodos críticos”, como es el caso de los primeros 1000 días de la vida -que incluyen el tiempo del embarazo y los dos primeros años de vida postnatal-. En esta etapa, estos procesos son muy intensos y, por ende, las experiencias adversas pueden producir los mayores daños, pero también, se consideran “ventanas de oportunidad” en las que las intervenciones pueden ejercer los mayores beneficios. Debido a estas características, la priorización de la atención en estos períodos se considera hoy en día una estrategia de salud pública para la promoción de la salud y la prevención de todo un conjunto de ENT en el curso de la vida.⁽⁵⁾

En fin, DOHaD es en la actualidad una nueva área del conocimiento que trata de explicar numerosas condiciones; incluyendo enfermedades cardiovasculares, metabólicas, respiratorias, neuropsiquiátricas y renales, entre otras, relacionadas con la determinación de nuevas fuentes de causalidad entre eventos ocurridos en fases precoces del desarrollo y la salud, así como las capacidades físicas e intelectuales a lo largo del curso de la vida; importantes factores influyen en esta interacción entre los que están la predisposición genética, la regulación de la expresión de diferentes genes y los cambios en la microbiota y el microbioma de los individuos.

Programación fetal en el proceso de crecimiento y neurodesarrollo de niños y adolescentes

DOHaD también es conocida como la ciencia de la programación del desarrollo. El desarrollo durante la vida fetal y la infancia se caracteriza por un rápido crecimiento y maduración de órganos y sistemas. En los niños existe una “programación normal” de este proceso, que es expresión de la capacidad de adaptación que muestran todos los seres vivos, para asegurar su supervivencia. Esta modifica las vías de desarrollo durante el periodo de crecimiento e induce cambios en el metabolismo posnatal y la susceptibilidad de los adultos a la enfermedad crónica, al inducir modificaciones, tanto en la estructura como en el funcionamiento de células y órganos, que pueden llevar a la afectación del crecimiento fetal, y a influir en la salud y las condiciones físicas e intelectuales de las personas durante toda la vida.^(6,7)

Esta capacidad de adaptación al medio ambiente se expresa a través de una alta “plasticidad” frente a la acción de numerosos factores medioambientales que representan, para el organismo en cuestión, “señales predictivas” del entorno en el cual el individuo vivirá;

por lo que, a corto plazo, definen el desarrollo inmediato, pero también influyen en lo que ocurrirá a mediano y largo plazo.^(8,9)

En la actualidad, se sabe que a nivel molecular ocurren mecanismos químicos en el ADN (ácido desoxirribonucleico, contiene las instrucciones genéticas que se usan para el proceso de desarrollo y es el responsable de la transmisión hereditaria) que, como resultado de la acción de diferentes factores ambientales que le dicen qué hacer, dónde hacerlo y cuándo hacerlo, producen modificaciones en la expresión de los genes, sin cambiar su secuencia que hace que “algunos se expresen y otros no”; estos son conocidos como mecanismos epigenéticos. (epi: por encima y genética: hereditario, o sea, por encima de lo hereditario) y ocurren esencialmente en los períodos críticos del desarrollo.⁽¹⁰⁾

Los principales tipos de modificación o mecanismos epigenéticos son:

- a) Metilación del ADN.
- b) Modificación de histonas.
- c) MicroARNs.

Como resultado de esta interacción genes-medio ambiente el organismo va generando un repertorio de respuestas a “eventos probables” con la finalidad de presentar un mejor ajuste al ambiente. El aforismo: “los genes proponen y el ambiente dispone”, sintetiza, de esta manera, cómo el ambiente condiciona la biología. Entre todos los factores que lo integran, el más importante cuantitativamente es la nutrición pre- y posnatal; los componentes de la dieta (vitaminas, micronutrientes, aminoácidos, grasas o carbohidratos), tanto en la malnutrición por defecto como por exceso, pueden afectar la función y expresión de los genes en el útero modulando así los mecanismos epigenéticos y, por ende, la programación del desarrollo.⁽⁶⁾

Una nutrición materna deficiente durante el embarazo genera señales que ponen en alerta al feto, sugiriendo la existencia de un medio ambiente ulterior carente de nutrientes que induce a que el feto responda con adaptaciones, como una menor talla y un metabolismo “ahorrativo”. De esta manera, la “plasticidad” de la programación del desarrollo permite desarrollar adaptaciones a corto plazo (además de las que ocurren a largo plazo que se producen como consecuencia de la selección natural) que le posibilitarán una mayor probabilidad de adaptación y supervivencia.

Sin embargo, cualquier evento que interfiera la correcta comunicación entre el ambiente y el feto podrá conducir al establecimiento de un fenotipo (características morfológicas, fisiológicas o del comportamiento) no ajustado a las condiciones del ambiente en que se desarrollará, incrementando el riesgo de generar enfermedades a largo plazo.^(11,12)

Esta influencia no termina con el parto, sino que la nutrición temprana en la infancia, el tipo de lactancia, y la forma y el momento en que se introducen los alimentos sólidos, también desempeñan un papel importante en esta programación. Existen otros factores no nutricionales que pueden tener efectos similares, entre los que se encuentran la exposición a hormonas esteroideas, el estrés, las enfermedades durante el embarazo (diabetes gestacional, preeclampsia, enfermedades virales o bacterianas), diferentes toxinas,

hipoxia, abuso de alcohol, nicotina y drogas, ⁽¹³⁾ que también pueden alterar la expresión de algunos genes, lo que resulta en una remodelación de la estructura y funcionalidad de los diferentes tejidos.

El conocimiento de estos procesos abre una ventana de oportunidad para disminuir la carga de enfermedades no transmisibles, mediante un asesoramiento inteligente de los progenitores durante la etapa preconcepcional, el embarazo y durante los dos primeros años de vida (la llamada estrategia de los 1000 días) que se considera una etapa crítica en la que las experiencias adversas producen los mayores daños, pero las intervenciones pueden brindar los mayores beneficios.

Uno de los hallazgos más significativos relacionados con el concepto DOHaD en modelos animales es que el riesgo de enfermedad puede transmitirse de generación en generación. Una exposición o experiencia durante el embarazo, tiene la capacidad de afectar a tres generaciones de una sola vez: a la madre, al niño en gestación y a los gametos en desarrollo del embrión/feto en desarrollo.

Durante la producción de las células germinales primordiales, tanto masculinas como femeninas, la mayor parte de las marcas epigenéticas que posee el ADN de los progenitores son eliminadas, aunque en algunos casos dichas marcas permanecen pudiendo, por tanto, ser transmitidas a la generación siguiente, lo que da lugar a un tipo de herencia no genética. ⁽¹⁴⁾

Neurodesarrollo y programación fetal

Durante toda la gestación el feto mantiene una continua interacción con el entorno uterino que, a su vez, actúa como catalizador de factores ambientales. Esta compleja dinámica se lleva a cabo a través de múltiples factores psicobiológicos con manifestaciones en el neurodesarrollo del niño, tanto inmediatas como a largo plazo. ⁽¹⁵⁾

De este modo, las respuestas fetales a estímulos tempranos van estableciendo una protección o vulnerabilidad ante determinados factores y modulan la expresión futura ante la sobrecarga, el estrés o el sistema de señalización serotoninérgica. ⁽¹⁶⁾

Existen evidencias de que algunos procesos implicados en el desarrollo de funciones neuropsicológicas complejas se inician mucho antes del nacimiento y conforman una predisposición a determinadas estrategias de aprendizaje, sistema de autocontrol, recursos de interacción, modos de control de las emociones y de obtención de gratificaciones y estilos de afrontamientos que conformarán el fenotipo del ser humano en formación. ⁽¹⁷⁾ De este modo, algunas de las manifestaciones observadas después del nacimiento, tanto temperamentales como patológicas, no son simplemente genéticas sino fruto de la compleja programación temprana que repercute a mediano y largo plazo en esos aspectos.

Existen evidencias de que los trastornos del neurodesarrollo son más frecuentes en aquellos fetos expuestos a malnutrición por defecto durante la gestación temprana, probablemente porque las estructuras del sistema nervioso central se forman en el primer

trimestre del embarazo y los cambios subyacentes pueden repercutir en el origen de enfermedades mentales, alteraciones del apetito o de la función cognitiva. ⁽¹⁵⁾

También, existen estudios prospectivos sobre el efecto de la ansiedad materna en la conducta infantil, que han mostrado una asociación significativa entre la ansiedad materna en el tercer trimestre y las alteraciones de conducta y problemas emocionales en la primera infancia. Adicionalmente, se ha observado una relación directa entre el estado de ánimo materno y la conducta fetal en ecografías a partir de la semana 27 o 28 de la gestación. ⁽¹⁸⁾ Otros estudios prospectivos independientes han hallado relación entre la ansiedad materna prenatal y alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales en los hijos. ⁽¹⁹⁾ En general, todos estos resultados apoyan la hipótesis de la programación fetal y su influencia sobre el neurodesarrollo.

Cambio de paradigma en la atención a la salud materno infantil a partir de DOHaD

En el siglo XXI, la incorporación de los conocimientos anteriores convierte a los médicos de familia de la atención primaria de salud (APS), junto a los obstetras, neonatólogos, pediatras e internistas, en los agentes idóneos para la prevención de las enfermedades no transmisibles que el niño por nacer podría padecer a lo largo de su vida. De ahí que, el concepto DOHaD ha adquirido una elevada relevancia práctica al inducir un cambio de paradigma en la atención a la salud materno infantil. Su aplicación permite identificar medidas preventivas que pueden iniciarse desde la etapa prenatal e incluso preconcepcional y, en especial, durante los primeros 1000 días de la vida, para prevenir diversas enfermedades y promover la salud en la adultez. ^(20,21)

Los médicos de familia y obstetras, en estos casos, hacen medicina materno fetal, es decir, evalúan y tratan no a una paciente sino a dos: el binomio madre-hijo, dos pacientes que son afectados en forma disímil por distintas patologías y factores de riesgo. Por eso, es necesario que estos profesionales, junto a internistas, neonatólogos y pediatras, y otros especialistas, trabajen unidos frente a eventuales patologías, aportando cada uno su experiencia.

También, los psicólogos juegan un rol importante, pues hoy se conoce que un parto respetuoso, con el menor estrés para la madre y un ambiente agradable para el binomio madre-hijo, su familia e incluso los profesionales que los asisten (que son también en última instancia el “ambiente más cercano que los rodea”), se traduce en mejores resultados perinatales, en mejor salud y en un mayor desarrollo neurocognitivo en la vida futura del niño por nacer. ^(22,23)

Actualmente, se sabe que, por un lado, el cortisol materno elevado, con sus efectos nocivos sobre el desarrollo neuronal fetal, y por el otro, la longitud de los telómeros de los cromosomas (vinculada con la mayor o menor expectativa de vida futura) pueden mejorarse si la mujer se embaraza, con un apropiado índice de masa corporal, logra dar lactancia materna exclusiva en los primeros días de vida. Estos son conceptos y acciones beneficiosas que son medidas preventivas básicas que es necesario incentivar.

En este contexto, los primeros 1000 días de la vida se consideran una etapa breve y única de oportunidad en la que se establecen las bases para que los niños logren alcanzar un crecimiento y desarrollo, y un estado de salud óptimos a través de la vida. A pesar de la importancia de esta etapa, no siempre se han logrado avances suficientes, por lo que en algunas regiones del mundo la escasa priorización de la salud materna afectará aún más negativamente la salud y la seguridad de las embarazadas y de sus hijos a lo largo de su vida.

Aunque, habitualmente, se insiste en la necesidad de promover la salud de las madres, también es importante tomar en consideración el estado de salud del futuro padre, ya que sus hábitos y comportamientos pueden afectar tanto la fertilidad de la pareja como la salud de sus hijos.

El proceso de espermatogénesis, es decir, la formación del espermatozoide, dura noventa días. En estos noventa días hay una “ventana de sensibilidad” de estas células al medio ambiente; si se planea concebir un hijo, es importante que se preste atención a los hábitos paternos durante al menos 180 días, ya que los espermatozoides se verán afectados por la salud y comportamientos del padre durante ese período.

El retraso en la edad de la paternidad/maternidad puede conllevar consecuencias negativas para la salud de la descendencia. Es muy común considerar la edad de las madres en la valoración de los riesgos del embarazo tanto para la salud de la madre como para la de su hijo; sin embargo, los cambios inducidos por la edad en esperma paterno también contribuyen al aumento en la susceptibilidad de la descendencia a desarrollar alteraciones del neurodesarrollo”. Cuanto mayor es la edad de un padre, mayor es el riesgo: los hombres con 45 años o más tienen un 14 % más de probabilidades de tener un hijo prematuro, y los de 50 años o más tienen un 28 % más de probabilidades de tener niños que requiera ingreso en las unidades de cuidados intensivos. ⁽²⁴⁾

Los recientes avances en DOHaD ofrecen una oportunidad sin precedentes para accionar en los 1000 primeros días de vida y prevenir algunos de los problemas más acuciantes de la salud pública, como son las enfermedades no transmisibles y los trastornos del desarrollo; también, llevan a varias conclusiones entre las que se encuentran:

- a) Los factores ambientales desfavorables durante períodos críticos del desarrollo aumentan la vulnerabilidad de los individuos a enfermedades crónico-degenerativas, afectando su salud y bienestar futuros.
- b) Las modificaciones epigenéticas desempeñan un papel importante en la plasticidad del desarrollo y, en última instancia, en la persistencia de los resultados relacionados con la salud.
- c) Estos resultados pueden ser de naturaleza progresiva, lo que significa que desencadenan cascadas de reacciones en diferentes sistemas biológicos.

Todos estos aspectos deben considerarse al diseñar intervenciones tempranas que puedan retrasar o evitar la aparición de enfermedades y mejorar el bienestar individual, proporcionando importantes beneficios de salud para toda la población. ⁽²⁾

Estas nuevas concepciones también destacan el potencial de la epigenética como herramienta hacia la medicina personalizada, que propone la individualización de la atención médica, adaptando las decisiones, prácticas y productos a cada paciente. El futuro de la atención materno infantil reside en este campo, porque la epigenética ambiental representa el registro de las interacciones entre nuestro genoma y nuestro entorno.⁽⁷⁾

Conclusiones

La comprensión de la influencia de las experiencias tempranas de los niños, incluso las acontecidas desde antes de la concepción, sobre los resultados en la salud para toda su vida y aún en la de las futuras generaciones, proporciona una base sólida sobre la cual debería enfocarse la inversión económica de los países, la planificación de políticas públicas y la atención en salud, dando prioridad a las embarazadas, la infancia y la adolescencia. Un enfoque en las adecuadas necesidades nutricionales, un entorno de crianza favorable, la prevención de las exposiciones a tóxicos ambientales y a estrés crónico desde los comienzos de la vida deberían ser los pilares para mejorar la calidad de vida de los niños y las familias, prevenir las enfermedades no trnsmisibles y favorecer el desarrollo pleno de toda la población.

La adopción del paradigma de DOHaD puede promover un enfoque más realista, preciso e integrador del proceso de salud/enfermedad basado en la programación del desarrollo y permite orientar mejor las intervenciones clínicas, y las políticas de salud que puedan “modelar” una sociedad futura con menos incidencia de enfermedades como diabetes, obesidad, aterosclerosis, cardiopatía isquémica y, tal vez, muchas otras que pueden ser modificadas con cambios de conducta sencillos en las etapas tempranas de la vida. Así, el período del desarrollo es una etapa de oportunidades en la que se puede promover una mejor salud para toda la vida, teniendo presente que “un mal comienzo dura toda una vida, pero un buen comienzo también”.⁽²⁵⁾

Referencias bibliográficas

1. Hoffman DJ, Powell TL, Barrett ES, Hardy DB. Developmental origins of metabolic diseases. *Physiol Rev.* 2021;101:739–795. DOI: <https://doi.org/10.1152/physrev.00002.2020>
2. Limesand SW, Limesand SW, Thornburg KL, Harding JE. 30th anniversary for the developmental origins of endocrinology. Editorial. *Journal of Endocrinology.* 2019;242, E1–E4. DOI: <https://doi.org/10.1530/JOE-19-0227>
3. Solomons NW. Developmental origins of health and disease: concepts, caveats, and consequences for public health nutrition. *Nutrition Reviews.* 2009;(67)(Supl. 1):S12–S16. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2009.00152.x>
4. Haugen AC, Schug TT, Collman G, Heindel JJ. Evolution of DOHaD: The impact of environmental health sciences. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease.* 2014;1-10. DOI: <https://doi.org/10.1017/S2040174414000580>

5. Moreno Villares JM, Collado MC, Larqué E, Leis Trabazo MR, Sáenz de Pipaon M, Moreno Aznar LA. Los primeros 1000 días: una oportunidad para reducir la carga de las enfermedades no transmisibles. *Nutr Hosp.* 2019;36(1):218-232. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02453>
6. Castro MJ. Programación fetal. *Revista Digital de Postgrado*; 2020,9(2). DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP>
7. Velazquez MA, Fleming TP, Watkins AJ. Periconceptional environment and the developmental origins of disease. *Journal of Endocrinology.* 2019;242:T33–T49. Disponible en: <https://joe.bioscientifica.com/view/journals/joe/242/1/JOE-18-0676.xml?body=pdf-62373>
8. Ramirez Leguizamon MJ. Developmental origins of health and disease (DOHaD) and its impacts on children's health: a systematic review. *Int J Nutrology.* 2022;15(4):2–7. Disponible en: <https://ijn.zotarellifilhoscientificworks.com/index.php/ijn/article/view/265>
9. Kuzawa CH. Fetal Origins of Developmental Plasticity: Are Fetal Cues Reliable Predictors of Future Nutritional Environments? *Am J Hum Biol.* 2005;17:5-21. DOI: <https://doi.org/10.1002/ajhb.20091>
10. Vargas Aguilar VM, Beltrán Beltrán KM, Arroyo Álvarez K. Fisiopatología de la programación fetal y su repercusión en la salud futura. *Ginecol Obstet Mex.* 2023;91(8):588-599. DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v91i8.8688>
11. Lucas A. Programming by early nutrition in man. The childhood environment and adult disease. *Wiley Online Library.* 1991;156:38-55. DOI: <https://doi.org/10.1002/9780470514047.ch4>
12. Godfrey KM, Lillycrop KA, Burdge GC, Gluckman PD HM. Epigenetic mechanisms and the mismatch concept of the developmental origins of health and disease. *Pediatr Res.* 2007;61:5R-10R. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17413851/>
13. Aguilera Méndez A. La nutrición materna y la programación metabólica: el origen fetal de las enfermedades crónicas degenerativas en los adultos. *Cienc ergo-sum.* 2020;27:392–400. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/104/10463384008/10463384008.pdf>
14. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, Heymann J, López F, Behrman JR et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet.* 2017;389:103–18. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31698-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31698-1)
15. Cabanies Truffino J. El comportamiento fetal: una ventana al neurodesarrollo y al diagnóstico temprano. *Rev Pediatr de Aten Primaria.* 2014;16:251.e101–e110. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322014000400012
16. Oberlander TF. Fetal serotonin signaling: setting pathways for early childhood development and behavior. *J Adolesc Health.* 2012;31:59-16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22794534/>
17. Murphy Paul A. *Origins: How the nine months before birth shape the of our lives*, New York: Free Press; 2010.
18. Van den Bergh B, Mulder E, Mennes M G V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. *Neurosci Biobehav.* 2005;29(2):237–58. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15811496/>

19. Ramírez López MT, Berrios MV, González RA, Noemí R, Velilla B, Decara J, et al. El papel de la dieta materna en la programación metabólica y conductual: revisión de los mecanismos biológicos implicados. *Nutrición hospitalaria*. 2015;32(6):2433–45. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015001200012
20. Kain KC, Baier CJ, McDonald CR, Weckman AM, Wright JK, Conroy AL, et al. Developmental origins of disease highlight the immediate need for expanded access to comprehensive prenatal care. *Frontiers in Public Health*. 2023;(January). Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.1021901/full>
21. Nobile S, Di Sipio Morgia C, Vento G. Perinatal origins of adult disease and opportunities for health promotion: A narrative review. *J. Pers. Med.* 2022;12:157. DOI: <https://doi.org/10.3390/jpm12020157>
22. Hernández Rojas PE, Hernández Bonilla A, García de Yégüez M. ¿Podemos las obstetras programar una sociedad más sana? *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2017;77(2):133-142. Disponible en: https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/03/2017_vol77_num2_9.pdf
23. Kelishadi R, Masjedi M. The early origins of adult-onset diseases and the role of the pediatricians in primary prevention of chronic diseases. *J Compr Ped.* 2014;5(2):e17064. DOI: <https://doi.org/10.17795/compreped-17064>
24. Bernhardt L, Dittrich M, Prell A, Potabattula R, Drummer C, Behr R, et al. Age-related methylation changes in the human sperm epigenome. 2023;15(5):1257–78. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36849136/>
25. Subcomisión DOHaD – SAP Origen de la salud y enfermedad en el curso de la vida. Sociedad Argentina de Pediatría. Concepto de developmental origins of health and disease: El ambiente en los primeros mil días de vida y su asociación con las enfermedades no transmisibles. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(4):118-S129. https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_concepto-de-developmental-origins-of-health-and-disease-el-ambiente-en-los-primeros-mil-dias-de-vida-y-su-asociacion-con-las-enfermedades-no-transmisibles-107.pdf





Capítulo 6

Dinámica demográfica y salud materno infantil

Matilde de la Caridad Molina Cintra

Cuba presenta un decrecimiento demográfico sostenido desde el año 2017, determinado por el comportamiento de las tres variables demográficas fecundidad, mortalidad y migración. Desde 2020, se mantiene un crecimiento natural negativo, mueren más personas que las que nacen; y se mantiene la tendencia a un saldo migratorio total negativo. En el año 2022, estos componentes demográficos agudizan sus tendencias, en un escenario de acelerado aumento del envejecimiento demográfico.

Es este contexto, con grandes retos demográficos y sociales, los logros alcanzados en la salud materna infantil, la baja la mortalidad infantil, la alta esperanza de vida y otros indicadores, hacen de Cuba, un referente en temas de población y desarrollo para América Latina y el Caribe. Los desafíos demográficos y el contexto de las difíciles condiciones socioeconómicas del país, recrudecidas por el bloqueo económico de EE. UU., conforman un escenario complejo para la salud materno infantil.

La salud materno infantil espejo de la relación población-desarrollo

La salud materno infantil refleja el desarrollo y la situación de salud de un país, mostrando el índice de desarrollo humano, es la expresión de la integración de todos los factores que determinan el desarrollo de una nación, ente ellos la voluntad política, económicos, demográficos, educacionales, nutricionales, tecnológicos y otros. Da cuenta, también, de las vulnerabilidades, inequidades sociales y la cultura patriarcal como nudo estructurante de las brechas de género. Representa un marcador de desarrollo económico y social de los mandatos y marcos globales, como la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Ello da cuenta del nexo de la salud materno infantil con la relación población-desarrollo. Constituye un objetivo para la salud pública, siendo el Programa Nacional de Atención Materno Infantil una prioridad para el gobierno cubano.

Junto a los avances reconocidos, aún hay brechas agudizadas en el 2021 con la pandemia COVID 19, expresadas en indicadores de la salud materna infantil, como el bajo peso al nacer y la mortalidad materna. En un análisis sobre el programa materno infantil, el ministro de salud planteaba: “El propósito fundamental es consolidar y defender en cada comunidad y familia cubana el programa materno infantil, un programa que es de todos. Trabajar acertadamente es la forma más eficaz de defender la vida, que es salvaguardar también el futuro de Cuba”.⁽¹⁾

Los cambios en la estructura por edades de la población cubana incorporan desafíos importantes para el sistema de salud, en su cobertura, accesos y la calidad de sus servicios. El envejecimiento demográfico en el país tiene un componente femenino mayoritario. La esperanza de vida al nacer en Cuba es de 77,7 años, las mujeres (80,15 años) viven más años que los hombres (75,4 años).⁽²⁾ Así, para 2030 se proyecta, 242 275 mujeres más que hombres, cifra que para el 2050 se elevaría a 277 179.⁽³⁾ La calidad de vida de las mujeres que hoy componen el grupo de edad fértil, depende del curso de vida que tendrán, y por tanto garantizar la salud materno infantil ocupa un lugar significativo.

La calidad de vida de las mujeres que hoy componen el grupo de edad fértil, depende del curso de vida que tendrán y, por tanto, garantizar la salud materno infantil ocupa un lugar significativo.

Para el análisis de la salud materna infantil, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y la Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI) generan datos y estadísticas como fuentes primarias de información demográfica. Estas son imprescindibles para la gestión de la salud materno infantil; entre ellos: los registros de eventos vitales como la fecundidad y la mortalidad, los censos de población, las encuestas nacionales, las interfases de población, anuarios demográficos, y otras.

Estas fuentes de información, complementadas con otras, procedentes del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), Ministerio de Educación (MINED), Ministerio de Economía y Planificación (MEP), Ministerio de Finanzas y Precios (MFP) y otros organismos e instituciones, posibilitan la evolución y descripción de eventos e indicadores relacionados con la salud materno infantil, con el uso del análisis demográfico. Contar con datos confiables y robustos, desagregados por características diferenciales como la edad, el sexo, color de la piel, zona de residencia, situación conyugal, situación de actividad económica, y características socioeconómicas del hogar y la familia, posibilita tomar decisiones sobre la base del conocimiento de la población.

Conocer el crecimiento, la estructura y la distribución de la población, es imprescindible para la ubicación de los servicios de salud, el diseño de políticas públicas y la

retroalimentación de estas. La investigación sobre los determinantes de la salud, de la fecundidad y la mortalidad a partir de esos y otros datos mejora la calidad de la información y posibilita avances en la comprensión de los problemas que afectan a los grupos poblacionales clave para la salud materno infantil.

Tener una mirada a esta problemática desde un enfoque de derechos, género, interseccional y de curso de vida, es imprescindible para establecer y comprender la multidimensionalidad de la salud materno infantil. Así, se promueve la equidad en salud y se incrementa el diálogo entre la academia y tomadores de decisión, con la población en el centro, para que no quede nadie atrás; potenciando una gestión de la salud materna infantil en un escenario de desarrollo basado en evidencias, en ciencia e innovación.

El fomento de la equidad, la igualdad de géneros, el empoderamiento de la mujer, la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer y asegurarle condiciones para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, son la piedra angular de los programas de población y desarrollo. Y así se refiere en el programa de acción de la conferencia en el Cairo: “los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención de la salud, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluyen la planificación de la familia y la salud sexual. En los principios se reafirma el derecho fundamental de todas las parejas y todas las personas a decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de los nacimientos de sus hijos, y a disponer de la información, la educación y los medios necesarios para hacerlo”.⁽⁴⁾

Composición y estructura de la población cubana

La población de Cuba, al cierre del año 2022, (2) registró un total de 11 113 215 habitantes, de los cuales 5 498 838 fueron del sexo masculino (49,48 %) y 5 590 673, del sexo femenino (50,51 %), con un índice de masculinidad de 983 hombres por cada 1000 mujeres. El 77,1 % de la población (8 553 026) vive en zonas urbanas y el 22,9 % (2 536 485) en zonas rurales. Cuba se mantiene registrando un decrecimiento total de su población. Solo las provincias de La Habana y Artemisa presentan crecimiento total positivo; el resto de las provincias pierden habitantes. Igualmente, decrece la población en 129 municipios del país.

La pirámide de la figura 6.1 muestra el nivel de envejecimiento de la población cubana, resultado de sostenidos bajos niveles de fecundidad que se reflejan en su base estrecha.

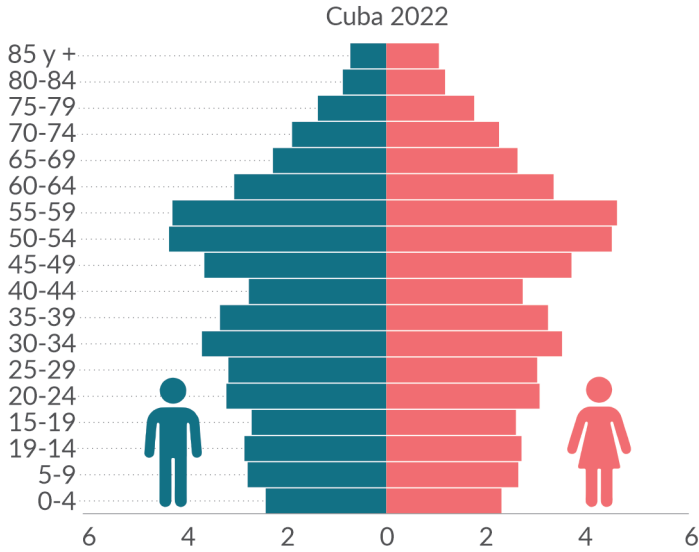


Fig. 6.1. Pirámide de población. Cuba 2022.

Fuente: Interfase de provincias y municipios, de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI). Año 2022.

La pirámide muestra la estructura de la población cubana por edad y sexo. El 22,3 % de la población de Cuba tiene 60 años y más, superando la población de 0-14 años que representa el 15,6 % de los habitantes. En el análisis del envejecimiento demográfico se establecen interrelaciones entre las edades que lo componen, que posibilitan una mejor comprensión de este proceso y puede contribuir también a la toma de decisiones relacionadas con la salud materno infantil de un territorio determinado. La relación entre la población de 60 años y más con respecto a la de 0 a 14 años, o el índice de envejecimiento de la población, presenta valores por encima de la media nacional (1428) en siete provincias. Estas se concentran en la región occidental y central del país.

Poblaciones clave para la salud materno infantil

A continuación, se muestra la cantidad en efectivos de la población de 0-19 años y la población media de mujeres en edad reproductiva de Cuba en el año 2022, beneficiaria de la atención y servicios relacionados con la salud materna infantil (tablas 6.1 y 6.2).

Tabla 6.1. Población media de 0-19 años por grupos de edad y sexo. Cuba, 2022

Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
0-4 años	531 696	274 421	257 275
5-9 años	605 520	313 711	291 809
10-14 años	605 276	311 207	294 070
15-19 años	599 826	308 340	291 486
Total	2 342 318	1 207 679	1 134 640

Fuente: CEPDE-ONEI, Interfase 2022.

Tabla 6.2. Población media de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años). Cuba, 2022

Grupo de edad	Ambas zonas	Urbana	Rural
Total	2 432 033	1 885 626	546 407
15-19	291 486	221 212	70 274
20-24	337 119	260 909	76 211
25-29	335 168	260 025	75 144
30-34	388 093	305 362	82 731
35-39	352 847	277 871	74 976
40-44	301 582	233 001	68 581
45-49	425 739	327 249	98 491

La dinámica demográfica en Cuba, tendencias y principales desafíos

Fecundidad

Los niveles de la fecundidad en Cuba se mantienen en valores bajos, siendo la tasa global de fecundidad de 1,41 hijos por mujer al cierre de 2022. ⁽²⁾ La evolución de la fecundidad da cuenta de que hace más de 40 años las mujeres cubanas no están teniendo una hija (0,68) que las reemplace. Esta evolución de la fecundidad cubana puede observarse en la figura 6.2.

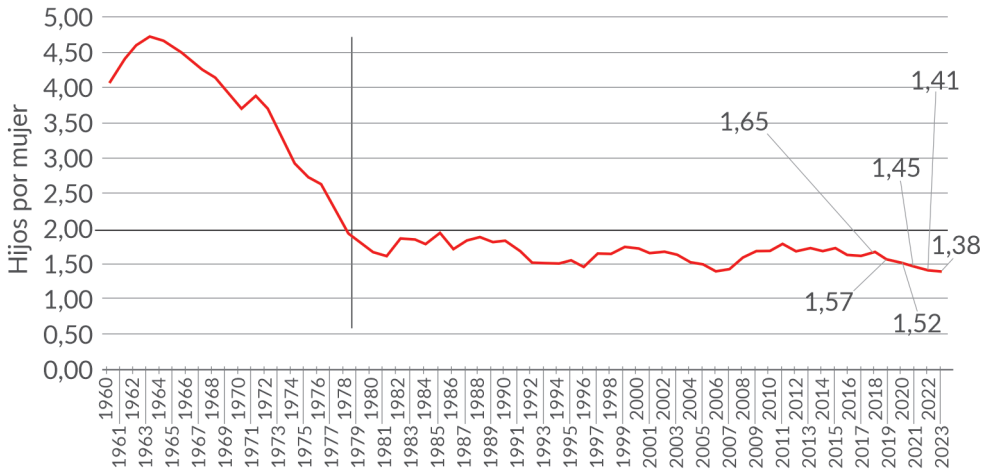


Fig. 6.2. Nivel de la fecundidad (TGF). Cuba, años 1960-2023.

Fuente: Elaboración de la autora a partir de los anuarios demográficos de Cuba e interfases (CEPDE-ONEI, años seleccionados).

La fecundidad cubana tiene una gran desarticulación, la fecundidad adolescente. La fecundidad adolescente es un problema social, que debe ser abordado intersectorialmente. Es una brecha de género y reflejo de las heterogeneidades territoriales e inequidades. Los indicadores de salud materno infantil pueden verse impactados negativamente por el efecto del embarazo precoz y la maternidad adolescente, prevenirlo es una prioridad para la sociedad cubana.

En Cuba, la fecundidad adolescente se caracteriza⁽⁵⁾ por una resistencia al descenso, tendencia al aumento del peso de esta (en 2022, el 17,9 % de la fecundidad en Cuba la cargó la fecundidad adolescente), se acrecienta la heterogeneidad por zonas y municipios, se acelera el diferencial por zona de residencia, el cual había logrado distancias muy cortas. Un análisis interseccional de la fecundidad adolescente expresa que es mayor la fecundidad en los grupos de adolescentes con nivel de escolaridad de 7 grados escolares terminados, color de la piel negra y mulata, desvinculadas del estudio y el trabajo y de las zonas rurales, lo que ubica una mayor situación de vulnerabilidad a los grupos de las adolescentes con estas características.

Mortalidad

El nivel actual de la mortalidad en Cuba es bajo; en 2022 ocurrieron 10.8 defunciones por cada mil habitantes, acompañado de niveles también muy bajos de mortalidad infantil.⁽²⁾

En el año 2021 la mortalidad no mantuvo la tendencia de los años anteriores, sus indicadores fueron reflejo de la difícil situación epidemiológica Covid-19. Portal Miranda, ⁽¹⁾ señaló que: “Los resultados del programa materno infantil en el 2021 no son los esperados de cada año. No podrían serlo en medio de la pandemia más brutal que han vivido el país y el mundo, pero sí recogen el esfuerzo de médicos, enfermeras y el resto de los trabajadores de la salud en un escenario epidemiológico sumamente complejo que obligó a reorganizar servicios y optimizar recursos”.

Las principales causas de muertes en 2022, en ambos sexos, están asociadas a enfermedades del corazón, seguidas de los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, la influenza y neumonía y la diabetes *mellitus*, entre otras. ⁽²⁾ También ocupan un lugar importante las defunciones provocadas por accidentes.

Migraciones

El componente migratorio se distingue por una movilidad internacional que se incrementa significativamente, y una migración interna sostenida fundamentalmente, de la zona oriental a la zona occidental del país, protagonizados por una población joven en edades productivas y reproductivas, y una composición femenina importante.

Las características de la migración y movilidad de la población ejercen su influencia sobre la salud materna infantil. Estos movimientos impactan sobre el tamaño de la población femenina en edades reproductivas, la fecundidad adolescente, el control y seguimiento de las embarazadas, el control y seguimiento de la puericultura del niño menor de 1 año, la vigilancia epidemiológica y la vacunación de los niños. Es necesario conocer la población, realizar la caracterización sociodemográfica de las familias y de sus miembros, e integrarla a la comunidad y conocer sus fortalezas.

La población de niños, niñas, adolescentes y mujeres en edad fértil. Una mirada al futuro

La proyección de población aporta pronósticos por sexo y edades de la población para un período de tiempo prospectivo ⁽³⁾ que ayudan la elaboración de indicadores, planificar, hacer planes y estrategias para garantizar la salud materno infantil, la calidad de vida de la embarazada/madre y el niño, y así reducir el bajo peso al nacer, la mortalidad infantil, la mortalidad materna, prevenir el embarazo adolescente, y otras. Estas proyecciones posibilitan comprender a su vez, cómo el proceso de envejecimiento se ratifica como la principal característica y reto de la dinámica demográfica nacional, y la relación que tiene el envejecimiento demográfico con la salud materna infantil. ⁽³⁾

La pirámide que se muestra en la figura 6.3 refleja la proyección de población para el año 2030.

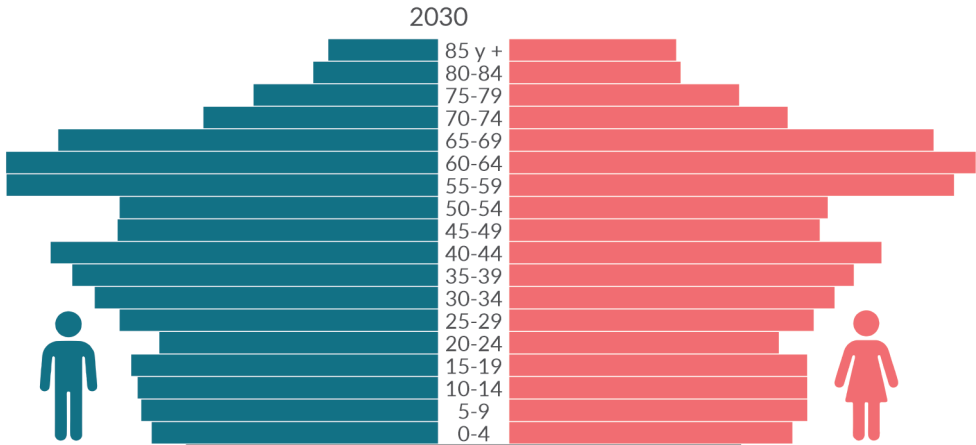


Fig. 6.3. Pirámide de población. Cuba 2030.

Fuente: CEPDE-ONEI (2015). Proyecciones de la Población Cubana 2015 – 2050

Esta pirámide refleja la estructura de la población cubana hacia el año 2030 y revela las tendencias de la dinámica demográfica del país como una población que envejece por el efecto de la disminución de los nacimientos. Manifiesta los retos por la disminución del grupo en edad reproductiva, y en edad productiva, es decir los recursos laborales. Una planificación estratégica sobre la salud materno infantil debe contener un análisis de la población actual y futura, sus características, para conocer y prever todos los escenarios posibles y contingencias que se puedan presentar.

A continuación, se presentan las proyecciones, en porcentajes, de las poblaciones clave para la salud materno infantil hacia el año 2050 (tablas 6.3 y 6.4).

Tabla 6.3. Estructura de la población de 0-19 años de Cuba. Proyectada al 30 de junio, por grupos de edades quinquenales. Período 2015-2050 (%)

EDADES	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
0-4	5,6	5,5	5,4	5,2	5,1	5,2	5,3	5,4
5-9	5,2	5,5	5,5	5,4	5,2	5,1	5,2	5,4
10-14	5,9	5,1	5,5	5,5	5,4	5,2	5,2	5,3
15-19	6,3	5,8	5	5,5	5,5	5,5	5,3	5,3
0-19 años	23	21,9	21,4	21,6	21,2	21	21	21,4
20 años y más	77	78,3	78,9	78,5	78,8	79	79,1	78,8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: CEPDE-ONEI (2015). Proyecciones de la población cubana 2015-2050.

Tabla 6.4. Estructura de las mujeres en edad reproductiva proyectada, según grupos de edad

Grupo de edades	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
15 - 19	12,4	12,5	11,9	13,4	13,6	13,9	13,8	13,8
20 - 24	13,2	13,3	13,6	12,1	13,4	14,1	14,4	14,1
25 - 29	14,1	14,2	14,4	13,7	12,2	13,9	14,5	14,7
30 - 34	12,0	15,2	15,4	14,6	13,8	12,6	14,3	14,8
35 - 39	12,4	12,8	16,5	15,6	14,7	14,3	12,9	14,6
40 - 44	17,5	13,2	13,9	16,7	15,6	15,1	14,6	13,2
45 - 49	18,6	18,7	14,3	14,0	16,7	16,1	15,5	14,9

Fuente: CEPDE-ONEI (2023). El envejecimiento de la población. Cuba y sus territorios.

Como se observa, es una población con una tendencia inversa al grupo de 60 años y más, único grupo poblacional que crece; disminuye la población de niños y adolescentes, y edades reproductivas.

La política de población cubana

La Política Atención a la Dinámica Demográfica, tiene entre sus prioridades la salud materno infantil, expresada en su objetivo 1: Estimular la fecundidad con el fin de acercarse en lo posible al reemplazo poblacional en una perspectiva mediata. ⁽⁶⁾ No es posible potenciar nuevos nacimientos sobre la base del cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos sin la gestión efectiva de la salud materna infantil.

La política para dar respuesta a este objetivo contiene varias medidas, entre ellas: continuar fortaleciendo el programa materno infantil y la atención a la salud sexual y reproductiva; disminuir la fecundidad adolescente; garantizar maternidad segura a las mujeres en edad fértil y reducir su mortalidad; disminuir el aborto que no sea fruto de una decisión consciente y responsable, y el riesgo de infertilidad femenina; incrementar la atención médica a la pareja infértil; elevar la educación de la población sobre sexualidad, para contribuir a fomentar una actitud responsable, con prioridad en el grupo de las y los adolescentes; e incrementar la formación de especialistas en ginecología, neonatología y pediatría.

Conclusiones

Entre los principales desafíos en la implementación de la política y los avances en la salud materno infantil en Cuba desatacan: elaborar planes y estrategias sobre la base del conocimiento de la población y sus características, la población al centro; capacitar a los profesionales de la salud, y tomadores de decisión en los temas demográficos y la relación

población-desarrollo; generar datos de salud materno infantil desglosados por color de la piel, nivel de escolaridad, situación conyugal, situación de actividad económica, y otras características sociodemográficas que puedan contribuir al diagnóstico de las poblaciones en situaciones de vulnerabilidad, implementar el plan de medidas inmediatas para la prevención del embarazo adolescente aprobado por la comisión gubernamental de la política para la dinámica demográfica; reducir las necesidades insatisfechas en planificación familiar, fortalecer las actividades dirigidas a reducir y controlar el riesgo preconcepcional; ⁽⁷⁾ fortalecer las acciones de prevención de accidentes, reducir la mortalidad materna; gestionar eficientemente los recursos laborales necesarios para la cobertura de los servicios.

Continuar los avances de la salud materno infantil y eliminar las brechas que existen, es una prioridad, y debe tener una mirada desde la relación población-desarrollo con una perspectiva de los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, del curso de vida de las personas, interseccional y desde un enfoque de género y empoderamiento de la mujer.

Bibliografía

1. Portal JA. Programa Materno Infantil: Prioridad para la salud pública aun en medio de la COVID-19. Información para directivos de la Salud. Ministerio de Salud Pública. 2022;37:e_1222. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/programa-materno-infantil-prioridad-para-la-salud-publica-aun-en-medio-de-la-covid-19/>
2. Oficina Nacional de Estadística (ONEI). Anuario demográfico 2022. La Habana: ONEI. 2023. Disponible en: <https://www.onei.gob.cu/anuario-demografico-de-cuba-enero-diciembre-2022>
3. Oficina Nacional de Estadística (ONEI). Proyecciones de la Población Cubana 2015–2050. La Habana: ONEI; 2015. Disponible en: <https://www.onei.gob.cu/proyecciones-de-la-poblacion-cubana-20152050>
4. Organización de las Naciones Unidas. Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. Resumen del programa de acción. DPI/1618/POP--95-93126-March 1995-10M. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm#cap3>
5. Molina MC. Tendencias de la fecundidad adolescente en Cuba hasta el 2020. *Novedades en Población*. 2021;17(34). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782021000200029#:~:text=El%20peso%20de%20la%20fecundidad,pandemia%2C%20que%20en%20el%202019.
6. Centro de Estudios Demográficos (CEDEM). Política de atención a la dinámica demográfica en Cuba. Camino, recorrido y principales decisiones para su implementación. La Habana: CEDEM; 2023.
7. Santana Espinosa MC, Esquivel Lauzurique M, Herrera Alcázar VR, Castro Pacheco BL, Machado Lubián MC, Cintra Cala D, et al. Atención a la salud materno infantil en Cuba: logros y desafíos. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e27. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.27>





Capítulo 7

La aplicación de la información para la mejora de la salud materno infantil

María Esther Álvarez Lauzarique y Liliam Quelle Santana

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha descrito al sistema de salud como un conjunto de bloques fundamentales que operan de manera interrelacionada para mejorar la salud de la población, disminuir las brechas en salud y alcanzar la protección social en salud. ⁽¹⁾

La Información es uno de los componentes que, idealmente, debería incorporar de manera veraz y oportuna indicadores sobre los determinantes de la salud, así como del estado de salud de la población y del desempeño del sistema de salud. Esto a través de un sistema integrado que es utilizado para la toma de decisiones en todos los niveles de la organización del sistema de salud. ⁽²⁾

La información es un conjunto organizado de datos relevantes para uno o más sujetos que extraen de él un conocimiento. La información surge de la confrontación de datos en relación con un hecho y los conocimientos que existen sobre este. ⁽³⁾

El procesamiento de la información es una técnica, donde los datos recopilados son procesados o transformados con la finalidad de generar información comprensible y útil, que será usada para la toma de decisiones que satisfaga las necesidades de una determinada empresa u organización. ⁽⁴⁾ Los sistemas de información para la administración de los servicios de salud en las instituciones son, a su vez, otra fuente de datos del sistema de información. ⁽²⁾

El objetivo, en el caso de un sistema de información de salud, es mejorar la gestión de los servicios de salud a través de optimización del componente de la información.

Los sistemas de información en salud están destinados para la toma de decisiones en los procesos de salud, tanto clínico-epidemiológicos, investigativos, operativos,

tácticos o estratégicos en el marco de la ética, valores y cultura que promueve el sector de la salud, y contempla dos dimensiones fundamentales: ⁽⁵⁾

- Información y su tratamiento: como insumo en los procesos de la salud.
- Tecnologías como infraestructura: para el procesamiento de datos e intercambio de la información y el conocimiento entre los profesionales de la salud.

Evaluación

La evaluación es el proceso mediante el cual se recolectan y analizan datos para proporcionar información a formuladores de políticas y otras personas para que la utilicen en la planificación y gestión de programas. Evaluar implica emitir un juicio de valor acerca de algo. Su función es determinar el grado de éxito o fracaso en la consecución del objetivo de “ese algo”.

El juicio de valor se basa en:

- Criterios: características observables, por ejemplo, un indicador o una variable que se corresponde con los elementos de aquello que se evalúa.
- Normas: punto de referencia del criterio, o sea, un valor que indica el límite entre lo que se acepta o no respecto a un criterio. Pueden ser normativas (expertos) o empíricas (estudios anteriores).

Existen diferentes tipos de evaluación:

- *El monitoreo*: permite que los programas determinen qué está funcionando y qué no. El monitoreo de los programas o intervenciones implica la recolección de datos rutinarios para medir los avances hacia el cumplimiento de los objetivos del programa. Se corresponde con la evaluación de procesos pues está directamente vinculado a la ejecución de un programa o estrategia. ⁽⁶⁾
- *El resultado*: mide tanto los efectos a corto plazo como los efectos a largo plazo de los programas o intervenciones. Mide el grado en que las actividades de programas cumplen con los objetivos esperados o la medida en que los cambios en los resultados pueden atribuirse a un programa o intervención dados.
- *El impacto*: mide la diferencia entre lo que pasó haber efectuado el programa y lo que hubiera pasado sin él. La diferencia en el resultado de interés al ejecutar un programa o intervención o no hacerlo se conoce como el “impacto” de este programa o intervención, y comúnmente a la medición de esta diferencia se le denomina “evaluación de impacto”, y se logra a través de diseños de investigación.

Variable, dato e indicador

Un dato es la representación de una variable que indica un valor que se le asigna a las cosas y se representa a través de una secuencia de símbolos, números o letras (fig. 7.1). ⁽⁷⁾

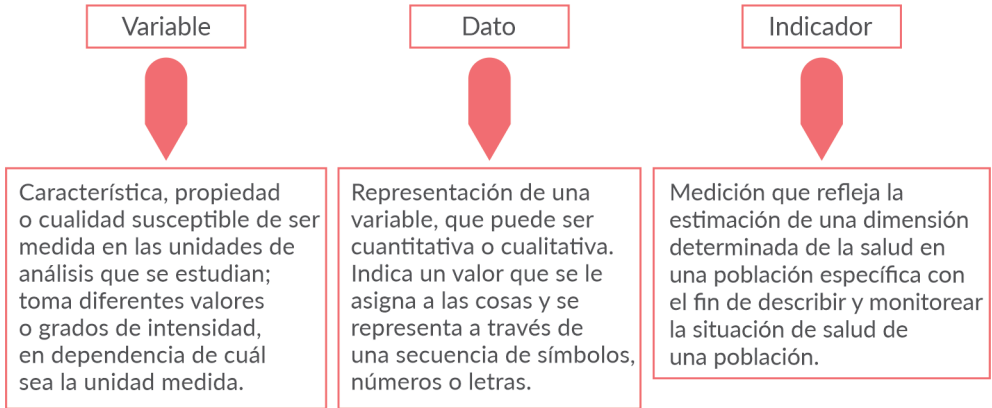


Fig. 7.1. Variable, dato e indicador.

Los datos pueden ser de varios tipos. Sin embargo, una forma de clasificarlos sería la siguiente:

- Cualitativos: describen una característica no medible en cifras. Por ejemplo, la nacionalidad.
- Cuantitativos: es información que puede describirse en cifras.

A continuación, se exponen ejemplos de tipos de datos.

Cualitativos

- Nombre: Jazmín Suarez
- Ocupación: Docente
- Domicilio: Avenida Conquistadores
- Género: Femenino

Cuantitativos

- Edad: 59 años
- Altura: 1.56 metros
- Número de hijos: 4
- Años en el cargo: 8

Las variables son aquellas características susceptibles de ser medidas en las unidades de análisis, que por lo general son los sujetos del estudio. No obstante, también pueden consultorios médicos, hospitales, entre otros (fig. 7.2).

En el procesamiento de los datos y la producción de la información surge la construcción de indicadores, es decir, el dato es la unidad más primaria (*input*) que, al trabajar con ella, genera un indicador. Un indicador es una medición que refleja una situación determinada.

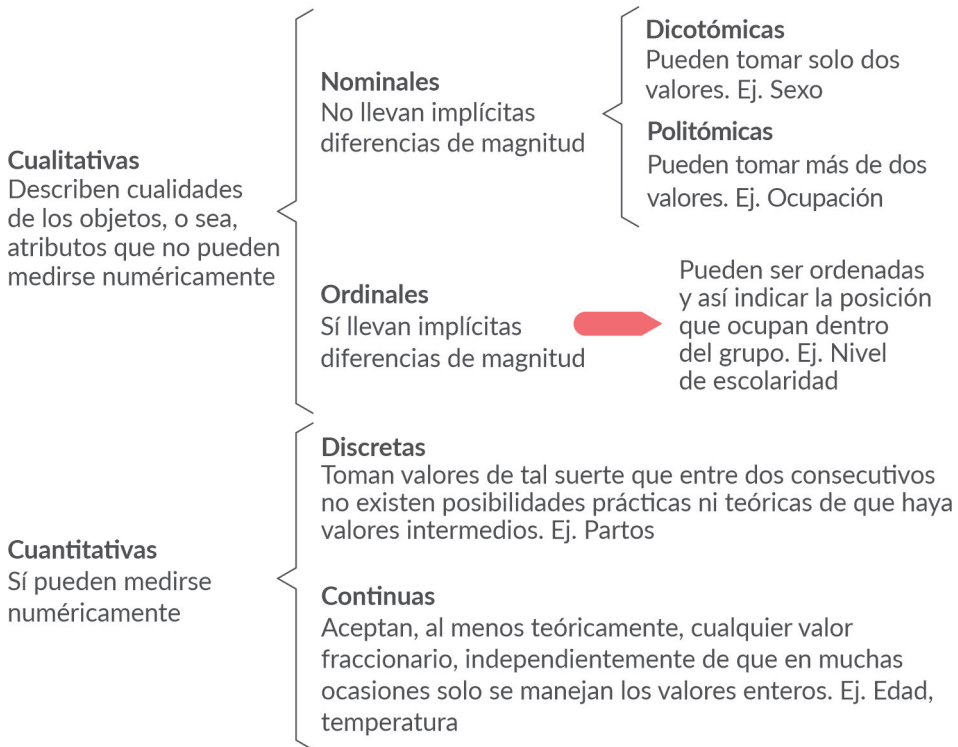


Fig. 7.2. Tipos de variables.

Los indicadores de salud se definen como mediciones resumidas que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño de un sistema de salud. Estos intentan describir y monitorear la situación de salud de una población. Pueden considerarse datos todos los elementos numéricos que han contribuido a la construcción del indicador.⁽¹⁾

Fuentes de información

La fuente de información es cualquier instrumento o recurso que satisface una necesidad informativa, se clasifican en primarias y secundarias.

Las fuentes primarias brindan datos originales, obtenidos de primera mano, son más exactas, más costosas y necesitan más tiempo para recopilar. Los datos provenientes de fuentes primarias brindan evidencias directas de un evento.

Las fuentes secundarias reorganizan la información y facilitan el acceso a las fuentes primarias, pero su desventaja radica en la posibilidad de no saber cómo utilizarlas correctamente. Los datos de fuentes secundarias originalmente se recolectaron con otros propósitos, estos se obtienen de fuentes ya existentes por lo que se consideran datos secundarios.

Para la recolección de datos primarios, en una investigación científica, se procede básicamente por: observación, encuestas, cuestionarios o entrevistas a los sujetos de estudio.

La encuesta es un método descriptivo realizado sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación, con el fin de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población.⁽⁸⁾

El cuestionario es un conjunto de preguntas y o proposiciones ordenadas, en forma coherente, a partir de las cuales se pretende obtener información sobre un tema determinado. Con este se recibe información específica de cada individuo. Los cuestionarios pueden ser: abiertos, con preguntas de respuesta libre; y cerrados, con preguntas de solo admiten ser respondidas sí o no, o bien que contienen una serie de respuestas predeterminadas.⁽⁸⁾

La entrevista es una técnica cualitativa de carácter documental cuando alguien formula las preguntas pertinentes a los objetivos de la investigación, puede ser: estructurada, con preguntas fijas, o no estructurada, con un esquema más libre. Es particularmente útil en el campo de las ciencias sociales.⁽⁸⁾

Indicadores más utilizados

Los indicadores son medidas que cuantifican una característica de un conjunto de unidades de análisis, que permiten evaluar situaciones, realizar comparaciones, respaldar decisiones, entre otras. La figura 3 ilustra los indicadores de uso más frecuente.

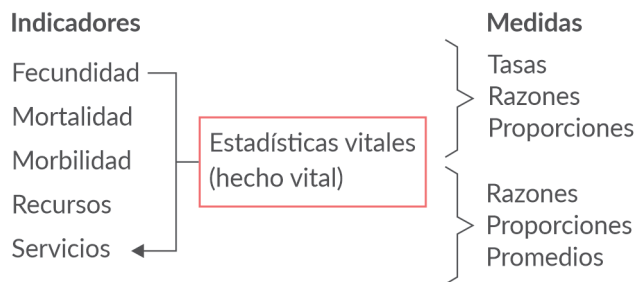


Fig. 7.3. Indicadores más utilizados en salud pública.

Nota: *Hecho vital*. Todo hecho relacionado con el comienzo y fin de la vida del individuo y con los cambios de su estado civil que puedan ocurrirle durante su existencia. Ej.: Nacimiento, defunción, matrimonio, divorcio, adopciones y otros.

Para evaluar calidad de la atención sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, los procesos y los resultados. De esto surgen tres tipos de indicadores:

- De estructura: miden cómo el sistema de salud está organizado y equipado.
- De proceso: valoran aspectos relacionados con las actividades.
- De resultado: son los indicadores más usados en el sistema de salud, miden la efectividad de la atención.

Los indicadores trazadores, son aquellos que son capaces de dar información del comportamiento de un mayor número de eventos de salud objetos de vigilancia. Por ejemplo: el indicador de la mortalidad infantil puede ser seleccionado para vigilar el avance económico social de un país. ⁽⁹⁾

Para brindar una base racional y uniforme a la selección de eventos trazadores, se establecieron seis criterios:

1. Deben tener un efecto funcional definido.
2. Deben estar relativamente bien definidos y fáciles de diagnosticar.
3. La tasa de incidencia del evento debe ser lo suficientemente alta como para permitir la compilación de un monto adecuado de datos a partir de una muestra de población limitada.
4. La evolución natural de la enfermedad debe variar con la utilización y eficacia del tratamiento médico.
5. Las técnicas del tratamiento médico deben estar bien definidas, al menos, para uno de los siguientes procedimientos: prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.
6. Los efectos de factores no médicos se deben comprender claramente.

Pasos para la evaluación:

- Delimitación del problema de estudio.
- Delimitación de criterios.
- Definición de indicadores.
- Definición de estándares.
- Comparación de indicadores y estándares.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49058>
2. Instituto Nacional de Salud Pública. Línea de investigación en sistemas de información en salud y carga de la enfermedad. México, 2024. Disponible en: <https://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/sistemas-informacion-salud.html>
3. Cabrera Cortés IA. El procesamiento humano de la información: en busca de una explicación. ACIMED. 2003;11(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1024-94352003000600006&lng=es
4. Xplor. ¿Qué es el procesamiento de la información? Ecuador. 2023. Disponible en: <https://www.getxplor.com/blog/procesamiento-de-la-informacion/#:~:text=El%20procesamiento%20de%20la%20informaci%C3%B3n%20es%20una%20t%C3%A9cnica%20donde%20datos,una%20determinada%20empresa%20u%20organizaci%C3%B3n>

5. Vidal Ledo MJ, Obregón Martín M, Gálvez González AM, Morales Valera A, Gómez de Haz H, Quesada Espinosa F. Sistema de Información en Salud: Herramienta para la toma de decisiones. INFODIR. 2011;0(13). Disponible en: <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/309>
6. Frankel N, Gage A, Luben E, Singh K. Fundamentos de monitoreo y evaluación. Curso autodirigido. MEASURE. Evaluación para el sitio web de aprendizaje sobre salud global. 2009. Disponible en: https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-07-20-es/at_download/document
7. Westreicher G. Dato, definición técnica. Economipedia. 2020. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/dato.html>
8. Raffino, Equipo editorial, Etecé. Fuentes de información. Enciclopedia Concepto. 2024. Disponible en: <https://concepto.de/fuentes-de-informacion/>
9. Fariñas Reinoso AT. Vigi Web. La Habana, 2000. Disponible en: <https://vigiweb.sourceforge.net/VigiWeb/temas/bibliografia/referencia.htm>





Capítulo 8

La ética y la bioética en la Salud materno infantil

Daisy Amparo Martínez Delgado, Vivian Mercedes Perojo Páez

La relación de la salud materno-infantil con la ética y bioética es necesaria en el proceso de formación y desarrollo del niño(a) y adolescente, es la responsabilidad del profesional de salud brindar una atención de excelencia.

Se conoce que la bioética es la aplicación de la ética y, como tal, permite la toma de decisiones sensatas en determinadas condiciones. En tal sentido es importante abordar referentes de la salud materna infantil desde la perspectiva bioética, así como la identificación de la violencia familiar como problema de salud en la atención materno infantil.

La definición más conocida de bioética es “el estudio sistemático de los actos humanos en relación con la vida y la salud examinados a la luz de los valores y principios morales”.⁽¹⁾ Se trata de la ética aplicada a los actos humanos que están en relación con la vida y la salud. Van Rensselaer Potter fue quien acuñó el término en 1970; simultáneamente, André Hellegers, del Kennedy Institute de la Universidad Georgetown en Washington, DC, presentó la bioética como una ética médica en el contexto de la biotecnología; y Daniel Callahan del Hastings Center propuso su interdisciplinariedad o transdisciplinariedad.

La bioética constituye una disciplina joven, un nuevo saber que se dedica a estudiar de manera sistemática la conducta humana en el campo de las ciencias de la biología y la atención de salud a la luz de los valores y principios morales. Por otra parte, aborda además las problemáticas biomorales, biojurídicos, políticos y de conflictos, teniendo como esencia el respeto a los valores del individuo, cualesquiera que estos sean, así como la toma de decisiones médicas como una función humana.⁽²⁾

Para beneficio de la salud materna infantil el fomento de prácticas beneficiosas, apegada a los principios éticos y bioéticos, apunta al logro de la mejor calidad en la atención y la investigación. Para ello se debe trabajar en la formación de profesionales con elementos científicos, técnicos, éticos y legales, que promuevan el cuidado integral con la aplicación de intervenciones que den el mayor beneficio a

estas poblaciones. Con el objetivo de explicar los referentes teóricos de la salud materna infantil desde la perspectiva bioética e identificar la violencia familiar como problema de salud en la atención materno infantil, en este capítulo se proponen las siguientes consideraciones.

Principios de la ética y la bioética

Particularidades de la ética y de la bioética en la salud materno infantil

El respeto a la persona el derecho y libertades fundamentales, constituyen la base de cualquier planteamiento ético. En consecuencia, el actuar ético del profesional de salud debe darse sobre la base de reflexiones éticas que tienen como ejes el conocimiento, la evidencia y la vocación del servicio entre otros. El quehacer bioético es amplio y abarcador, requiere de la atención de los grupos de mayor vulnerabilidad en particular los menores de edad.

Estos grupos demandan una atención diferenciada con el acompañamiento de los padres y/o tutores, teniendo en cuenta que las decisiones terapéuticas exigen que las consideraciones éticas sean específicas y que su consentimiento informado sea bien preciso. Es por ello que: “La principal referencia la constituye la reflexión y práctica bioética en contextos clínicos, pero sin desconocer que esta rama de la disciplina bioética sirve como paradigma para otros ámbitos, como pueda ser la intervención de los servicios públicos de protección de menores”.⁽³⁾

En relación con la mujer y al período de gestación, existe posturas éticas diferentes frente a la interrupción voluntaria del embarazo, el diagnóstico prenatal cuando se deben realizar técnicas invasivas que ponen en riesgo la evolución de la gestación y otras polémicas se derivan de proceder como la cesárea programada electiva, las técnicas de reproducción asistida, la anticoncepción, estados terminales del cáncer, entre otras.⁽⁴⁾ Todo ello reclama que los profesionales reciban capacitación sobre elementos esenciales en el campo de la bioética en función de que dentro de los servicios de salud junto al conocimiento y la experticia en la atención hacia los pacientes se desarrollen habilidades y valores éticos, los cuales constituyen el soporte de los derechos humanos.

En el abordaje bioético es importante no olvidar los prejuicios y estereotipos que pudieran estar presentes ante la toma de decisiones relacionadas a elementos culturales. Actuar de manera sistemática con los principios bioéticos es una necesidad, partiendo de la dignidad humana como el respeto a los pacientes, la beneficencia en función de que se promueva el bien, evitando los daños y/o minimizándolos a partir de un actuar basado en la justicia como un derecho a la distribución justa y equitativa de los beneficios y los riesgos, siendo más notable en los derechos sexuales y reproductivos, entendida como justicia distributiva.

Por otra parte, la responsabilidad individual y compartida es importante, pues dialogando es posible promocionar salud utilizando herramientas como la comunicación, que

garanticen una adecuada relación médico paciente, con una comprensión de sus valores, deseos y posición social. Para ello se exige de indicadores bioéticos; como lo extensivo y vinculante de la responsabilidad profesional que expresa la atención con resultados eficientes y el cuidadoso apego a cada uno de los beneficiarios, así como la dignidad apreciada tanto para recibir una atención clínica común, como el trato digno en la atención personalizada.

En la agenda actual de atención de salud, la bioética contribuye a desarrollar la calidad en términos de respuestas anticipatorias a las necesidades de la población; podría representarse en dos miradas: por una parte la atención en salud, donde reside el propósito de conseguir una mejora continua al margen de todo proceso de deshumanización partiendo de que para que exista calidad total se requiere dignidad en la atención, y la otra mirada desde una panorámica general (servicios, programas nacionales de salud; sistema sanitario en sí) en la que se comprendan los valores fundamentales que afectan desde los bienestar individuales hasta la estabilidad social.

Consentimiento informado

El consentimiento informado, constituye un modelo de una virtuosa relación del paciente y familiares (según el caso), es un registro del acuerdo de voluntades y la confiabilidad de estos con el médico para la trasmisión de un mensaje, privilegiando el derecho de elegir sobre la base del respeto a la autonomía y autodeterminación. Elemento clave en este proceso es la comunicación y en tal sentido el profesional de salud necesita desarrollar habilidades que le permitan conocer aspectos hasta el momento desconocidos para el paciente y/o familiar, intercambiar, dar argumentos suficientes, esclarecer dudas, dotándolos así de experiencias y conocimientos en función de la toma de la mejor decisión, acompañada siempre por el médico.

El consentimiento informado requiere de profesionales y organizaciones centrados en la persona y su circunstancia; es necesario tener presente que el logro de mayores grados de autonomía del niño mejora la relación médico-paciente, que exige un proceso de acompañamiento desde la participación. La autonomía como principio bioético es la capacidad de autodeterminación en la toma de decisiones. Las intervenciones de los profesionales en la asistencia y la investigación deben promover las capacidades que orienten hacia grados mayores de autonomía, participación y toma de decisiones.⁽⁵⁾

El consentimiento informado no se reduce únicamente a dar información, sino que es importante educar y dialogar, en un ejercicio que propicie confianza y posibilite el actuar médico, dentro de una intencionalidad de hacer el bien, teniendo como principio que es una obligación ética y legal antes de cualquier procedimiento. El logro de una beneficencia efectiva desde una perspectiva tanto biológica, psicológica como social, condiciona una mejor relación médico-paciente, donde el paciente deja de ser un objeto para convertirse en un sujeto de su propia salud.

La triada de informar, educar y dialogar garantiza una adecuada comunicación y transparencia que contribuye a un nivel superior de la relación médico-paciente y a la toma de

decisión con autonomía y libertad. Es oportuno tener en cuenta la participación de los escolares y adolescentes en este proceso ya que favorece el autocuidado a la salud.

La ética en la investigación materno infantil

La ética en la investigación materno infantil comienza por la formulación y obtención del consentimiento informado y de ninguna manera supone una limitante para la realización de proyectos de investigación, los cuales son indispensables para el desarrollo de las sociedades. La trascendencia del consentimiento informado va más allá de ser un mero documento legal; sus implicaciones van en ambas direcciones, al proteger la autonomía del niño, de la mujer, de la familia y la investigación biomédica en curso. Favorecer la participación de los sujetos de investigación en edad pediátrica, mediante la comprensión de los procedimientos a realizar, beneficios, alcances, alternativas y riesgos asociados al proyecto, con la finalidad de que sus padres o tutores legales lleguen a una decisión voluntaria de aceptación, rechazo o eventual retiro del niño del estudio. ⁽⁵⁾

El investigador debe considerar el respeto a la dignidad, el bienestar, la confiabilidad, protección de datos, voluntariedad y el derecho a participación. El consentimiento para la investigación implica un acto explícito y además de informado debe ser voluntario y renegociable.

Violencia familiar como problema de salud

La violencia familiar como problema de salud, establece una preocupación al producir efectos de múltiples consecuencias. Por otra parte, develar que el fenómeno afecta no solo la percepción de salud de quien sufre los malos tratos, sino que llega hasta cómo se percibe en su entorno, en su familia es una cuestión importante a tener en cuenta.

En estudios realizados sobre la atención a la violencia intrafamiliar, se ha planteado que, a pesar de no constituir una enfermedad en el sentido habitual de su comprensión, es un grave problema de salud y un importante factor de riesgo psicosocial, dada la magnitud del daño y la invalidez o muerte que provoca con consecuencias múltiples y diversificadas. ⁽⁶⁾ Unido a ello, está el impacto que ocasiona en la vida de las personas, así como en su percepción de bienestar.

No obstante, a ello de no constituir una enfermedad, desborda esta denominación y actúa como un factor mediatizado de una amplia gama de problemas de salud, entre ellos: el bajo peso al nacer (BP), las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y las conductas parasuicidas (ITS). ⁽⁷⁾ Por ello, es menester significar el papel que deben desempeñar los profesionales de la salud con una preparación que garantice enseñar, asumir y aprender a compartir principios bioéticos que modifiquen las actitudes a través de acciones de promoción.

La familia puede convertirse en reproductora de este tipo de conductas, debido a que está comprobado que ella es un agente de socialización de marcada importancia y constituye un ambiente constante de aprendizaje grupal e individual de normas de convivencia. ⁽⁸⁾

Se trata de que asuma la responsabilidad de educar y crear valores que rompan con los cánones patriarcales que tanto laceran la dignidad de sus miembros.

Violencia contra niños, niñas y adolescentes

La violencia contra las niñas y los niños puede ocurrir en el hogar, así como en la comunidad. Sus manifestaciones más comunes son el maltrato infantil por parte de adultos en un puesto de responsabilidad, el acoso y las peleas físicas entre padres, la violencia sexual y la violencia en el noviazgo en adolescentes, expresadas en violencia física, sexual y emocional, entre otras.

Las consecuencias negativas para la salud y el bienestar de las niñas, niños y adolescentes pueden ser diversas: limitaciones de la movilidad y mala salud general, traumatismos, deterioro en el desarrollo emocional que puede permanecer a lo largo de sus vidas y que incide en el rendimiento escolar, u otros con mayor riesgo solapada con la violencia juvenil lo cual afecta evidentemente el desarrollo integral.

Son condiciones para el análisis y abordaje con un equipo que acumule experticia, conocimiento y enfoque interdisciplinario y multidisciplinario e intersectorial que garantice múltiples miradas en la búsqueda de un mejor funcionamiento de la familia y, en particular, de los infantes, teniendo en cuenta que el sector salud puede identificar y tratar estas manifestaciones desde edades tempranas, pero requiere de un acompañamiento en función de obtener resultados positivos.

Violencia contra la mujer

La violencia contra la mujer está indisolublemente ligada a la problemática de género, la inequidad de género es un fenómeno que tiene lugar en todo el mundo, su estudio requiere de una fundamentación teórica desde el saber bioético con un enfoque sistémico e integral. Como fenómeno recurrente, se reconoce como un problema social por las secuelas que ocasiona y porque invalida los derechos humanos fundamentales.

Aproximarse a la violencia contra la mujer como problema de salud, va más allá de un acto curativo como solución al efecto ocasionado en la mujer, pues requiere de un soporte emocional en función de proporcionar a las víctimas procederes éticos y una actuación que contribuya a su eliminación, teniendo en cuenta que cuando se manifiesta por su pareja en el ámbito familiar, ocasiona afectaciones para el resto de la familia en particular para los más pequeños. Por otra parte, permite develar que el fenómeno afecta no solo la percepción de salud de quien sufre los malos tratos en cuanto a sí misma, sino que llega hasta cómo se percibe en su entorno: su inserción y participación en la vida social, en su familia, su comunidad y en las instituciones en las que interactúa en la vida cotidiana.

Es un serio problema que afecta la salud, el bienestar y la calidad de vida, requiriendo de un conocimiento sobre los aspectos de la violencia, a través de información y manejo de datos sobre tal problemática, tener conocimiento de los riesgos, así como de las consecuencias. Significar el papel que desempeñan los profesionales de la salud en la atención primaria

y la preparación necesaria para enseñar, asumir y aprender a compartir principios bioéticos que den al traste y modifiquen las actitudes a través de acciones de prevención y promoción.

Tal y como se ha planteado, cada día surgen y se enfrentan diversas y complejas temáticas éticas en la atención médica, correspondiéndole a la bioética trabajar en función de esclarecer los problemas éticos que surgen en el marco de la salud.

Desafío para el enfrentamiento de la de la violencia familiar desde la atención materno infantil

Los dilemas que se presentan en la práctica relacionados con la violencia familiar y social constituyen para salud problemas que requieren de una atención, máxime cuando están relacionados con las posibles vulnerabilidades que puede ocasionar a niños, niñas y adolescentes.

La atención materno infantil constituye una parada obligatoria, que exige un análisis y acciones que requieren organizar, asesorar las complejas situaciones con enfoque integral con la participación de otros sectores (según correspondan) para el enfrentamiento a la violencia familiar y las manifestaciones que aparecen en los infantes, lo cual condiciona miradas clínicas más abarcadoras. Trabajar por la consolidación de entornos que garanticen seguridad y respeto por los derechos de la infancia y susciten una protección física, psicológica y social, así como digital, constituye una tarea impostergable.

Por otra parte, es importante contar con profesionales de salud capacitados con el acompañamiento de un personal añadido con enfoque intersectorial, para combatir todo tipo de manifestación constituye el mayor desafío de estos tiempos.

Consideraciones finales

Los profesionales de la salud requieren estar dotados de conocimientos que vayan más allá de sus especialidades y profesiones, demostrando y aplicando actitudes y valores esenciales para sus competencias profesionales. La tendencia en ocasiones de percibir al paciente como objeto, el desconocimiento para el manejo de la violencia contra mujeres niñas y niños, exige del aprendizaje y puesta en marcha de un enfoque bioético como nuevo saber. El conocimiento mediado por la ética es garantía de una mejor calidad en la atención materna infantil, lo cual contribuye al abordaje sistemático de los desafíos del sistema nacional de salud, para la salvaguarda de los derechos humanos de los usuarios donde preveza como elemento esencial la humanización.

Referencias bibliográficas

1. Trapaga Soto MA. La bioética y sus principios al alcance del médico en su práctica diaria y sus principios al alcance del medio en su práctica diaria. Archivos de investigación materno infantil. 2018;IX(2):53-59. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2018/imi182c.pdf>

2. Enciclopedia de Bioética, Waren Reich y colaboradores. New York: The Free Press, 1978, vol. I, XIX.
3. Lozano Vicente A. Children's bioethics: principles, issues and problems. *Acta bioeth.* 2017;23(1):151-160. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2017000100151&lng=en
4. Taboada Lugo N. Dilemas éticos en la interrupción del embarazo por malformaciones congénitas. *Rev Hum Med.* 2017;17(1):17-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000100003&lng=es
5. Begoña Román M. Aspectos éticos en la relación materno-infantil *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2021;41(139):171-185. DOI: <https://doi.org/10.4321/S0211-57352021000100011>
6. Valdés Yong M, Hernández Núñez J. La bioética en el desarrollo de la ginecología. *Rev Cubana Invest Bioméd.* 2014;33(4):431-440. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000400010&lng=es
7. Flores-Pérez, J et al. El consentimiento informado en la investigación pediátrica. *Acta pedi-atr. Méx.* 2017;38(2):125-127. DOI: <https://doi.org/10.18233/apm38no2pp125-1271364>
8. Díaz López R. Familia, género y violencia doméstica. Diversas experiencias de investigación social. Propuesta de prácticas para la atención a la violencia intrafamiliar como problema social y de salud. La Habana: Instituto Cubano de Investigación Cultural Juan Marínelo. 2012. p. 247-269.
9. Mayor Walton S, Salazar Pérez CA. La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. *Gac Méd Espirit.* 2019;21(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1608-89212019000100096





Capítulo 9

Perspectiva socioeconómica para el desarrollo de la salud materno infantil

Ana María Gálvez González y Lourdes Brito Gómez

El análisis socioeconómico se ha hecho cada vez más fuerte y necesario en el quehacer diario y la investigación en salud. La atención materno infantil es importante no solo para la madre y el niño, sino para la sociedad en general. Representa una carga económica sensible y, por lo tanto, debe ser tomada en cuenta para la planificación y la toma de decisiones acertada.

Existe una amplia producción científica internacional sobre el tema atención materno infantil y economía por separado. Se reportan diferentes enfoques para abordar el problema, aunque existe consenso en la necesidad de priorizar la atención materno infantil, tanto desde la determinación social de la salud como desde los procesos técnicos económicos más concretos.

Cuba, vive un contexto económico difícil, no obstante, la atención materno infantil continúa siendo una prioridad. El presente capítulo tiene dos propósitos, el primero consiste en presentar las estrategias seguidas en temas socioeconómicos asociados a la atención materno infantil en el país. El segundo propone campos o áreas de trabajo a investigar con vistas al uso eficiente de recursos y garantizar la sostenibilidad del programa.

Influencia del panorama socioeconómico en el logro de la salud materno infantil

Panorama socioeconómico global en el desarrollo de la salud materno infantil

El último quinquenio la economía mundial fuertemente afectada por la pandemia de la COVID-19 muestra un cuadro con carencias en los suministros, crisis energética y alimentaria debido a la guerra de Rusia y Ucrania, más la inflación. Los países en desarrollo, de bajos ingresos, han sido los más afectados por esta situación, los cuales todavía tienen dificultades para recuperarse de la crisis pospandemia. ⁽¹⁾ En estos países donde se encuentran aquellos en situaciones de fragilidad y conflicto,

los sectores como salud y educación son los que más han sufrido las consecuencias con el deterioro de sus instalaciones, la poca cobertura médica, de insumos y medicamentos. La atención materno infantil dentro del sector salud no ha escapado, las personas con menos recursos tienen peor salud, afectados por la situación.

Situación socioeconómica en las Américas para la salud materno infantil

La situación socioeconómica de los países de las Américas está caracterizada por el deterioro de sus economías que presenta una alta inflación, aumento del desempleo, pobreza e inseguridad alimentaria. Los grupos en situación de vulnerabilidad, mujeres, niños, unido a las personas que residen en áreas de mayor pobreza y la población indígena son los que más sufren este escenario, lo cual lleva a la paralización de las inversiones en programas sociales y de salud. El bajo gasto público en salud de los países de las Américas provoca el detrimento de la atención.⁽²⁾

Escenario socioeconómico en Cuba y su influencia en la salud materno infantil

Cuba enfrenta un escenario económico adverso debido a que los efectos negativos de las más de 240 medidas activadas en el marco del bloqueo por el Gobierno de los Estados Unidos.⁽³⁾ Lo anterior ha causado que Cuba tenga una situación económica potenciada por la inestable entrada al país de combustible y otros productos, lo que ha provocado una gran crisis en varios sectores como el energético, el eléctrico, el transporte entre otros.

El sector de la salud no está ajeno a todas estas carencias ya que se ha visto afectada en la entrada al país de equipamiento, insumos y materia prima para elaboración de medicamentos. La atención materno infantil la cual tiene su pilar fundamental en el primer nivel de atención, en los últimos años pospandemia ha estado influido sus resultados por el estado socioeconómico que atraviesa la isla, además del deterioro de las instituciones sanitarias y la carencia de recursos humanos debido a la emigración de profesionales de la salud. A pesar de ello el país sigue reportando índices en materia de salud materno infantil superior al resto de los países de América Latina y el Caribe.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre análisis socioeconómico y atención materno infantil siguiendo el modelo BIG 6 de gestión de información por competencias. La selección de los campos o áreas de trabajo de investigación se basó en el esquema de Mills y colaboradores.

Desde la creación del sistema nacional de salud (SNS) cubano en el año 1961, la atención materno infantil constituyó una prioridad de trabajo para el Ministerio de Salud Pública (MINSAP). La implementación en 1983 del Programa Nacional de Atención Materno Infantil (PAMI) ha sido muestra de la voluntad política hacia la sostenibilidad de esa plataforma programática, cuyo objetivo es planificar, organizar, aplicar y controlar en todo el país las acciones y normativas relacionadas con la salud reproductiva, y de la infancia y la adolescencia, en correspondencia con el análisis de la situación de salud a nivel local y con énfasis en garantizar el acceso equitativo a la atención de salud.⁽⁴⁾

El PAMI se ha perfeccionado sistemáticamente, ha incorporado recursos en los diferentes niveles del SNS, el capital humano dedicado a implementarlo es cada vez más preparado científicamente y las acciones que se realizan son más complejas pues tienen un carácter interdisciplinar e intersectorial. Las bases de accesibilidad, gratuidad y universalidad que distinguen al PAMI lo convierten en uno de los programas más complejos y de alto consumo de recursos del sistema nacional de salud.

El riguroso proceso de toma de decisiones que acompaña al PAMI, por ser un programa altamente sensible, ha sido motivo de que la dirección del país y en especial la del MINSAP, priorice en su proceso de planificación las necesidades de recursos, así como la identificación de fuentes para su financiamiento. La llegada de nuevas tecnologías, la complejización de la situación sanitaria, el incremento de los costos de medicamentos y otros recursos, la difícil realidad económica que presenta el país, agravada por el bloqueo económico impuesto por el gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, son aspectos que resaltan la necesidad de que la atención materno infantil deba tener un seguimiento económico riguroso en aras de garantizar su sostenibilidad.

En el país existe tradición de investigaciones para fundamentar desde la perspectiva socioeconómica las acciones que se realizan dentro del PAMI. Estas difieren en su alcance, contenido, horizonte temporal, perspectiva de estudio y métodos de análisis económico, sin embargo, existe un consenso sobre la necesidad de dar seguimiento económico a las acciones que se realizan y de evaluar la introducción de nuevas tecnologías.⁽⁶⁾ Algunas de estas investigaciones llevadas a cabo en Cuba han servido de referente comparativo internacional sobre la eficiencia económica en acciones sobre la salud materno infantil.

Costos y atención materno infantil

Importancia del estudio de los costos para la sostenibilidad de la salud materno infantil en Cuba

La sostenibilidad financiera del PAMI es un desafío constante para el país, de ahí la necesidad de garantizar el uso sistemático de instrumentos que brindan las ciencias de la salud y en especial la economía de la salud para la toma de decisiones.⁽⁵⁾

Si bien ha sido tradición el análisis económico de acciones para la atención materno infantil en el país, aún no son suficientes los estudios que se realizan, ni la sistematicidad del uso de herramientas económicas para la toma de decisiones en esta área. Por otra parte, la formación de directivos e investigadores en contenidos económicos asociados a este tema aún es limitada, por lo que se convierte en un desafío de trabajo.

Investigaciones sobre costos en salud materno infantil

A continuación, se presentan algunos campos o áreas de trabajo investigativo, a partir de las cuales se pueden desarrollar estudios que tengan en cuenta el análisis socioeconómico para la toma de decisiones y que coadyuven a garantizar la sostenibilidad y eficiencia de la atención materno infantil.

La economía como un determinante de la salud materno infantil. En esta área de trabajo se pueden realizar análisis sobre las condiciones materiales y estilos de vida que inciden sobre la salud materno infantil, se realizan análisis sobre la educación, la vivienda, el ingreso, la clase social, patrones de consumo. Ejemplo de algunos temas: ocupación de la mujer y salud, condiciones de trabajo de la embarazada y salud, estilos de vida de la madre y el niño y salud, implicaciones económicas de la adicción al tabaco o al alcohol durante el embarazo, entre otros.

Salud y su valor económico. En esta área se puede identificar la percepción de la salud a nivel individual y social y su dimensionamiento económico, se puede analizar el estudio de los determinantes de la salud para la salud materno infantil, el análisis de la consideración de la atención materno infantil como una inversión o como consumo. También es posible, en esta área, valorar el concepto de capital humano y su formación para la atención materno infantil. Otros temas que se pueden incluir son la dimensión del medio ambiente asociado a la salud de la madre y el niño, costo de enfermedades asociadas al embarazo y parto y sus secuelas, la salud materno infantil y su asociación con el crecimiento económico, implicaciones socioeconómicas de la mortalidad infantil.

Demanda de atención médica. En esta área es recomendable analizar las imperfecciones del mercado de los servicios, por ejemplo, barreras para la demanda de atención, necesidades para la demanda de atención y utilización de servicios, factores que inciden en la demanda de la atención materno infantil. Se sugieren investigaciones sobre el impacto de tiempos de traslado, impacto de los precios de los medicamentos necesarios para el embarazo y alrededor del parto, aspectos económicos de terapias alternativas.

Oferta de servicios. Se relaciona con la productividad, el equipamiento, la estructura organizativa, los métodos de financiamiento, costos y formas de pago. Entre las investigaciones que se pudieran desarrollar se encuentran los costos de la atención materno infantil, la productividad médica, la validación económica de las inversiones en este campo, sistemas de pago e impacto de la salud en otros sectores.

Análisis de mercado. Establece análisis económico entre la oferta y la demanda, se realizan balances de recursos, estudios de déficit de recursos, desigualdades geográficas, déficit de servicios. Ejemplos de estudios que se pueden realizar, capacidad de poder de compra o capacidad de producción del Estado de bienes necesarios para la atención materno infantil, impacto sobre la salud de la población de la venta de determinados productos médicos, impacto del consumo de cigarrillos sobre la salud materno infantil.

Evaluación microeconómica. Se relaciona directamente con la toma de decisiones, se pueden realizar estudios de costo beneficio, costo efectividad, minimización de costos, costo utilidad. Ejemplos de investigaciones posibles, el análisis económico comparativo del programa, la valoración económica de introducir nuevas tecnologías sanitarias y evaluaciones farmacoeconómicas,

Análisis económico de políticas. Este campo aborda el análisis económico de las políticas que el Estado traza sobre la salud materno infantil, se pueden analizar los subsidios, impuestos, controles, regulaciones, seguridad social, estrategias medio ambientales. Algunas investigaciones que se pudieran desarrollar son el impacto en la cobertura y calidad de los

servicios que se brindan para la atención materno infantil, impacto económico de políticas regulatorias sobre la salud materno infantil, impacto del medio ambiente, entre otros.

Planificación, regulación y supervisión. Se puede diseñar y evaluar la planificación sobre acciones futuras que se vayan a realizar dentro del programa materno infantil, diseñar normas que garanticen la eficiencia económica y la equidad asociada al PAMI, evaluar el comportamiento económico y sus mecanismos dentro del sector e intersectoriales. Ejemplos de investigaciones: desarrollo de normas para la atención, planificación y análisis de los presupuestos, análisis del control interno, planificación de nuevos servicios, evaluación de políticas públicas.

Evaluación general del SNS. Se trata de una mirada hacia el SNS y su interrelación con el PAMI, deben ser abordados temas como cobertura total, intersectorialidad, accesibilidad, equidad, interrelación con el resto de los campos estudiados, valoración sistémica en el uso de recursos y la eficiencia del SNS.


Consideraciones finales

La atención materno infantil en Cuba es un área que ha abordado el enfoque socioeconómico la creación del sistema nacional de salud y posteriormente el PAMI. Las estrategias seguidas han priorizado el uso racional, eficiente y equitativo de los recursos con un alto sentido de la innovación de tecnologías sanitarias y preocupación por la sostenibilidad. Los campos de trabajo para el desarrollo de investigaciones presentados abren nuevas perspectivas de trabajo a directivos e investigadores de esta área.

Referencias bibliográficas

1. Grupo del Banco Mundial. Perspectivas económicas mundiales. 2024. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/publication/global-economic-prospects#forecasts>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Transformar la economía para que proporcione lo que importa. Informe final del Consejo sobre los Aspectos Económicos de la Salud para Todos de la OMS. 2024. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/59577>.
3. CEPAL. Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe. 2021. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47669-balance-preliminar-economias-america-latina-caribe-2021>
4. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Materno Infantil. Departamento Nacional de Salud Materno Infantil. La Habana: MINSAP; 1989.
5. Sanabria Ramos G, Gálvez González M, Álvarez Muñiz M. Costos para la mujer durante la atención prenatal. Ciudad de La Habana. 2000. Rev Cubana Salud Pública; 2004;30(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100008&lng=es
6. Hutton G, Fox-Rushby J, Mugford M, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B, Galvez AM, Alvarez M. Examining within-country variation of maternity costs in the context of a multicountry, multicentre randomised controlled trial. Appl Health Econ Health Policy. 2004;3(3):161-70. DOI: <https://doi.org/10.2165/00148365200403030-00007>





La salud
materno infantil en Cuba
Un enfoque salubrista



Segunda parte

Temas seleccionados
por su incidencia en la salud
materno infantil





Capítulo 10

Derechos sexuales y reproductivos

Bárbara Enríquez Domínguez

Todo ser humano tiene derecho a tomar las decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, incluyendo la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cómo, cuándo y con cuánta frecuencia. Derechos que se relacionan con la sexualidad y la reproducción y por tanto incluye el derecho a la privacidad, a la salud, a la libertad de pensamiento y expresión, a vivir libre de violencia y a tener educación e información. Estos conjuntos de derechos forman parte de los Derechos Humanos. Los gestores y proveedores de salud tienen la responsabilidad de cumplir y controlar que esto se realice, con ello se estarían garantizando servicios maternos infantiles de calidad.

Los derechos sexuales relacionados con la salud son: decidir si ser o no sexualmente activo o activa, decidir si tener o no pareja; consentir o no el matrimonio, poder expresar nuestras emociones y sexualidad, buscar una vida sexual placentera, disfrutar de nuestro cuerpo, derecho a la privacidad sexual, no ser discriminado por nuestro sexo, género, orientación sexual, poder acceder a servicios de salud de calidad, poder buscar, recibir e impartir información.

Los derechos reproductivos: decidir si deseamos o no tener hijos e hijas, no ser discriminada o recibir tratos desiguales, acceder a servicios de salud y atención médica, recibir información y educación para garantizar la autonomía reproductiva y la planificación familiar, garantizando confidencialidad y privacidad, especialmente a las y los adolescentes, acceder a métodos anticonceptivos seguros, aceptables y eficaces, disfrutar del nivel más elevado posible de salud reproductiva, acceder a métodos o procedimientos de fertilización, estar protegidas de embarazos forzados, y recibir educación sexual.⁽¹⁾

En 2019, antes de la pandemia de COVID-19, aproximadamente 218 millones de mujeres en edad reproductiva querían evitar un embarazo, pero no usaban un método anticonceptivo moderno. Las tasas de embarazos no deseados eran más altas en los países de ingresos bajos y medios (respectivamente, 93 y 66 embarazos no deseados por cada 1000 mujeres en edad reproductiva por año) en comparación

con los países de ingresos altos (34 por 1000). América latina y el Caribe fue la región con el mayor porcentaje promedio de servicios de salud interrumpidos en 2021. ⁽²⁾

Clarificación de valores y transformación de actitudes en los proveedores de salud

Muchos factores impiden el acceso y la provisión de servicios de alta calidad y centrados en las usuarias, cuando las mujeres en situación de aborto y planificación familiar, acuden por atención médica. La desinformación, las actitudes negativas, la estigmatización de las mujeres, proveedores y los comportamientos obstruccionistas son importantes barreras que pueden ser modificadas mediante acciones de sensibilización y clarificación.

La importancia de realizar capacitación a través de talleres de Clarificación de valores y transformación de actitudes, han demostrado tener un impacto positivo en los gestores de salud con relación a las creencias y las actitudes que generan estos factores negativos. Es un objetivo importante de cualquier estrategia que tenga como propósito hacer cumplir el derecho de las mujeres de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de alta calidad. ⁽³⁾

Objetivos de los talleres de Clarificación de valores y transformación de actitudes, en los derechos sexuales y reproductivos, en los proveedores y gestores de salud:

1. Identificar los conceptos de salud sexual y reproductiva valores actuales, elegir y afirmar los valores en que se fundamentan sus actitudes
2. Demostrar los valores y actitudes de los proveedores de salud, la repercusión de sus creencias personales, de los roles y responsabilidades profesionales, para apoyar el cuidado de las mujeres en temas de salud sexual y reproductiva.
3. Reflexionar sobre valores de los proveedores de salud.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud sexual es:

"...un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud." ⁽⁴⁾

Existe un consenso según el cual la salud sexual no se puede alcanzar y mantener sin el respeto y la protección de algunos derechos humanos.

"Los derechos sexuales constituyen la aplicación de los derechos humanos existentes a la sexualidad y a la salud sexual. Protegen el derecho de todas las personas a satisfacer y expresar su sexualidad y a disfrutar de la salud sexual, con el debido respeto por los derechos de los demás, dentro de un marco de protección frente a la discriminación." ⁽⁴⁾

Los valores se basan en los principios de respeto, individualización y libre determinación, cuando los proveedores y los gestores de salud ejercen la salud reproductiva están cumpliendo estos principios. Por lo que se hace necesaria la clarificación de estos para transformar las actitudes.

Con enfoque de derecho a la educación sexual integral, acceso a información veraz sobre métodos anticonceptivos seguros, eficaces y asequibles, acceso a servicios de salud con pertinencia lingüística y cultural que les permitan a las mujeres tener un embarazo normal, un parto sin riesgo y un bebé sano y acceso a información y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual (ITS) como el VIH/SIDA y la sífilis. ⁽⁵⁾ Garantizar el acceso universal en todos los aspectos de la planificación familiar, incluida la interrupción voluntaria del embarazo y para la atención al embarazo, el parto y el puerperio.

Derechos de los usuarios de los servicios de salud sexual y reproductiva

Esto significa que los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres. El Relator Especial sobre el derecho a la salud sostiene que las mujeres tienen derecho a los servicios de atención a la salud reproductiva, y a los bienes e instalaciones que son: disponibles en número suficiente; accesible física y económicamente; accesible sin discriminación; y de buena calidad. ⁽⁶⁾

La dignidad humana al restringir las libertades a las que tienen derecho las personas en virtud del derecho a la salud, especialmente en lo que respecta a la toma de decisiones y a la integridad corporal. Además, la aplicación de estas leyes como medio para lograr determinados resultados en materia de salud pública suele ser ineficaz y desproporcionada

Deberes y responsabilidad de los proveedores

El acceso a servicios de salud reproductiva tiene la finalidad de satisfacer la demanda de las personas, respetando su libre decisión individual y de pareja. En los casos en que se debe ofrecer un servicio de salud, este debe de incorporar la información adecuada, asegurándose que la persona o pareja comprendan la información dada. ⁽⁷⁾

Las acciones principales de los servicios de salud reproductiva son:

- Atención de salud y servicios de planificación familiar, interrupción voluntaria del embarazo con un aborto seguro, la orientación sexual y expresión de su sexualidad con autonomía sin intervención sobre su libre decisión y expresión, los servicios de fertilización, el parto respetuoso y con cuidados neonatales y la lactancia materna. Brindar propuestas, orientación, Infraestructura y equipos adecuados, que facilitaran una atención apropiada, personalizada y privada. ^(7,8)
- Capacitación y supervisión de los proveedores de salud reproductiva, para que brinden un buen servicio de calidad.

Para que los servicios de salud reproductiva sean de calidad, se debe de cumplir con los requisitos siguientes:

- La atención debe de ser personalizada.
- Debe de mantener privacidad.
- Los pacientes no deben verse obligados a esperar mucho tiempo para ser atendidos.

Actitudes y valores de los proveedores y gestores en los servicios amigables de salud reproductiva:

Elección libre e informada. Significa que el personal de los servicios debe proporcionar a las y los clientes información completa e imparcial acerca de los servicios, para que puedan escoger lo que les parezca más conveniente. Es importante que se apoyen elecciones libres e informadas en todas las situaciones a las cuales se ve enfrentada una persona durante su vida reproductiva.

Intercambio de información entre el proveedor/a y la usuaria. Este intercambio es fundamental para que la opción tomada en relación a cualquier situación de su vida sexual y reproductiva sea la mejor para las y los clientes.

Competencia técnica de las y los proveedores de servicios. Es fundamental que tengan los conocimientos necesarios y que manejen técnicas correctas y actualizadas relacionadas con todos los procedimientos que realizan.

Relación empática entre proveedores y clientes. Se refiere a la calidad de la comunicación ya que las personas se deberían sentir bien frente al personal que las atiende y recibir un trato cálido y respetuoso.

Mecanismos para promover el seguimiento. Este elemento se relaciona con la capacidad, habilidad e interés que tienen los proveedores y el servicio, para promover las visitas de seguimiento. Puede hacerse a través de clientes que conozcan la importancia de la continuidad en la atención y que estimulen a otras personas para venir al servicio.

Servicios integrales. Se refiere a la importancia de que las actividades de planificación familiar estén incluidas dentro de un contexto integral de atención de salud, incluyendo otros servicios como atención prenatal, atención postparto, sexualidad, prevención de enfermedades de transmisión sexual, la atención respetuosa al parto y los cuidados neonatales.⁽⁸⁻¹⁰⁾

La responsabilidad de las autoridades o gerentes. Los directores de los servicios de salud tienen un papel fundamental en la calidad de la atención. Ellos definen los objetivos y las metas del servicio, ejercen el liderazgo del personal, son responsables de los recursos disponibles y de la organización, así como de evaluar los resultados. Sus actitudes y su disposición hacia las y los clientes influyen en el personal, determinando el estilo del servicio.

Para servir mejor a sus clientes, es importante que conozcan las características y necesidades de la comunidad a la que sirven, que establezcan cuáles son las necesidades más urgentes e importantes y que coordinen el trabajo con otros servicios para llegar a una atención integral. Con respecto al personal, además de considerar sus necesidades de

entrenamiento, deben encontrar la manera de estimular las actitudes positivas, así como de identificar y eliminar las barreras personales que interfieren con la buena atención. ^(11,12)

Transformación de actitudes de los proveedores ante la solicitud de un servicio de salud reproductiva. Una de las mayores preocupaciones que afrontan los profesionales, gestores y usuarios de los sistemas de salud, es la humanización de los servicios de salud, tal y como lo plantean las diferentes normativas y documentos ⁽¹⁾. La enfermedad y la atención de esta, constituyen hechos estructurales en toda sociedad; expresan no solo fenómenos de tipo epidemiológico y clínico, sino que también expresan las condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad inevitablemente procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir. ⁽¹²⁾

La humanización de la salud implica una confrontación entre dos culturas distintas, entre dos maneras de ver el mundo. Por una parte, una cultura que privilegia el valor de la eficacia basada en los resultados de la tecnología y la gerencia y, por otra, la cultura que da la primacía al respeto por la persona, por su autonomía y la defensa de sus derechos ⁽⁶⁾. Es así como el profesional de la salud es el mediador de las relaciones de vínculos y responsable por el compartir de las tecnologías de conocimientos acopladas al acogimiento de las necesidades intersubjetivas, efectuando así la humanización ⁽⁶⁾.

Al hablar de humanización es significativo tener en cuenta todo un conjunto de valores implicados en esta, en primer lugar, las instituciones del sector salud tienen el compromiso no solo de proveer al recurso humano los mecanismos para que logren efectuar apropiadamente su competencia, atenuar sus debilidades formativas y de comunicación, sino también intervenir las limitaciones en infraestructura y equipamiento que influyen negativamente en el logro de una atención con calidad. ⁽¹³⁾

Consideraciones finales

Es de gran relevancia que las instituciones prestadoras de servicios de salud, las universidades y organizaciones que forman profesionales en salud, implementen capacitaciones en humanización y que dichas temáticas sean fundamentadas en la atención y formación del personal. Así se logra que las personas y usuarios de la salud sean considerados como seres humanos en un sentido global, teniendo en cuenta que el proceso cognitivo es importante, no se debe olvidar que el ser humano es la esencia de las profesiones en salud. ^(13,14)

Al brindar una atención humanizada, se debe tener en cuenta la valoración ética de la atención y las circunstancias de modo, tiempo y lugar que rodearon los hechos y las precauciones frente a este que hubiera aplicado un profesional de la salud prudente y diligente.

Referencias bibliográficas

1. Medina E. ¿Qué son los derechos sexuales y los derechos reproductivos? Sobre la necesidad de proteger nuestro cuerpo y nuestra identidad sexual. Psicología y mente. 2016. Disponible en: <https://psicologiymente.com/sexologia/derechos-sexuales-reproductivos>

2. No Time to Lose. Health challenges for adolescents in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: Pan American Health Organization and United Nations Children's Fund. 2022. DOI: <https://doi.org/10.37774/9789275126219>
3. Gómez Ponce de León R, Turner K. Clarificación de valores para la transformación de actitudes: una herramienta para el mejoramiento de la calidad de la asistencia a mujeres en situación de aborto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 2009;55(4):240-247. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A05V55N4.pdf
4. OPS/OMS. Salud sexual y reproductiva. 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>
5. Nacionfarma. Salud sexual y reproductiva 2024. Disponible en: <https://nacionfarma.com/lander>
6. ACNUDH. Salud y derechos sexuales y reproductivos. El ACNUDH y los derechos humanos de las mujeres y la igualdad de género. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/node/3447/sexual-and-reproductive-health-and-rights#:~:text=Las%20violaciones%20de%20la%20s>
7. Correa ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Rev Cuid. 2016;7(1):1227-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
8. Ariza-Olarte C. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. Enferm Univ. 2012;9(1):41-51. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100006
9. Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud colectiva. 2005;1(1):9-32. Disponible en: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1>
10. Martins J, Stein-Backes D, da Silva-Cardozo R, Lorenzini-Erdmann A, Luiz-de Albuquerque G. Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano. Rev Enferm. 2008;16(2):276-81.
11. Bermejo-Higuera JC. Humanización en salud. Ejes de la acreditación.2022. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=190&IdCat=84>
12. Moreno-Fergusson M. Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería. Aquichan, 2013;13(2):146-7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74128688006.pdf>
13. Centro Camiliano de Humanización y pastoral de la salud. Red nacional de líderes de humanización. Disponible en: <http://www.centrocamiliano.com>
14. Observatorio de calidad de la atención en salud. Disponible en: <http://calidadensalud.min-salud.gov.co/>





Capítulo 11

Enfoque respetuoso de la atención al parto. Propósito esencial para el bienestar materno y neonatal

Lareisy Borges Damas, Rolando Sánchez Machado y Alicia González Portales

El parto es el proceso natural y fisiológico más importante durante la vida de la mayoría de las mujeres, hecho considerado trascendental para la extensión de la familia y la perpetuidad de la especie humana. En este sentido, la mujer, pareja y familia, transitan un camino paradójico. Experimentan las alegrías relacionadas con la vivencia de saber que una nueva vida se está formando, pero, también se experimentan dudas y miedos relacionados a posibles complicaciones que puedan ocurrir pues el proceso reproductivo es fisiológico y, al unísono, complejo.

Por esta razón, la progresiva medicalización del acto del nacimiento alertado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) alrededor de 1985, inició el proceso de transformación y normalización de la atención del parto con base en las primeras recomendaciones fundamentales para llevar a cabo un modelo humanizado, con el propósito de contribuir, de este modo, a devolver a la mujer el protagonismo durante el nacimiento de su hijo. A consecuencia de ello, numerosos organismos e instituciones han impulsado una serie de cambios en las formas de atender los partos. ⁽¹⁾

Cuba se inserta en estas corrientes y actualmente concibe la instauración de un modelo de humanización basado en los preceptos del socialismo y de su sistema de salud. Es por ello que se asume como objetivo profundizar en los aspectos medulares del enfoque respetuoso de la atención al parto en función del completo bienestar materno y neonatal. ⁽²⁾

La atención materna en el proceso del parto desde un enfoque respetuoso

Bases conceptuales del modelo de atención respetuosa al parto

Cuando se emplea el término modelo de atención en salud, se hace referencia a la forma en la cual los componentes del sistema de servicios de salud son organizados

con el objetivo de contribuir a su función colectiva para obtener los resultados. De forma específica, el modelo de atención y el tipo de organización de los servicios de hospitales para la madre y el recién nacido varían entre países y entidades.

Los planteamientos surgidos al respecto debaten cada vez con mayor fuerza sobre cuál es el mejor modelo de atención al proceso reproductivo, teniendo como común denominador la necesidad de revisión de aspectos como la calidad y seguridad de la atención, las prácticas intervencionistas, la comunicación, el respeto a los derechos de la mujer y el recién nacido y la satisfacción materna. ⁽³⁾

Un parto humanizado, o parto respetado, es una modalidad de atención que surge ante la necesidad de instituir un modelo de atención al parto, cuyo enfoque no esté circunscrito a la salud biológica, sino que valore, además, el respeto a los derechos humanos, la cultura, creencias, dignidad y autonomía de la mujer como ser humano sin dejar desatendida la calidad y seguridad materna y neonatal.

Esta implementación es hoy un objetivo de trabajo del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) desde el Programa Nacional de Atención Materno Infantil (PAMI) con la cooperación de sociedades científicas de la salud y el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Sin embargo, la transformación de un modelo de atención no es tarea fácil. Desde esta óptica, cabría reflexionar de forma objetiva y con capacidad resolutoria en torno a la confluencia de factores que intervienen en este logro como son el sistema de salud, el desempeño profesional y las mujeres y familias.

Dentro del sistema de salud, sería oportuno mencionar las condiciones estructurales y ambientales de los servicios de parto y la disponibilidad de insumos, aditamentos y materiales que garanticen posiciones maternas, privacidad, acompañamiento, alivio del dolor, cumplimiento de medidas higiénico-epidemiológicas, entre otras. Además, las orientaciones e indicaciones relacionadas con la salud materna infantil que, en no pocas ocasiones, contraponen el éxito de un modelo de atención holístico. ⁽⁴⁾

Para los profesionales del área obstétrica sería prudente analizar su formación y desempeño en un modelo de atención paternalista, con sobre carga laboral y con seguimiento administrativo y social de resultados e indicadores de salud.

Para las mujeres y familia, corresponden aspectos de preparación tanto para la gestación, el parto y la crianza de un niño, así como su autorresponsabilidad en salud.

Perspectiva de género, equidad y enfoque social

El proceso reproductivo para la mayoría de las mujeres es natural con el control de factores que pueden poner en riesgo la vida de la mujer y el recién nacido y cuyo control debe existir desde la etapa preconcepcional. En este sentido, la organización de los servicios de salud, obedece a la concepción del proceso salud enfermedad.

En concordancia con este planteamiento y con investigaciones cubanas de orden social consultadas, en el proceso del parto, la dimensión de género se ve sobrevalorada en la organización jerárquica de los sistemas de salud, lo que constituye una situación que refuerza la posición de poder del profesional de salud frente a la mujer, demostrando un

sistema de subordinación por razones de género que reafirma el rol reproductor de las mujeres por mecanismos de control y poder.

Por tanto, un cambio de actitud y de enfoque hacia un modelo médico más humanista que respete y reconozca la mujer como sujeto pleno de derechos facilitaría relación médico-paciente adecuada. Por ello, es imprescindible la fundamentación de acciones con perspectiva de género que conciban el proceso reproductivo como natural.⁽⁵⁾

La atención integral al recién nacido en el nacimiento respetuoso

Fundamentos de la atención respetuosa del recién nacido en la gestación y el nacimiento

La atención respetuosa al recién nacido sienta sus bases no solo en el momento del parto, sino que recrea un espacio en el cual quedan expuestos por lo que son poseedores de sus propios derechos. Según la Plataforma pro Derechos del Nacimiento, los derechos del bebé comienzan en el útero, prosiguen en el parto y se prolongan durante su primer año de vida. Aunque antes de su concepción ya se comienzan los primeros cuidados desde el respeto a los derechos del futuro recién nacido para lograr una óptima formación fetal.

En consecuencia a las mujeres en edad fértil se les proporciona consejería en la consulta de atención preconcepcional para evitar las malformaciones congénitas y se les orienta el consumo de ácido fólico y demás suplementos como son: hierro, iodo, calcio y zinc, entre otros, para favorecer rendimiento cognitivo, el desarrollo físico, la síntesis de la hormona tiroidea e intervienen en el metabolismo celular, y en el proceso de desarrollo y funcionamiento de todos los órganos, especialmente del cerebro indistintamente. Además, se orientan sobre hábitos y estilos de vida adecuados favorables para un proceso reproductivo sin riesgos.⁽⁶⁾

Por otra parte, el modelo de parto y nacimiento respetuoso debe ser adoptado desde la confirmación del embarazo, pues un adecuado control prenatal, atención especializada para las comorbilidades y calificación del riesgo, son factores que aumentan las posibilidades de un nacimiento exitoso sobre la base que establecen los derechos del niño por nacer. Además, con la psicoprofilaxis obstétrica se prepara a la madre y los familiares para el parto acompañado, permitiendo que este transcurra con el menor estrés materno fetal posible. Todos estos momentos, incluidos en la concepción del parto tienen como objetivo generar un espacio familiar en el cual la mamá, su bebé y la familia sean los protagonistas, y el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible.⁽⁷⁾

Enfoque social de la estimulación prenatal y la participación del padre y familia

La estimulación prenatal es el proceso que promueve el aprendizaje en los bebés aún en el útero, optimizando su desarrollo mental y sensorial. Es un conjunto de actividades

que, realizadas durante la gestación, enriquecen al niño por nacer en su desarrollo físico, emocional y social. Los beneficios de la estimulación prenatal son: mejorar la interacción de la madre, del padre y del bebé en formación, optimizar el desarrollo de los sentidos, promover la salud física y mental, desarrollar vínculos afectivos niño-padres-familia. Además, permite el desarrollo de la comunicación, el lenguaje, el vocabulario, la coordinación vasomotora, la memoria, el razonamiento y la inteligencia social.

Al estimular prenatalmente al bebé, se logra que posteriormente el menor sea: explorador del mundo que lo rodea, curioso y tienda a la investigación, que aprenda que el mundo existe, aunque no lo vea, que tenga un pensamiento flexible, permitiendo nuevos modos de interrelación con el mundo aparte de la experiencia directa, que aprenda a comparar y relacionar situaciones entre sí. También, les permiten tener una mejor concentración, agudeza perceptiva e identificar lo que es o no relevante.⁽⁷⁾

Durante la psicoprofilaxis obstétrica, se analiza cuál es el rol del padre durante el trabajo de parto y cómo puede participar activamente en este, como acompañante primordial de la mujer. Se ofrecen herramientas que le permitirán ser partícipe activo junto a su pareja del nacimiento de su bebé y se reconoce la importancia de que el futuro padre sea también comprendido en sus necesidades, temores y fantasías.

La psicoprofilaxis obstétrica es un espacio “para la pareja” fuera del estrés y de la vida cotidiana. Es una experiencia enriquecedora que crea una comunión y crecimiento entre la pareja. Favorece, además, la estimulación temprana para el bebé mediante una comunicación afectuosa y constante entre el niño y sus padres desde el comienzo del embarazo.⁽⁸⁾

Derechos del nacimiento. Acciones dirigidas a su cumplimiento

El 7 de junio se celebra el Día Mundial de los Derechos del Nacimiento. Esta fecha es un recordatorio al respeto del proceso natural del nacimiento, un momento que deja una huella imborrable, en la forma de ser y sentir de cada individuo. Así, el cuidado a los recién nacidos debe concebirse como una acción ética donde se reconozcan sus derechos y se actúe en consecuencia, correspondiendo los dos primeros con la vida intraútero.

Se debe considerar, entonces, que se respeten el momento, ritmo, ambiente y compañía en el parto-nacimiento y que este transcurra de forma fisiológica, que no sean tratados como enfermos y se respete su intimidad antes, durante y después del nacimiento. El bebé tiene derecho a permanecer junto a su madre en las horas y días siguientes al nacimiento y ser atendido por ella favoreciendo el apego inmediato; así como del disfrute de la lactancia materna a demanda y de manera instintiva. Además, que sean sus padres quienes tomen las decisiones y busquen la información relacionada con su bienestar.⁽⁵⁾

Percepción del parto como un proceso natural por parte de la mujer y familia cubana

Empoderamiento de la mujer. Las mujeres cubanas se deben empoderar del proceso reproductivo como seres humanos con derechos y dominar las bases legales que las

protegen. Comenzar, sin concebirse como enfermas con el control de su propio cuerpo y su fisiología.

Ante todo, deben establecer una correcta planificación familiar con una óptima preparación de su organismo física, biológica, social, económica y psicológica desde la etapa preconcepcional. Orientarse con su médico y enfermera de la familia para evitar, controlar o eliminar posibles factores de riesgo que puedan impedir un proceso reproductivo fisiológico. Asistir, además, a las Casas de orientación a la familia e incluir la participación del padre como una figura primordial.^(2,3)

Una vez embarazadas, deben exigir la información necesaria para su preparación con el verdadero empleo del consentimiento informado y cuidar de su propia salud.

En este sentido las organizaciones de masas pueden ser coordinadoras y estimuladoras de esta preparación y propiciar el respeto a sus derechos con correcto funcionamiento del programa de psicoprofilaxis obstétrica y el Programa de Maternidad y Paternidad responsable.⁽⁵⁾

Preparación integral: psicoprofilaxis obstétrica. La preparación de la mujer favorece un cambio de actitud para asumir su parto como un acto pleno, con la satisfacción de sus necesidades humanas y espirituales desde la base del dominio de todos los eventos que acontecen en torno a este.

En Cuba, esta preparación se logra con el desarrollo del programa de psicoprofilaxis obstétrica (PPO), el cual representa un gran progreso en cuanto a la atención del embarazo, parto y puerperio. En su desarrollo se le han añadido elementos como los roles de género, estimulación prenatal, así como la incorporación del padre o familiar acompañante. Sin embargo, el programa debe estar a la par de las nuevas acciones legales que protegen y fortalecen el papel de la mujer, las recomendaciones internacionales de la OMS y el enfoque en el cambio de modelo de atención al proceso del parto.⁽¹⁾

A la luz del resultado de investigaciones consultadas, la consolidación de un programa de psicoprofilaxis, cuya perspectiva esté basada en los estándares del parto respetuoso como necesidad sentida de calidad de atención a la mujer cubana, se erige como un desafío profesional.⁽⁷⁾

Conclusiones

Para ofrecer una atención integral al proceso de parto y nacimiento se hace necesario que este transcurra sin la pérdida de su esencia natural, donde la madre, padre y familia cuenten con una adecuada preparación psicoprofiláctica y se tenga en cuenta el respeto a los derechos del binomio madre-hijo durante este proceso. Esto permite garantizar una experiencia de parto y nacimiento positivo, por tanto, el bienestar materno y neonatal. Para lograr este propósito se hace necesario la visión de gestores y administrativos con la ciencia que drena en el fenómeno.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Ginebra: OMS. 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
2. Borges Damas L. Modelo de cuidado humanizado a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto. [Tesis]. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Enfermería Lidia Doce. 2017.
3. Borges Damas L, Sánchez Machado R, Domínguez Hernández R, Sixto Pérez A. Una concepción integral del parto humanizado en Cuba. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2018;44(3):1-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000300005&lng=es
4. Ministerio de Salud Pública (CUB), Colectivo de autores. Guía de actuación para la atención al parto respetuoso. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2022. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/guia-de-actuacion-para-la-atencion-al-parto-respetuoso/>
5. Borges Damas L et al. Parto humanizado en Cuba. Manual de enfermería. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2021. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/parto-humanizado-en-cuba-manual-de-enfermeria/>
6. Carreño Acebo ME, Calle Poveda AG. Aspectos fundamentales de los programas de estimulación temprana y sus efectos en el desarrollo de los niños de 0 a 6 años. Recimundo. 2020;4(1):499-520. DOI: <https://doi.org/10.26820/recimundo/>
7. Borges Damas L et al. Psicoprofilaxis obstétrica desde la perspectiva del parto humanizado. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2020. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/psicoprofilaxis-obstetrica-desde-la-perspectiva-del-parto-humanizado/>
8. Borges DL, Sánchez MR, Peñalver SAG, et al. Psicoprofilaxis obstétrica: un camino ineludible para el logro del parto humanizado en Cuba. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2020;46(3):1-20. Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/79/67>





Capítulo 12

Actividad física, salud reproductiva y bienestar materno infantil

Yamila Fernández Nieves y Maylene López Bueno

El movimiento define el inicio mismo de la vida; para concebir un nuevo ser humano, una de las condicionantes más importantes es la movilidad progresiva de los espermatozoides, de la cual depende que, en una carrera de millones de ellos contra el tiempo, solo uno arribe a la meta y logre fecundar el óvulo; este una vez fecundado, debe recorrer la trompa de Falopio, hasta lograr anidar en el endometrio. Así comenzamos nuestras vidas, desde el podio de la fertilidad.

Durante el proceso de gestación los movimientos del feto, constituyen uno de los primeros signos de bienestar fetal y devienen un indicador imprescindible de un adecuado desarrollo neuromuscular. El parto eutócico, está marcado por una definitoria capacidad de contracción muscular: la contractibilidad uterina. Asimismo, los primeros ejercicios de cuello, los hace el propio feto para encontrar y ajustar sus medidas corporales, al estrecho canal por el cual realizará su primer y más difícil viaje al asomarse al mundo extrauterino.

Una vez que nace, especialmente durante los primeros 2 años de vida, el niño se construye así mismo, a partir del movimiento. Al respecto, Berruezo refiere:

El desarrollo psicomotor (DPM), como proceso, implica que con sus potencialidades genéticas -las que va madurando junto a la intervención de facilitadores socioambientales- vaya construyendo su propia identidad. Esa identidad es tangible primero y representativa después. La motricidad al comienzo, está inducida por nuestras sensaciones (sensoriomotricidad), luego por nuestra organización de la realidad (perceptomotricidad) y finalmente por nuestros deseos y pensamientos (ideomotricidad). De manera que el DPM va de la acción a la representación, del acto al pensamiento, de lo concreto a lo abstracto, de lo corporal a lo cognitivo. ⁽¹⁾

Simultáneamente. la capacidad funcional progresa de manera proporcional al crecimiento y desarrollo físico; para gran parte de las funciones orgánicas, la máxima capacidad funcional se alcanza generalmente al final del periodo de maduración

sexual o inicio de la vida adulta. Con el paso de los años, tiene lugar un progresivo deterioro estructural, así como un lento e inexorable declinar de la capacidad funcional. Esta disminución progresiva de funcionalidad, deviene la principal característica del proceso de envejecimiento, conduciendo al individuo a una situación de mayor vulnerabilidad, con una menor capacidad de respuesta ante la enfermedad y un mayor riesgo de dependencia; o sea, al estado de fragilidad. Mantener la movilidad y capacidad locomotora, constituye uno de los indicadores esenciales del envejecimiento saludable, contribuyendo a la prevención de las enfermedades no transmisibles (ENT), principal causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad a nivel global. ⁽²⁾

La inactividad física como factor de riesgo de enfermedades no transmisibles y su impacto en la salud reproductiva

Las luces del desarrollo tecnológico de los últimos dos siglos, han traído aparejado la oscuridad epidemiológica de nuestra especie. Los entornos obesogénicos predominantes, caracterizados por la ingesta calórica elevada y el sedentarismo, han contribuido a que miles de millones de personas de todo el mundo estén afectadas por enfermedades no transmisibles (ENT), y en todas las etapas de la vida, desde la infancia hasta la vejez. ⁽³⁾

A causa de las enfermedades no transmisibles mueren anualmente a 41 millones de personas, lo que equivale al 74 % de todas las muertes a nivel mundial; dentro de ellas, las cardiovasculares representan la mayoría de las muertes por ENT, seguidas por el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. En Cuba, también la tasa de mortalidad por ENT, es la más elevada. ⁽⁸⁾

Los factores de riesgo metabólicos, asociados al incremento de la prevalencia e incidencia de estas enfermedades son ampliamente conocidos: la presión arterial elevada, el sobrepeso-obesidad, la hiperglucemia y la hiperlipidemia. Asimismo, entre los factores de riesgo comportamentales modificables figuran el consumo de tabaco, la dieta poco saludable, el consumo de alcohol y la inactividad física. Actualmente, el 81 % de los adolescentes y el 27,5 % de los adultos de todo el mundo, no alcanzan los niveles de actividad física recomendados por la OMS -150 min semanales de actividad física moderada o 75 min semanales de actividad vigorosa o fuerte- lo que no solo afecta a las personas a lo largo de su vida y a sus familias, sino a los servicios de salud y a la sociedad en su conjunto. ⁽⁴⁾

En particular, la relación entre el sobrepeso y la obesidad, con la inactividad física y el sedentarismo, cobra cada vez más relevancia si de salud cardiometabólica se trata. El riesgo cardiovascular global, se incrementa con el aumento de peso corporal; la obesidad se asocia a elevados niveles de daño oxidativo celular, disfunción mitocondrial, lipotoxicidad, y resistencia a la insulina e hiperinsulinemia.

Al músculo corresponde el 40 % del peso corporal, de manera que el efecto directo del ejercicio físico, deviene fundamental para generar el aumento de la oxidación del tejido

graso, un incremento de la sensibilidad a la insulina, así como de la actividad antiinflamatoria, cardioprotectora e hipertrofia muscular. La contracción del músculo esquelético como respuesta al ejercicio, libera una variedad de mioquinas (citocinas de origen muscular) que median los efectos anteriormente mencionados. Estos péptidos le permiten al músculo interactuar con tejidos distantes como el adiposo, el hígado, el páncreas, el óseo y el cerebro, ejerciendo su acción por vía autocrina, paracrina o endocrina indistintamente.⁽⁵⁾

El balance adecuado entre la energía aportada por los alimentos que ingerimos y el gasto energético, contribuye sustancialmente al mantenimiento un peso corporal óptimo. Este balance está regulado en gran medida, por la proteína AMPK -cinasa activada por monofosfato de adenina- considerada un sensor de energía y regulador metabólico. El ejercicio físico es uno de los activadores más potentes de la AMPK, en condiciones fisiológicas. El grado de activación de la AMPK dependerá de la intensidad del ejercicio.⁽⁶⁾

Por estas, entre otras razones, la actividad física regular favorece la salud física y mental. Es beneficiosa para las personas de todas las edades y con cualquier capacidad -incluyendo el embarazo- nunca es demasiado tarde para empezar a ser más activo y menos sedentario a fin de mejorar la salud.⁽⁷⁾

Para la salud reproductiva, las implicaciones de las ENT y sus factores de riesgo, no son menos devastadoras. En la estrategia para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), refiere que los programas de salud materna deben tener presente que el panorama epidemiológico está cambiando y las principales causas de defunción materna se están modificando, al tiempo que baja la razón de mortalidad materna; lo que se denomina “transición obstétrica”. En las estrategias para reducir la mortalidad materna, se deben tener en cuenta las pautas cambiantes de la fecundidad y de las causas de muerte, que pasan de ser principalmente causas directas y enfermedades transmisibles, a ser en mayor proporción causas indirectas y enfermedades crónicas.⁽⁸⁾

El exceso de tejido adiposo en las mujeres aumenta el riesgo de subfertilidad. La desregulación hormonal (ovulación versus anovulación), resistencia a la insulina e hiperinsulinemia, resulta en altos niveles de andrógenos y en una reducción de la cantidad de folículos y de los niveles de progesterona. Así, el síndrome de ovario poliquístico (SOP) se considera la endocrinopatía más frecuente en mujeres en edad reproductiva actualmente. En estas pacientes, la primera línea de tratamiento la constituye los cambios en el estilo de vida, consistente en mantener una diet con restricción calórica y realizar actividad física -ejercicio vigoroso por 30 a 45 min al menos tres veces por semana.

En el caso del hombre, se han observado oligospermia y azospermia en hombres obesos, además de incrementar el estrés oxidativo, modificar la función de la barrera hemato-testicular, alterar la pulsatilidad hipotalámica de la hormona generadora de gonadotropina (GnRH), generando una menor capacidad espermática.⁽⁹⁾

El riesgo de ENT puede pasarse entre generaciones; por lo tanto, el embarazo presenta una oportunidad de brindar a la mujer y su hijo una vida libre de estas enfermedades. En

este sentido, la Federación internacional de ginecología y obstetricia (FIGO), se pronuncia a favor de que un peso corporal saludable y una alimentación equilibrada antes, durante y después del embarazo, pueden prevenir ENT tanto en la mujer como en su hijo. Asimismo, hace hincapié en la necesidad de tomar medidas para disminuir la obesidad y la malnutrición en las mujeres en edad fértil y sus parejas es fundamental para lograr muchos de los objetivos del desarrollo sostenible.⁽¹⁰⁾

En un estudio de revisión publicado recientemente (2022), sobre la asociación entre las ENT maternas, con los trastornos del neurodesarrollo en el producto de la concepción, específicamente con los trastornos del espectro autista (TEA), los autores encontraron que la obesidad materna pregestacional, podría estar asociada a mayor riesgo de trastornos del espectro autista (TEA) en la descendencia. Las mujeres con SOP, tienen más probabilidades de tener un hijo con igual condición. Asimismo, la obesidad, la diabetes gestacional y la exposición materna a la preeclampsia, están asociadas con este trastorno del neurodesarrollo.⁽¹¹⁾

La FIGO, refrenda que los esfuerzos en la prevención y el control de las ENT, deben comenzar y enfocarse sustancialmente en la salud durante la preconcepción y materna. El embarazo ofrece una oportunidad única para integrar los servicios de salud materna e infantil, con la promoción de la salud y la prevención de ENT, lo que, a su vez, ofrece un puente para crear servicios más integrados en el nivel de atención primaria.⁽¹²⁾

Actividad física. Prevención y control de las ENT para el bienestar materno infantil

La Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), asume que el ejercicio físico, entendido como la actividad física que consiste en movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos, realizados para mejorar uno o más componentes de la aptitud física; es un elemento esencial de un estilo de vida saludable. Asimismo, refrenda que los obstetras-ginecólogos y otros proveedores de atención obstétrica, deben alentar que sus pacientes continúen o comiencen a hacer ejercicio, como un componente importante de la salud óptima.

Reconoce, que las mujeres que hacen ejercicio durante el embarazo, han mostrado beneficios tales como disminución de la diabetes *mellitus* gestacional, parto por cesárea o parto vaginal quirúrgico, y tiempo de recuperación posparto. La actividad física también puede ser un factor esencial en la prevención de los trastornos depresivos de las mujeres en el puerperio. La actividad física y el ejercicio en el embarazo, se asocian con riesgos mínimos y se ha demostrado que benefician a la mayoría de las mujeres, aunque puede ser necesaria alguna modificación en las rutinas de ejercicio debido a los cambios anatómicos y fisiológicos normales y los requisitos fetales. En ausencia de complicaciones o contraindicaciones obstétricas o médicas, la actividad física en el embarazo es segura y deseable, y se debe alentar a las mujeres embarazadas a continuar o iniciar actividades físicas seguras.⁽¹³⁾

Por otra parte, la OMS refiere que las mujeres embarazadas y en puerperio deben limitar el tiempo que dedican a actividades sedentarias. Sustituir el tiempo sedentario por una actividad física de cualquier intensidad (incluso leve) se traduce en beneficios para la salud. De hecho, a todas las mujeres embarazadas y en puerperio, sin contraindicaciones, se les recomienda hacer como mínimo 150 min de actividad física aeróbica de intensidad moderada cada semana e incorporar ejercicios de fortalecimiento muscular, con el fin de obtener beneficios notables para la salud. ⁽¹⁴⁾.

Consideraciones finales

La salud reproductiva deviene prioridad ineludible. La prevención de la morbimortalidad y discapacidad materno infantil e incluso de problemas de salud de la madre décadas después, reclama la identificación de factores de riesgo que favorezcan el desencadenamiento de procesos morbosos capaces de hacer peligrar la salud del binomio. La actividad física intensa, está ampliamente reconocida como un factor de riesgo reproductivo; sin embargo, resulta muy escasa la percepción del riesgo, sobre el sedentarismo o inactividad física y por consiguiente, los bajos niveles de condición física de la mujer en la etapa pre-concepcional y prenatal, a pesar de su evidente relación favorecedora con los principales factores de riesgo causales de morbimortalidad y discapacidad materno-infantil.

Referencias bibliográficas

1. Berruezo PP. El contenido de la Psicomotricidad. Reflexiones para la delimitación de su ámbito teórico y práctico. [Internet]. 2008. [Consultado el 3 de septiembre de 2024]; 1(49):15-26. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/274/27414780003.pdf>
2. Causas principales de mortalidad y pérdidas en salud de nivel regional, subregional y nacional en la región de las Américas, 2000-2019. Portal de datos ENLACE; Organización Panamericana de la Salud, 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enlace/causas-principales-mortalidad-discapacidad>
3. Organización Mundial de la Salud. Es hora de actuar: informe de la Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS sobre enfermedades no transmisibles. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272712/9789243514161-spa.pdf>
4. World Health Organization. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WHO; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>
5. Paramio Rodríguez A, Carrazana Garcés E, Hernández Navas M, Rivero Villalba LG. Riesgo cardiovascular global y obesidad en pacientes del primer nivel de atención. Rev haban cienc méd. 2022;21(1):e4214. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4214>
6. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la actividad física. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240060449>

7. Miranda N, Tovar Palacio AR, Palacios B, Torres y Torres N. La AMPK como un sensor de energía celular y su función en el organismo. *Rev Invest Clin.* 2007; 59 (6): 458-469. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2007/nn076h.pdf>
8. Organización Panamericana de la Salud. Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM). Washington, D.C: OPS. 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51963/9789275322106-spa.pdf>
9. Costanzo, P. Obesidad en el hombre. ¿Afecta la fertilidad? *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes.* 2023;57(3 Suplemento XI Jornadas Nacionales de Diabetes): 04-28. DOI: <https://doi.org/10.47196/diab.v57i3Sup.679>
10. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Pronunciamiento del Comité sobre el embarazo y las enfermedades no transmisibles: Obesidad en el embarazo y la iniciativa de nutrición; 2019. Disponible en: <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-02/13.11.19%20-%20Committee%20on%20Pregnancy%20and%20NCDs%20Statement%20-%20PONI%20ES.pdf>
11. Nova R, Morales G, Ahumada D. Factores nutricionales y alimentarios asociados al desarrollo y comportamiento del espectro autista: Un resumen de la evidencia. *Rev Chil Nutr.* 2022; 49(6): 753-759. <https://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v49n6/0717-7518-rchnut-49-06-0753.pdf>
12. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Declaración de América Latina y el Caribe sobre la hiperglucemia en el embarazo; 2017. Disponible en: <https://www.figo.org/es/Declaraci%C3%B3n-mundial-de-la-FIGO-sobre-la-hiperglucemia-en-el-embarazo>
13. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period: ACOG Committee Opinion, Number 804. *Obstetrics & Gynecology.* 2020;135(4):p e178-e188. DOI: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003772>
14. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios. Resumen ejecutivo. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK581975/>





Capítulo 13

La alimentación en el lactante y el niño menor de dos años

Pablo Carlos Roque Peña y Lizzette del Rosario López

Los primeros 1000 días de una persona, o el período desde la concepción hasta los dos años, son los más cruciales para el desarrollo de su cerebro, cuerpo, metabolismo y sistema inmunológico. La lactancia materna proporciona beneficios incomparables para el desarrollo del cerebro y brinda a los bebés el comienzo más saludable en la vida.⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y su continuación junto con alimentos complementarios apropiados hasta los dos años de edad o más. La promoción inadecuada de los sucedáneos de la leche materna sigue siendo una amenaza para la protección y el apoyo a la lactancia materna en todo el mundo, lo que socava la elección informada entre padres y cuidadores, y conduce a una práctica de lactancia materna subóptima tanto en entornos de altos como de bajos ingresos.⁽¹⁾

La lactancia materna, más allá de ser un proceso por el cual las madres mamíferas alimentan a sus descendencias, constituye para esta especie el cómo crecen y se desarrollan las familias. En esto influyen un grupo de aspectos genéticos, sociales, culturales que transfieren un grupo de fenómenos al comportamiento, los que giran alrededor de la lactancia, y a su vez, hacen que esta especie, “los mamíferos”, sean únicos y diferentes al resto de las especies vivientes, por lo que es un hecho biosociocultural, simbiosis de instinto, lo social y lo cultura.

Los fenómenos sociales y culturales son los que le confieren una especial vulnerabilidad: avances científicos, cambios sociológicos, desinterés de sanitarios y presiones comerciales, han estado a punto de hacer desaparecer la lactancia materna en el último siglo. Estimular al estudio e investigación hará entender cómo funciona la lactancia materna y conducirá a recuperar la cultura de la lactancia materna dentro de la sociedad y los profesionales de la salud.

Antecedentes

Desde la prehistoria hasta el siglo XX

Diferentes documentos, desde la prehistoria, evidencian que la duración media recomendada y práctica de la lactancia en las diversas culturas se ha mantenido estable entre los 2 y 4 años. El desarrollo de la dentición ha sido un factor decisivo, tanto en la introducción de alimentos distintos a la leche materna como en el destete definitivo, que en muchas sociedades han estado condicionados respectivamente por la aparición de los primeros dientes en el segundo semestre y su erupción total hacia los dos años.

Hasta hace unos 125 años, todos los niños eran amamantados, pero no siempre por sus madres, en muchas civilizaciones eran alimentados por nodrizas. Los niños alimentados por las nodrizas tenían tasas de mortalidad más altas que los alimentados por sus propias madres. En los intentos de alimentar recién nacidos y lactantes con leches de animales o modificaciones de estas, desde la antigüedad hasta finales del siglo XIX, la mortalidad era cercana al 100 %.

En el siglo XX se inicia el mayor experimento a gran escala en una especie animal (la humana) y sin comprobaciones previas de los posibles resultados: a la especie humana, se le cambia su forma de alimentación inicial y centenares de miles de niños pasan a ser alimentados con leche modificada de una especie distinta. Las consecuencias, que no se previeron, han sido desastrosas en el mundo (miles de muertos por infecciones y desnutridos) y más de una generación de mujeres no ha amamantado a sus hijos, interrumpiéndose la transmisión de conocimientos intergeneracional, perdiéndose la cultura del amamantamiento, de la crianza natural y, posiblemente el vínculo afectivo natural entre madre e hijo, interviniendo tres componentes:

1. Modificaciones de la leche de vaca: la cual fue modificada y envasada, lo que mejoro su utilización, y los resultados en la nutrición y mortalidad infantil; pero nació nueva industria, que rápidamente se convirtió en una transnacional, y que distribuyó todos sus productos hacia todos los rincones del mundo, con campañas engañosas y desiguales con respecto a la lactancia materna, fomentando su uso por encima de esta última.
2. Cambios sociológicos ocurridos en la era moderna de la sociedad industrial a lo largo de los siglos XIX y XX: como son la incorporación de la mujer al trabajo, Un cierto espíritu de modernidad con creencias ciegas en los avances científico-técnicos, pensamiento feminista inicial: La lactancia artificial es considerada como una liberación, enormes intereses económicos industriales y una participación activa de las clases sanitarias.
3. En el proceso adaptativo la especie a la cual pertenecemos, empezó una sutil y lenta modificación evolutiva de su cadera que le conduciría de la condición de cuadrúpedo a la bipedestación; pero esto conllevó a que el parto en la mujer se hiciera más

complejo que en los primates o antecesores cuadrúpedos. Esta situación hizo que el parto se medicalizara, con la participación del personal médico especializado, complejizando un proceso natural y fisiológico. Poniéndose de moda que el parto que se realizaba en las casas o en la comunidad, pasara a realizarse en los hospitales llamados inteligentes o científicos.

Despertar de la humanidad

Desde las primeras llamadas de alerta en 1974 y 1978 de la Asamblea Mundial de la Salud. Por las bajas tasas de incidencia y duración de la lactancia materna, son reconocidas como un problema de salud pública. Diversos organismos internacionales han publicado recomendaciones y planes de acción dirigidas a la solución de este.

En el año 1981 surge en el mundo, después de muchas discusiones, entre las diferentes organizaciones y países, el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna de la OMS (OMS-UNICEF). Este tiene como objetivos asegurar el uso correcto de los sucedáneos de leche materna, controlar las prácticas inadecuadas de comercialización de alimentos infantiles, prohíbe la publicidad directa y la entrega de muestras gratuitas de cualquier sucedáneo y de los útiles para administrarlos y obliga al personal sanitario, a los fabricantes y a los gobiernos a proteger la lactancia materna. ⁽²⁾

En 1989 surge el reconocimiento conjunto de OMS-UNICEF: la Declaración de Innocenti, la cual declara que: “La lactancia materna es el mejor modo de alimentación para el lactante. Todas las madres tienen derecho a amamantar y sus lactantes a ser alimentados con leche materna, en exclusiva hasta los 6 meses y junto con otros alimentos hasta los 2 años y más”.

En el año 1991 surge la iniciativa mundial impulsada por OMS y UNICEF los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural”, “Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños”; donde se engloban las acciones necesarias para el apoyo a la lactancia en las maternidades y constituyen la base de la iniciativa “Hospital amigo de los niños y de las madres”. Esta estrategia, es rápidamente acogida por todos los países del mundo y la mayoría de los hospitales la desarrollan actualmente, a pesar de esto todavía existen algunos hospitales que no se han acogido a la iniciativa, y los resultados en lactancia materna siguen siendo muy bajos, en cuanto a su utilización como forma fundamental en la alimentación del niño menor de dos años.

En las últimas décadas, con el esfuerzo de varias organizaciones no gubernamentales e internacionales OMS y UNICEF, las asociaciones de profesionales de la salud, muchos países están empezando a incrementar sus índices de lactancia. Se tendrá que realizar un esfuerzo conjunto y mantenido en el país y en el mundo para acercarnos a lo ideal: 100 % de lactancia materna exclusiva a los 6 meses de edad y complementada con otros alimentos saludables a partir de esta edad y hasta los dos años y más.

Por lo expuesto hasta el momento, se muestran algunas evidencias científicas de los últimos años que corroboran la importancia de la lactancia materna y que explican el por qué se debe retomar la cultura de esta práctica perdida en la humanidad y en Cuba.

Seccionado el cordón umbilical ¿Cómo continúa el crecimiento y desarrollo del bebé, conducido por la genética materna?

Epigenética, la guía de un crecimiento y desarrollo apropiado

Desde hace tiempo se sabe que la lactancia materna genera muchos beneficios para la salud física y mental de madres y bebés. Pero, ¿pueden estos beneficios ser debidos a cambios genéticos inducidos por la lactancia materna? Se ha reportado, en investigaciones recientes, que la lactancia materna cambia la actividad de un gen que regula la respuesta fisiológica del bebé al estrés, específicamente la liberación de la hormona cortisol, a través de la metilación de una importante región reguladora del gen del receptor de glucocorticoides que regula el desarrollo, el metabolismo y respuesta inmune. La lactancia materna se asoció con una disminución de la metilación del ADN y una disminución de la reactividad del cortisol en los bebés. ⁽³⁾

La leche materna contiene infinidad de fragmentos de microARN. Derivado de la glándula mamaria. Hasta ahora se han identificado más de 1400 tipos diferentes de microARN no codificantes en la leche materna; su composición se ve afectado por la genética materna, la dieta y los factores ambientales. ⁽⁴⁾ La leche es una rica fuente de miARN empaquetados en exosomas. Se informaron pruebas de la absorción sistémica y la distribución tisular de los miARN exosomales de la leche en humanos y animales recién nacidos y adultos. Los bebés con lactancia materna se asociaron con un menor riesgo de obesidad. Se han detectado en leche humana numerosos miARN exosomales relacionados con la regulación de la adipogénesis. Se ha demostrado que los miARN de leche materna ingeridos pueden alterar la expresión génica en la descendencia para regular su metabolismo y crecimiento. ⁽⁵⁾

Microbiota intestinal del bebé su dominio en el crecimiento y desarrollo adecuado

La leche materna no es estéril, está llena de bacterias maternas buenas y tiene su propio microbioma específico de la madre, compuesto principalmente por lactobacterias y bifidobacterias. Además de ayudar a regular la microbiota intestinal del recién nacido, el microbioma de la leche materna controla la presencia y crecimiento de otras bacterias, incluidas las patógenas. De esta manera, es de suma importancia para el desarrollo de la respuesta inmune del lactante. ⁽⁶⁾ La alimentación con fórmula, y en particular la alimentación temprana con fórmula, se asocia con una alteración de la microbiota intestinal del lactante, con importantes daños para la salud infantil. ⁽⁷⁾

La microbiota intestinal actúa como un factor clave en el equilibrio entre salud y enfermedad al regular la susceptibilidad a infecciones y alergias. ⁽⁸⁾ Los prebióticos y probióticos de la leche materna, así como sus compuestos antimicrobianos específicos y no específicos de antígeno, actúan como semillas para la microbiota intestinal y su evolución.

A partir del primer año de vida, el perfil microbiano es individualmente característico del bebé y empieza a aumentar tanto a nivel de complejidad, diversidad y funcionalidad, convergiéndose cada vez más hacia una microbiota similar a la de un adulto. ⁽⁹⁾ Aproximadamente entre los 2 y 3 años de edad (infancia temprana), y después del cese de la lactancia, la composición de la microbiota intestinal que se establece, es casi completamente similar a la de un adulto.

De modo que, durante los primeros 3 años su composición depende en gran parte de la lactancia materna y la alimentación complementaria. Por lo tanto, este periodo es decisivo para el establecimiento de una microbiota intestinal saludable ya que el 60-70 % de estas bacterias intestinales permanecen inalteradas durante el transcurso de la vida. Los periodos neonatal y de la infancia temprana son críticos para cualquier intervención dietética, ya que esta microbiota establecida es vital para el crecimiento y el desarrollo infantil y cualquier alteración de esta, en etapas tempranas del infante, puede afectar profundamente su salud y desarrollo. ⁽⁹⁻¹¹⁾

Las pautas para cuidar la microbiota del bebé son: parto vaginal, alargar la lactancia materna, evitar el abuso de los antibióticos, diversidad en la dieta y entorno sin estrés. ⁽¹²⁾

Maduración inmunológica del bebé gobernada por la inmunidad materna

La lactancia materna y la leche materna son esenciales para moldear el sistema inmunológico por el resto de la vida. Esto es particularmente importante para la prevención de enfermedades inmunodependientes como la alergia, la diabetes tipo 1 y 2, la obesidad y otras enfermedades crónicas no infecciosas, con todas sus consecuencias. ⁽¹³⁾ Hay abundante evidencia que demuestra que cualquier alteración en la microbiota intestinal en los primeros años de vida, mientras el sistema inmunológico aun se está desarrollando, puede tener efectos duraderos en la salud inmunológica local y sistémica. ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

Conclusiones

La lactancia materna más allá de ser un proceso por el cual las madres mamíferas alimentan a sus descendencias, constituye para esta especie el cómo crecen y se desarrollan las familias, donde influyen un grupo de aspectos genéticos, sociales, culturales que transfieren un grupo de fenómenos al comportamiento, que giran alrededor de la lactancia, y a su vez, hacen de esta especie, “los mamíferos”, sean únicos y diferentes al resto de las especies vivientes.

La leche humana es un fluido dinámico, con una composición bien definida en macro y micronutrientes. El desarrollo tecnológico ha permitido conocer en detalle algunos de los componentes menores presentes en la leche materna, muchos de ellos con propiedades bioactivas que juegan un papel fundamental en el crecimiento y desarrollo adecuado de los humanos.

Salvo en circunstancias raras o extraordinarias, la sustitución de la leche materna por sus sucedáneos, priva a los lactantes y niños, a las madres y a las familias, a los sistemas de atención sanitaria, a la economía y al medio ambiente de tantos beneficios, que la balanza siempre está a favor de la leche materna y la lactancia materna.

En este capítulo de forma resumida se demuestra la importancia de la lactancia materna y porqué tenemos que luchar para recuperar la cultura de la lactancia materna dentro de la sociedad y los profesionales de la salud.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Infant and young child feeding. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-alimentation>
2. Organización Mundial de la Salud. Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1981. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255194/WHO-NMH-NHD-17.1-spa.pdf?sequence=1>
3. Hatmal MM, Al-Hatamleh MAI, Olaimat AN et al. Propiedades inmunomoduladoras de la leche materna humana: contenido de microARN y posibles efectos epigenéticos. *Biomedicinas*. 2022;10(6):1219. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35740242/>
4. Abbas MA, Al-Saigh NN, Saqallah FG. Regulation of adipogenesis by exosomal milk miRNA. *Rev Endocr Metab Disord*. 2023;24:297–316. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11154-023-09788-3>
5. Arautava S. Contacto microbiano temprano, el microbioma de la leche materna y la salud infantil. *J Dev Orig Health Dis*. 2016;7:5-14.
6. Pärnänen KMM, Hultman J, Markkanen M et al. La alimentación con fórmula en los primeros años de vida se asocia con alteraciones de la microbiota intestinal infantil y una mayor carga de resistencia a los antibióticos. *Soy J Clin Nutr*. 2022;115:407-21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34677583/>
7. Hand TW, Vujkovic-Cvijin I, Ridaura VK, Belkaid Y: Vinculación de la microbiota, las enfermedades crónicas y el sistema inmunológico. *Tendencias Endocrinol Metab*. 2016;27:831-43.
8. Nogacka AM et al. Early microbiota, antibiotics and health. *Cell. Mol. Life Sci*. 2018;75:83–91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28988290/>
9. Rodríguez JM et al. The composition of the gut microbiota throughout life, with an emphasis on early life. *Microb. Ecol. Health Dis*. 2015;26:26050. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25651996/>

10. Kashtanova DA et al. Association between the gut microbiota and diet: Fetal life, early childhood, and further life. *Nutrition*. 2016;32:620-627. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26946974/>
11. Ranucci G, Buccigrossi V, de Freitas MB, Guarino A, Giannattasio A. Early-life intestine microbiota and lung health in children. *J. Immunol. Res.* 2017, 8450496. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29359170/>
12. Camacho-Morales A, Caba M, García-Juárez M et al. La lactancia materna contribuye a la programación inmune fisiológica del recién nacido. *Pediatra frontal*. 2021;9:744104. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34746058/>
13. Van den Elsen LWJ, Garssen J, Burcelin R, Verhasselt V. Dar forma a la microbiota intestinal mediante la lactancia materna: ¿la puerta de entrada a la prevención de las alergias? *Pediatra Frontal*. 2019;7:47. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30873394/>
14. Alarcón P, González M, Castro E. Rol de la microbiota gastrointestinal en la regulación de la respuesta inmune. *Rev Med Chile*. 2016;144:910-916. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n7/art13.pdf>





Capítulo 14

Enfoque holístico de una salud y su relación con la salud materna infantil

Vivian Rosario Mena Miranda

Una sola salud es un enfoque holístico y unificador que tiene como objetivo equilibrar y optimizar la salud de las personas, los animales y los ecosistemas. ⁽¹⁾ Es importante la relación entre la exposición que tiene el ser humano y su interacción constante con el medio ambiente, el cual es el reservorio ideal para sustancias tóxicas y microorganismos que modifican la epigenética y afectan el microbioma. Esta condición se relaciona de manera directa con la salud materna infantil, cuyo principio es el bienestar durante el embarazo, el parto y el período posnatal. ⁽²⁾

El concepto de “exposoma” abarca la totalidad de las exposiciones desde la concepción en adelante, complementando al genoma. La comprensión de su interacción con el microbioma gastrointestinal proporciona nuevas perspectivas de intervención clínica, a través de la regulación de los sistemas inmunológico, metabólico o neuroendocrino, asociados con el intestino, lo que puede prevenir diferentes enfermedades. ⁽³⁾

El objetivo de este capítulo es identificar aspectos que relacionan el equilibrio del proceso salud enfermedad, desde un enfoque transversal, que comprende desde el medio ambiente hasta el individuo como parte de un único sistema.

Factores del medio ambiente que intervienen en la salud materno infantil

El cambio climático, las migraciones, las catástrofes naturales y los conflictos bélicos se asocian a aumento de la zoonosis, de las enfermedades transmitidas por vectores y de transmisión hídrica, a través de agua y alimentos contaminados, por lo que afectan a las personas más vulnerables y desfavorecidas. ⁽⁴⁾

La enteropatía ambiental, es una enfermedad social, caracterizada por la presencia o no de diarreas, a la que se asocia a malnutrición proteico energética y déficit inmunológico. Esto se debe a la exposición permanente a contaminantes

ambientales en condiciones de insalubridad, lo que modifica el crecimiento y desarrollo de la población infantil. Los niños/as a los que se le afecta la talla tienen predisposición al sobrepeso y a la obesidad en la edad adulta, porque posteriormente se exponen a una dieta hipercalórica, lo que aumenta la probabilidad de padecer de enfermedades crónicas de la infancia. ⁽⁵⁾

Contaminantes ambientales, su relación con la salud materno infantil

Los xenobióticos son sustancias que pertenecen al grupo de contaminante ambientales que están relacionados con actividades antropogénicas, como son los procesos industriales, la urbanización, la eliminación de residuos, la agricultura. Introducen directamente en el ecosistema diversos compuestos, con la importante característica común de ser extraños al sistema biológico y como tales, pueden causar efectos adversos sin precedentes en la interacción del ser humano con los diferentes ecosistemas. Actualmente, los más investigados son pesticidas, conservantes, plastificantes, productos de cuidado personal, colorantes, pigmentos, medicamentos, cosméticos, saborizantes, fragancias, aditivos alimentarios. ^(6,7)

La minimización de la exposición a contaminantes ambientales, como el plomo y el mercurio, el manganeso y el cadmio, es esencial para prevenir alteraciones epigenéticas adversas. Por eso, es necesario identificar y reducir en el hogar y en entornos naturales estas sustancias, porque pueden afectar, desproporcionadamente a los niños y las mujeres embarazadas, condicionar trastornos de salud crónicos y a menudo irreversibles, como defectos congénitos del desarrollo neurológico. el autismo (aún por confirmar), cambios del carácter, enfermedades asociadas con alteraciones endocrinas y algunos cánceres. ⁽⁷⁾

Los microplásticos (MP) son polímeros que actúan como vectores de posibles patógenos u otros contaminantes, lo que potencialmente afecta directa o indirectamente la microbiota intestinal, condiciona estrés oxidativo e inflamación. También, intervienen en la formación de un resistoma móvil que abarca diversos genes de resistencia a antibióticos (ARG) biocidas/metales (BMRG), y elementos genéticos móviles (MGEs). Este repertorio genético colectivo, denominado “plastioma”, puede potencialmente perpetuar la resistencia ambiental a los antimicrobianos complejizando su utilización. ^(8,9)

Factores individuales que condicionan disbiosis intestinal

La mucosa intestinal muestra un papel multifacético, porque actúa como barrera física y química, inmunológica y moduladora de la respuesta del individuo a estímulos externos e internos. Está compuesta por un sistema microbiano muy complejo y diverso, el cual potencialmente se utiliza como predictor de la homeostasis sistémica. ⁽¹⁰⁾

Alimentación-nutrición

La alimentación adecuada de la madre en los “mil días críticos” es un seguro de salud para la vida futura del niño/a, ya que los daños que se generen durante ese periodo tienen

consecuencias irreversibles. Los cambios en la calidad o en la cantidad de los nutrientes que consume la mujer embarazada, pueden influir de forma permanente sobre los órganos en desarrollo del feto.

Esos efectos se conocen como “programación” y constituyen un factor importante en la aparición de enfermedades no transmisibles, fundamentalmente en la edad adulta, como la enfermedad cardiovascular, el síndrome metabólico, la intolerancia a los hidratos de carbono y el asma, entre otras afecciones.⁽¹¹⁾

Las carencias nutricionales durante el embarazo, que ocasionan crecimiento intrauterino retardado, pueden alterar la expresión de algunos genes, ocasionando una programación anormal en el desarrollo de órganos, en la estructura y funcionalidad de los tejidos.

La composición de la microbiota intestinal en la primera semana de nacimiento se asocia con el número de infecciones respiratorias durante el primer año de vida, así como que el nacimiento por cesárea está relacionado con la incidencia de obesidad, alergias, asma y enfermedades autoinmunes y enfermedades neurológicas. La aparición de enfermedades no transmisibles también está marcada por el tipo y duración de la lactancia materna, por la calidad y tiempo de introducción de la alimentación complementaria y por los déficits nutricionales maternos, que conducen a crecimiento intrauterino retardado.

La dieta es una de las influencias más importantes en la homeostasis de la microbiota intestinal y es importante desde el nacimiento, como lo indican los estudios que muestran diferentes composiciones microbianas intestinales en lactantes amamantados frente a los alimentados con fórmula. Se han investigado alimentos y componentes dietéticos específicos para determinar el tipo de efectos que tienen en todo el organismo y se han encontrado un efecto entre la dieta y las enfermedades asociadas a la disbiosis, a las que se le añade los trastornos alérgicos, la enfermedad inflamatoria intestinal y ciertos tipos de cáncer.⁽¹²⁾

Abuso y uso antibióticos

La mayoría de las mujeres embarazadas están expuestas a algún tipo de medicamento durante el embarazo; los antibióticos (ATB) se encuentran entre los más indicados. La exposición prenatal durante el segundo o tercer trimestre se ha asociado a hospitalizaciones por infecciones en los primeros 6 años de vida y a epilepsia en la infancia.⁽¹³⁾ La microbiota gastrointestinal del lactante nacido por vía vaginal se caracteriza porque hay un predominio de: actinobacteria firmicutes, bacteroidetes, proteobacteria. Estas bacterias producen un pH ácido, lo que origina una inhibición de la colonización de patógenos en el neonato.

Además, se ha documentado que la microbiota, transmitida de madre a hijo influye, en su sistema inmunitario, para protegerlo de enfermedades. Los niños nacidos por cesárea tienen bacterias de las especies *Staphylococcus*, *Clostridium*, *Klebsiella*, *Enterobacter* y *Enterococcus*, que son resistentes a diversos antibióticos.⁽¹²⁾

Los antibióticos de amplio espectro pueden afectar la abundancia del 30 % de bacterias en la comunidad intestinal, lo que causa descenso rápido y significativo en la riqueza, diversidad y uniformidad taxonómica. Al terminar el tratamiento antibiótico, la microbiota puede regresar a una composición similar a la original, pero el estado inicial no se recupera por completo; en ocasiones las alteraciones microbianas inducidas por antibióticos pueden permanecer durante meses e incluso años.

La exposición a los antibióticos, incluso durante cortos periodos tiene efectos duros en la microbiota, que pueden predisponer al huésped a padecer de enfermedades atópicas, inflamatorias y autoinmunes; los efectos de la disbiosis inducida por antibióticos ocurren en etapas tempranas de la vida, un periodo crítico para la maduración del sistema inmunológico y el establecimiento de tolerancia inmunológica. Los cambios inducidos por los antibióticos pueden conducir al microbioma a estados similares en condición de enfermedad, ya que a partir de la pérdida del homeostasis en el intestino se reduce la señalización desde la mucosa intestinal a los órganos periféricos, lo que da lugar a la alteración en la regulación y el funcionamiento del sistema inmune.⁽¹⁴⁾

La resistencia a los antimicrobianos está vinculada a su uso irresponsable y excesivo de en diversos sectores (agricultura, ganadería y medicina humana); bajo la presión de la selección antimicrobiana, las bacterias adquieren genes de resistencia y elementos genéticos móviles que pueden propagarse a otras bacterias del mismo o diferente género. Cuando las bacterias adquieren resistencia, también adquieren una mayor capacidad para proliferar en animales, humanos y medio ambiente.

Todos los niños/as al nacer tienen como mínimo un tipo de gen de resistencia a antibióticos, a múltiples fármacos en el intestino, lo que indica que, incluso sin haber recibido un tratamiento antibiótico, existe un resistoma residente asociado al microbioma intestinal que puede condicionar enfermedades a través de las diferentes etapas de la vida. El uso incorrecto de antibióticos acelera la aparición de resistencias bacterianas y las infecciones con gérmenes panresistentes son más complejas y difíciles de tratar, aumentando los costos individuales y al sistema de salud.⁽¹⁴⁾

Conclusiones

“Una sola salud” se concibe como un planteamiento transformador encaminado a mejorar la salud, por lo que se necesita una vigilancia multidisciplinaria que controle los riesgos y ayude a determinar pautas en todos los ámbitos; todo esto repercutirá en el bienestar de la población mundial y en la protección de la salud materno infantil.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Una sola salud. Nota de prensa. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/one-health>

2. Organización Mundial de la Salud. Salud materna. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/maternal-1>
3. Mena Miranda VR, Fernández Delgado BP. Relación entre microbiota intestinal, epigenética y exposoma en la salud materno infantil. *Rev Cubana Pediatr.* 2019;91(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312019000200014&lng=es
4. Zinsstag J, Crump L, Schelling E, Hattendorf J, Maidane YO, Ali KO, et al. Climate change and one health. *FEMS Microbiol Lett.* 2018;365(11):fny085. DOI: <https://doi.org/10.1093/femsle/fny085>
5. Batista de Morais M, Pontes da Silva GA. Environmental enteric dysfunction and growth. *Journal de Pediatria (Versão em Português).* 2019;95(1):85-94 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpdp.2019.02.004>
6. Ortiz P, Torres-Sánchez A, López-Moreno A, Cerk K, Ruiz-Moreno Á, Monteoliva-Sánchez M, Ampatzoglou A, Aguilera M, Gruszecka-Kosowska A. Impact of cumulative environmental and dietary xenobiotics on human microbiota: Risk assessment for one health. *J Xenobiot.* 2022;12(1):56-63. DOI: <https://doi.org/10.3390/jox12010006>
7. de Prado P, Vrijheid M, Sunyer J, Dadvand P, Gómez L. Exposiciones a riesgos ambientales durante el embarazo. En: *El ambiente y su impacto en la salud materno infantil: ¿a qué nos enfrentamos?* Barcelona: Ed. Faros, SJD. 2022. pp. 61-100.
8. Guruge K, Goswami P, Kanda K, Abeynayaka A, Kumagai M. Plastiome: Plasticsphere-enriched mobile resistome in aquatic environments. *Journal of Hazardous Materials.* 2024;471(5):134353 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhazmat.2024.134353>
9. Fournier E, Etienne-Mesmin L, Grootaert C, Jelsbak L, Syberg K, Blanquet-Diot S, et al. Microplastics in the human digestive environment: a focus on the potential and challenges facing in vitro gut model development. *J. Hazard. Mater.* 2021;415:125632. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhazmat.2021.125632>
10. Garza-Velasco R, Garza-Manero SP, Perea-Mejía LM. Microbiota intestinal: aliada fundamental del organismo humano. *Educ. quím.* 2021;32(1):10-19. DOI: <https://doi.org/10.22201/fq.18708404e.2021.1.75734>
11. Martínez García RM, Jiménez Ortega AI, Peral-Suárez A, Bermejo LM, Rodríguez-Rodríguez E. Importancia de la nutrición durante el embarazo. Impacto en la composición de la leche materna. *Nutr. Hosp.* 2020;37(2):38-42. DOI: <https://doi.org/10.20960/nh.0355>
12. Vargas Aguilar VM, Beltrán Beltrán KM, Arroyo Álvarez K. Fisiopatología de la programación fetal y su repercusión en la salud futura. *Ginecol. obstet. Méx.* 2023;91(8):588-599. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412023000800588&lng=es
13. Marcelo Cardetti M, Rodríguez S, Sola A. Uso (y abuso) de antibióticos en la medicina perinatal. *Anales de Pediatría.* 2020;93(3):207.e1-207.e7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.06.010>
14. Camacho Silvas LA. Resistencia bacteriana, una crisis actual. *Rev Esp Salud Publica.* 2023;97:e202302013. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10541255/>





Capítulo 15

Importancia de la atención a la salud materno infantil para el desarrollo humano

María del Carmen Machado Lubian y Nancy Estévez Pérez

En Cuba, la atención a la salud materno infantil se sustenta en la prioridad que le otorga el Estado, la ejecución del Programa Nacional de Atención Materno Infantil (PAMI) y la garantía de acceso equitativo a los servicios de salud. ⁽¹⁾

Resulta importante lograr una buena atención a la salud materno infantil, pues existen evidencias, entre las que se encuentran las reportadas durante el 2008 por la serie Lancet sobre malnutrición infantil y materna, que confirman que, en estas etapas de la vida, las exposiciones adversas ejercen el mayor daño y las intervenciones el mayor beneficio. ⁽²⁾ Múltiples factores ambientales pueden afectar el desarrollo humano: características del ambiente físico, adversidad temprana, estrés prenatal, nutrición, inmunidad; muchos de ellos relacionados con la pobreza, por lo que el cambio hacia una mirada sistémica del desarrollo permite una comprensión integradora y avala la implementación de políticas que promuevan un desarrollo humano positivo y de mayor justicia social. ⁽³⁾

Este capítulo tiene como objetivo describir la importancia de la atención a la salud materno infantil para el desarrollo humano en las diferentes etapas de la vida.

Factores que influyen en las diferentes etapas del desarrollo

El desarrollo humano es el resultado de la interacción entre las características biológicas y las experiencias ofrecidas por el medioambiente; los factores adversos en estas dos áreas pueden afectarlo y a la probabilidad de que esto ocurra se le denomina “riesgo para el desarrollo”. La mayoría de los estudios clasifican los riesgos de ocurrencia de problemas del desarrollo como riesgos biológicos y riesgos ambientales. ⁽⁴⁾

Los riesgos biológicos son eventos pre-, peri- y posnatales, que pueden ocasionar problemas del desarrollo y pueden separarse de los de origen genético, por ejemplo, los errores innatos del metabolismo, las malformaciones y las anomalías congénitas.

Se consideran riesgos ambientales a las experiencias adversas de la vida ligadas a la familia, al medio ambiente y a la sociedad. ⁽⁴⁾ Los riesgos pre- y perinatales, como la malnutrición materna, la hipertensión arterial y el crecimiento intrauterino retardado, se asocian directamente con la prematuridad y el bajo peso al nacer (BPN), factores que, de manera conjunta, se relacionan con alteraciones del desarrollo tanto físicos como del neurodesarrollo. ⁽⁵⁾

En Cuba, en un estudio que se realizó en el 2002, se reportó una asociación significativa del bajo peso al nacer (BPN) con: la presencia de anemia en la madre al momento de la captación del embarazo, la sepsis urinaria, el asma bronquial, la hipertensión arterial, el aumento insuficiente de peso materno durante todo el embarazo, el hábito de fumar, la existencia de antecedentes de hijos con bajo peso al nacer y la asistencia extemporánea a las consultas de control prenatal; todos estos factores pueden considerarse factores de riesgo biológico para el desarrollo, al afectar el peso del niño al nacimiento. ⁽⁶⁾

Evidencias científicas también relacionan los problemas del desarrollo con la presencia de infecciones prenatales, como la toxoplasmosis, la sífilis, las infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana, por el citomegalovirus y, más recientemente, por el virus del Zika. ⁽⁷⁾ Otros estudios realizados en Cuba, muestran que los antecedentes perinatales, que se identifican con mayor frecuencia en pacientes con alteraciones del neurodesarrollo son: el bajo peso al nacer inferior a 1500 g, la edad gestacional al nacimiento entre 29 y 32 semanas, la asfixia intraparto y las infecciones graves. Otro antecedente perinatal a considerar es la necesidad de asistencia ventilatoria; a mayor tiempo en asistencia ventilatoria, mayor incidencia de alteraciones del neurodesarrollo. ^(8,9)

Por otra parte, los factores de riesgo ambiental que más se asocian a problemas del desarrollo son las malas condiciones sanitarias, la falta de recursos sociales y educacionales, la desintegración familiar y las prácticas inadecuadas de cuidado. ⁽⁴⁾ Otros estudios también han identificado factores como, el antecedente familiar de discapacidad intelectual, la exposición a sustancias tóxicas, las edades extremas de los padres y la baja escolaridad, en particular de la madre. Una especial mención requiere el bajo nivel socioeconómico, ya que de por sí engloba varios de los factores de riesgo antes mencionados. ^(10,11)

Desde etapas tempranas de la vida estos riesgos ambientales pueden afectar la estructura y función de diferentes órganos y sistemas a través de mecanismos epigenéticos, pudiendo ocasionar disfunciones que son la génesis de múltiples enfermedades crónicas. La respuesta del epigenoma a los insultos ambientales es un mecanismo biológico que permite la adaptación del individuo a las condiciones del ambiente en que se desarrolla; si estos cambios ocurren en las células germinales pueden transmitirse a las generaciones siguientes. ⁽¹²⁾

Datos recientes indican que los cambios antes mencionados no solo ocurren antes del nacimiento, sino que apoyan la hipótesis de que continúan durante la vida y pueden ser responsables de nacimientos de niños con bajo peso, pretérminos, con predisposición a padecer enfermedades metabólicas y problemas del neurodesarrollo. Esto tiene una gran

importancia para la salud pública, pues implica que el ambiente en que se desarrolla una población puede tener efectos que se harán sentir en etapas muy distantes de la existencia e incluso en generaciones posteriores; pero, a diferencia de la información registrada en la secuencia del ADN del genoma, los cambios epigenéticos no son estáticos y pueden modificarse a lo largo de la vida de la célula, pues una de las principales características de las modificaciones epigenéticas es su reversibilidad. ⁽¹³⁾

Después del nacimiento, resulta importante el papel que juegan las acciones correctas de alimentación para lograr un desarrollo adecuado. No practicar la lactancia materna, y en especial la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, representa un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad del lactante y del niño pequeño, que se agrava aún más por la alimentación complementaria inadecuada. Las repercusiones en el neurodesarrollo duran toda la vida y son, entre otras, los malos resultados escolares, una productividad reducida, y dificultades en el desarrollo intelectual y social. ⁽¹⁴⁾

Otro aspecto importante es la estimulación del niño mediante la interacción con el medio que lo rodea, en especial durante los dos primeros años de la vida. Jean Piaget, llamó a esta etapa “periodo sensorio-motriz” y planteó que era la base fundamental del desarrollo posterior. Si el niño priva de una adecuada estimulación en esta etapa, su desarrollo posterior se verá afectado; por otra parte, también es importante considerar que la sobre estimulación en la infancia con tareas complejas, antes de que el cerebro esté preparado para realizarlas, puede producir deficiencias permanentes en la capacidad de aprendizaje. ^(15,16)

Si bien es cierto que los riesgos biológicos y ambientales constituyen factores obstaculizadores para el desarrollo, también existen factores protectores o favorecedores, entre ellos se encuentran un conjunto de intervenciones basadas en evidencias científicas, que favorecen el mejor comienzo en la vida para alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos. En este contexto, los trabajos publicados por la revista Lancet en el 2016, sobre desarrollo temprano del niño insisten en la necesidad de que existan programas nacionales que permitan una cobertura multisectorial de calidad e incorporen aspectos relacionados con la salud, nutrición, seguridad y protección, cuidados responsables y aprendizaje temprano. ⁽¹⁷⁾

Importancia de los programas de intervención temprana en las diferentes etapas de la vida

En Cuba, con el propósito de atender a la mujer durante todo su ciclo vital, asegurar la supervivencia de los niños y lograr el pleno desarrollo de sus capacidades, se lleva a cabo el Programa Nacional de Atención Materno Infantil, (PAMI), dirigido por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) para planificar, organizar, aplicar y controlar, en todo el país, las acciones y normativas relacionadas con la atención a la salud reproductiva, y de la infancia y la adolescencia, con énfasis en el acceso equitativo a la atención de salud. ⁽¹⁾

También, el Ministerio de Educación (MINED) y el Ministerio de Justicia (MINJUS), de conjunto con el MINSAP, realizan acciones a favor del desarrollo integral de la primera

infancia, como es el caso del programa “Educa a tu hijo”, basado en la familia, la comunidad y la intersectorialidad, que promueve la capacitación de las familias para que mejoren sus habilidades y lleven a cabo actividades que estimulen el desarrollo infantil. Unido a ello el MINJUS dicta leyes de protección social a madres y niños entre las que se destaca la licencia prenatal retribuida, a partir de las 34 semanas de gestación, que se extiende al primer año de vida del niño y puede compartirse con el padre.⁽¹⁸⁾

Las actividades que se realizan por el PAMI para alcanzar sus objetivos incluyen acciones de carácter preconcepcional, las prenatales y las postnatales. Antes de la concepción, son importantes las acciones para la planificación familiar, cuya estrategia principal está dirigida al riesgo reproductivo preconcepcional y orientada a la educación y la información de las parejas sobre el uso profiláctico del ácido fólico, así como a la detección y la compensación de las enfermedades o los factores de riesgo que pudieran estar presentes antes del inicio del embarazo.⁽¹⁾

Entre las acciones que se desarrollan en la atención prenatal se encuentran: la captación precoz de las embarazadas, los estudios iniciales para detectar infecciones, enfermedades crónicas, riesgo genético y otros trastornos relacionados con el embarazo, el aporte de suplementos nutricionales, la ejecución de la consulta de puericultura prenatal y la atención especializada en dependencia de las condiciones de salud de la madre.⁽¹⁾

Después del nacimiento, las consultas de puericultura posnatal constituyen la estrategia más importante para la atención integral de los niños, desde la etapa de recién nacidos hasta la adolescencia. En estas consultas se desarrollan acciones de promoción de salud y de prevención de riesgos y enfermedades. Tienen el objetivo de lograr el óptimo crecimiento y desarrollo, así como orientar a los padres en el cuidado de sus hijos y posteriormente a estos en su autocuidado;⁽¹⁹⁾ en ellas también se promueve el uso de la lactancia materna y la nutrición de calidad, que tienen una influencia clave para el desarrollo y el alcance de resultados futuros.

Estudios como el de Victora CG y cols.,⁽²⁰⁾ muestran una asociación positiva entre la duración de la lactancia materna y el cociente intelectual, los logros educacionales e ingresos a los 30 años de edad.

Conclusiones

La adecuada atención a la salud materno infantil resulta importante para modificar o eliminar riesgos biológicos y ambientales que pueden alterar el desarrollo de los individuos y así, lograr intervenciones que devengan en cambios positivos en el comportamiento y desarrollo humano. Es un desafío importante estrechar las relaciones entre científicos y tomadores de decisiones y hacer operativo este conocimiento en programas y políticas públicas, para promover un desarrollo humano positivo y de mayor justicia social para las personas, familias y comunidades.

Referencias bibliográficas

1. Santana Espinosa MC, Esquivel Lauzurique M, Herrera Alcázar VR, Castro Pacheco BL, Machado Lubián MC, Cintra Cala D, et al. Atención a la salud materno-infantil en Cuba: logros y desafíos. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:e27 [aprox.10 p.]. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.27>
2. Colectivo de autores. La atención a la salud en los primeros 1000 días de la vida: experiencia cubana. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2021. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/la-atencion-a-la-salud-en-los-primeros-1000-dias-de-la-vida-experiencia-cubana/>
3. Förster J, López I. Neurodesarrollo humano: un proceso de cambio continuo de un sistema abierto y sensible al contexto. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2022;33(4):338-346. Disponible en: <https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>
4. Figueiras AC, Neves de Souza IC, Ríos VG, Benguigui Y. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI. 2da. Ed. Washington, D.C: OPS; 2011.
5. Cusick SE, Georgieff MK. The role of nutrition in brain development: The golden opportunity of the “First 1000 Days”. *J Pediatr*. 2016;175:16–21. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.05.013>
6. Cabrales EJ, Espinoza AG, Castañeda LR, Herrera YG, García NP, et al. Factores de riesgo de bajo peso al nacer en un hospital cubano, 1997-2000. *Rev Panam Salud Pública*. 2002;12(3):180-84. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2002.v12n3/180-184/es>
7. Cofré F, Delpiano L, Labraña Y, Reyes A, Sandoval A, Izquierdo G. Recomendaciones del Comité Consultivo de Infecciones Neonatales. Sociedad Chilena de Infectología, 2016. Síndrome de TORCH: Enfoque racional del diagnóstico y tratamiento pre y postnatal. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2017;82(2):171-211. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rc-hog/v82n2/art11.pdf>
8. Domínguez Dieppa F, Cejas Pérez G, Roca Molina MC, Millán Cruz Y. Neurodesarrollo de primeros neonatos cubanos ventilados con alta frecuencia. *Rev Cubana Pediatr*. 2009;81(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312009000400005
9. Moreno Mora R, Blas Aedo LL, Pérez Díaz CB. Caracterización biopsicosocial de niños menores de 5 años con retardo en el neurodesarrollo. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2013;12(4):579-91. Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/227>
10. Miguel PM, Pereira LO, Silveira PP, Meaney MJ. Early environmental influences on the development of children’s brain structure and function. *Dev Med Child Neurol*. 2019;61(10):1127-1133. DOI: <https://doi.org/10.1111/dmnc.14182>
11. Lawson GM, Hook CJ, Farah Martha JA. Meta-analysis of the relationship between socioeconomic status and executive function performance among children. *Dev Sci*. 2018;21(2):1-40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5821589/pdf/nihms826174.pdf>

12. Rosales-Reynoso MA, Ochoa-Hernandez AB, Juárez-Vázquez CI, Barros-Núñez P. Epigenetic mechanisms in the development of memory and their involvement in certain neurological diseases. *Neurologic*. 2016;31:628-38.
13. Franzago M, Santurbano D, Vitacolonna E, Stuppia L. Genes and Diet in the Prevention of Chronic Diseases in Future Generations. *Int J Mol Sci*. 2020;21(7):2633. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms21072633>
14. Horta BL. Breastfeeding: Investing in the future. *Breastfeeding Medicine*. 2019;14(S1):11-12. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/bfm.2019.0032>
15. Schapira IT. Comentarios y aportes sobre desarrollo e inteligencia sensorio-motriz en lactantes. Análisis de herramientas de evaluación de uso frecuente. Actualización bibliográfica. *Rev Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*. 2007;26(1):21-27. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91226104>
16. Portero Tresserra M. Desarrollo del cerebro y riesgos de la sobre estimulación en la infancia. *Aula de Infantil*. 2016;85:25-6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5532269>
17. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, Heymann J, López F, Behrman JR, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet*. 2017;389(10064):103-18. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31698-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31698-1)
18. Laire C. El desarrollo en la primera infancia en Cuba. La Habana: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia; 2016. Disponible en: https://www.unicef.org/cuba/cu_resources_LairePrimerInfanciaLibro.pdf
19. Román Lafont J, Álvarez Valdés G, Izquierdo Izquierdo ME. Historia de la puericultura en Cuba. *Rev Cubana Pediatr*. 2017;89(2):[aprox 12 p]. Disponible en: <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/225>
20. Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, Tavares R, Gigante D, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Global Health*. 2015;3(4):199-205. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)70002-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)70002-1/fulltext)





Capítulo 16

Discapacidad en la infancia y la adolescencia

Eduardo Dunn García y Alexis Luisa Montero Terry

Numerosos puntos de vista han tenido la funcionalidad humana. En la antigüedad clásica y en las comunidades primitivas, la vida del niño tenía muy poco valor y el infanticidio era una práctica en busca de restringir el volumen y la composición sexual del grupo. En el período grecorromano el infanticidio era una conducta frecuente, siendo sometidos los niños a la norma de “sobrevive o perece”. En el momento del nacimiento eran sumergidos en agua helada. Si soportaban bien, eran considerados dignos ciudadanos. Así mismo, los niños deformados o débiles eran sacrificados. Esta práctica persistió, aún hasta mediados del siglo XX, en sociedades como la china, la hindú y la japonesa. ⁽¹⁾

Grandes avances en las ciencias médicas se vienen presentando en las últimas décadas. La genética, la inmunología, entre tantas especialidades clínicas y no clínicas, consiguen a diario salvar muchas vidas, donde antes no era posible; pero este aumento de la supervivencia se ha visto acompañado de un contingente cada vez mayor de individuos portadores de un grado mayor o menor de discapacidades, imposibilitados, después de su cura, de integrarse o reintegrarse, según el caso, a su familia y entorno social.

En este capítulo se describen aspectos relacionados con la discapacidad en niños y adolescentes, así como algunas acciones de salud para su prevención y disminución del impacto en niños y jóvenes en situación de discapacidad.

Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Versión para la infancia y la adolescencia

Pudiera pensarse que el tema de la discapacidad compete exclusivamente a aquellos niños y jóvenes en esta situación, su familia o al personal de salud pública encargados de su atención sanitaria. La discapacidad se define como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona, sus factores per-

sonales y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive. Dicho de otro modo, la compleja relación existente entre el individuo y el contexto donde se encuentra. De tal suerte, un cambio en este último puede colocar al niño o joven en una situación de discapacidad. De ahí que es interés conocer los elementos que pudieran ser útiles para prevenir la discapacidad o minimizar su impacto.

La discapacidad está incluida en la Agenda 2030 y se menciona específicamente en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 4, 8, 10, 11 y 17 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El modelo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Versión para la Infancia y la Adolescencia (CIF IA), asume el enfoque biopsicosocial, característica que lo ubica como el de mayor alcance en relación con otros modelos. Esta clasificación imbrica no solo el modelo médico, sino que incorpora el modelo social cuya atención está basada principalmente en los factores contextuales, como causa de discapacidad. La CIF plantea que el manejo del problema requiere de la actuación social, basado en la participación intersectorial, así como la creación de políticas afines en beneficios de todos. ⁽²⁾

Es responsabilidad colectiva hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas en situación de discapacidad en todas las áreas.

Existen diferentes entornos en los que el niño o el joven se encuentra involucrado y que son objeto de análisis para disminuir el impacto de la discapacidad, o prevenirla. Uno de los contextos más cercanos a ellos es el familiar. Es en este medio, donde el niño se va moviendo desde una dependencia total a los familiares y el entorno que lo rodea, hasta una independencia funcional.

Cuando se analizan los factores contextuales según la CIF-IA se han de tener en cuenta dos aspectos fundamentales: los factores ambientales y los factores personales.

Factores ambientales

En nuestro país los factores ambientales se encuentran aún en proceso de desarrollo y concientización, ya que estos no solo incluyen el medio ambiente propiamente dicho, sino también los ambientes físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas. Estos son externos a los individuos, su influencia puede ser positiva o negativa, y pueden comportarse como facilitadores o como barreras para el desempeño de niños y jóvenes.

Los factores ambientales presentan dos niveles a identificar: uno individual relacionado con los más cercanos al niño o joven, como son el hogar y la escuela. En estos se tienen en cuenta las propiedades físicas y materiales del ambiente. Además, se consideran las interacciones del niño o joven con las personas de estos lugares dígame familiares, profesores, alumnos y resto del personal que labora en la escuela.

El segundo nivel, es el social, y está relacionado con las estructuras sociales formales e informales, así como los servicios o sistemas de la comunidad. Por ejemplo, las actividades

comunitarias, las organizaciones de masas, los servicios relacionados con el transporte, redes sociales, las leyes, regulaciones, y otras más vinculadas al entorno de la vida social.

Es importante señalar que las actitudes tanto del niño o joven, como de las diferentes personas que se involucran en los diferentes entornos, forman parte de los factores ambientales. Estos pueden determinar la existencia de la discapacidad. De esta forma, pueden comportarse de manera tanto positiva (facilitadores) como negativa (barreras). Así, se define el desempeño y realización del niño o joven.

Factores personales

Están compuestos por características inherentes al niño o joven, como la edad, sexo, raza, forma física, estilos de afrontamiento ante las diferentes situaciones en las que se involucran, experiencias antiguas y recientes, los aspectos psicológicos de la personalidad, así como patrones de comportamiento. Los factores personales no se clasifican en la CIF-A. Como se puede apreciar, estos factores también pueden ser responsables de la aparición de discapacidades por lo que merecen atención en la prevención de estas.

Factores ambientales a tomar en cuenta

En la discapacidad infanto juvenil existen factores ambientales que han de tomarse en cuenta para la prevención o disminución de la discapacidad:

1. Contexto socioeconómico: entorno saludable que propicie un desarrollo armónico, un ambiente estimulante y significativo, con características emocionales que promuevan el afecto, el cuidado, la disciplina, el respeto. La higiene en general. Un entorno saludable que evite la propagación o la ocurrencia de enfermedades transmisibles. ⁽³⁾
2. Entorno físico: eliminación de barreras arquitectónicas, creación de accesos para todo tipo de discapacidad, transportes con medios que faciliten la participación plena de los niños. Señalizaciones oportunas. ⁽⁴⁾
3. Recursos y servicios: la disponibilidad de servicios de salud, educación y rehabilitación es fundamental. Fomentar la inclusión de los niños y niñas con discapacidad. ⁽²⁾
4. Apoyo familiar: el apoyo emocional y práctico de la familia es esencial. Un ambiente familiar positivo y comprensivo puede marcar la diferencia en el bienestar y la calidad de vida de los niños y niñas con discapacidad.
5. Aceptación e igualdad: la actitud de la sociedad hacia la discapacidad también influye. La aceptación e igualdad de todos, en los que no haya trato preferencial e igualdad de oportunidades en la participación social de los infantes y jóvenes, debe ser una conducta habitual en la sociedad. ⁽⁵⁾

Acciones directas a realizar en los diferentes entornos

Sin importar el estado de salud de los niños, su participación es un derecho fundamental. Evaluar este aspecto de manera individualizada, permite generar apoyos para la

mayor participación de ellos, pues los entornos habituales con frecuencia muestran alta incidencia de barreras. Investigaciones han demostrado que la barrera más influyente es la baja motivación. Quizás debido a que los niños con discapacidad, con frecuencia no presentan prácticas adecuadas de participación, ni de interacción con sus iguales; en muchas ocasiones son sobreprotegidos por sus cuidadores. Por lo tanto, ven limitadas sus conductas, no solo ante las actividades sociales, sino también aquellas autoiniciadas y dirigidas a objetivos.

Ello, por supuesto, apunta a que las intervenciones deben ser con carácter intersectorial,⁽⁶⁾ y centrarse en elevar sus motivaciones y autoeficacia de acuerdo con los intereses individuales. Se debe lograr que la vida independiente sea el objetivo final de las personas en situación de discapacidad, a través de acciones como:

Programas de apoyo o instrucción a padres y cuidadores, tanto en las comunidades, como en los diferentes centros de atención en salud. También, en diferentes formas de difusión, que garanticen que la ganancia de conocimientos de las diferentes condiciones de salud que generan o están en riesgo de generar discapacidad en sus niños y jóvenes; así, se propicia la aceptación de esta y se evita la sobreprotección familiar.

La planificación de actividades de acciones habilitadoras y rehabilitadoras, debe estar dirigida a estimular el desarrollo de los niños y a su participación activa. Se ha de fomentar los intereses individuales que activan el aprendizaje mediado por la motivación y experiencia, en la realización personal. Además de incentivar la autoestima y la imagen corporal, asesorar en el consumo de dietas saludables y lograr la realización de actividades funcionales más allá de la búsqueda de comportamientos supuestamente “típicos”.

El uso de tecnología de asistencia para facilitar la movilidad, como órtesis, prótesis, sillas de ruedas, andadores, mobiliario, entre otros, adecuados a cada niño, para su uso tanto en el hogar como en los diferentes escenarios de la vida social.⁽⁷⁾ Se debe incluir la adaptación del entorno a las posibilidades particulares.

La accesibilidad a todas las infraestructuras, así como al transporte público, que propicie a los niños con dificultades en su desplazamiento y sus familias, el acto de participación social. Son ejemplos la presencia de rampas de acceso a los diferentes escenarios de la vida social, asideros en las paredes, incluso mayor durabilidad de los tiempos de los semáforos en luz roja para el paso peatonal, entre otros.

La existencia de un sistema de educación inclusivo, que se base en la eliminación de barreras a la presencia, la participación y el aprendizaje que existen en las culturas, las políticas y los sistemas de prácticas escolares,^(8,9) Que permita la enseñanza escolar a la población infantil con discapacidad o en riesgo. También, debe garantizar la necesaria interacción con el resto de los alumnos, ya que el grupo tiene un efecto transformador, o sea, propiciar que el sistema educativo se adapte al alumno y no a la inversa, tanto en espacios curriculares como extracurriculares.⁽¹⁰⁾

La unión de los diferentes sectores de la sociedad para la organización de actividades sociales, donde los niños y jóvenes en situación de discapacidad, o en riesgo, interactúen con sus pares.

Servicios, sistemas y políticas de seguridad social que puedan proveer apoyo financiero necesario en los casos que lo necesiten, así como fácil acceso a sitios web y programas educativos. Previsto en el plan nacional de desarrollo económico y social de nuestro país, que incluye el proyecto de desarrollo humano, equidad y justicia social hasta el 2030.⁽¹¹⁾

Consideraciones finales

Entre los aspectos relacionados con la discapacidad en niños y adolescentes, y recogidos en la CIF-IA, se encuentran los factores contextuales. Estos a su vez se componen de los factores ambientales y los factores personales. Ellos revisten una importancia marcada, debido a las nuevas concepciones del modelo sanitario basado en el modelo de la CIF-IA. En este modelo el entorno juega un papel decisivo en la prevención de la discapacidad. El problema no se encuentra en el individuo (niño, joven, adulto o anciano) solamente, el problema radica principalmente en las condiciones del contexto. El cual se comporta como barrera o facilitador según sea el caso.

Por tanto, la mirada tanto a nivel individual como a nivel social, determinará acciones salubristas encaminadas a este grupo poblacional. Las acciones intersectoriales definen la eficacia y eficiencia de estas acciones. Se necesitan cambios en políticas de salud, para exhibir mejores indicadores de calidad, relacionada con la salud, de los niños y jóvenes en situación o riesgo de discapacidad.

Referencias bibliográficas

1. Zuluaga JA. Neurodesarrollo y estimulación. Colombia: Editorial Médica Panamericana. 2001.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social; Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud: versión para la infancia y adolescencia (CIF-IA). Ministerio de Sanidad y Política Social. 2011. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/81610>
3. Herrera-Mora DB, Munar-Torres YE, Molina-Achury NJ, Robayo-Torres AL. Desarrollo infantil y condición socioeconómica. Rev. Fac. Med. 2019;67(1):145-52. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/66645>
4. El acceso al entorno de aprendizaje: entorno físico, información y comunicación. Cuadernillo 10. UNICEF. 2019. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/35051/file/DUA-I.pdf>
5. García Ruiz AS, Fernández Moreno A. La inclusión para las personas con discapacidad: entre la igualdad y la diferencia. Rev. Cienc. Salud. 2005;3(2):235-246. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732005000200013&lng=en
6. Silva LND, Dias FS, Lenzi MF, Costa IDS. Desafios à intersetorialidade no cuidado das crianças com deficiência na perspectiva de profissionais da educação [Challenges to intersectorality in the care of children with disabilities from the perspective of education professionals]. Cad Saude Publica. 2022;38(8):e00256021. Portuguese. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT256021>

7. Dabiri Golchin M, Ripat J, Verdonck M. Assistive technology to facilitate children's play: a scoping review. *Disabil Rehabil Assist Technol.* 2024;19(7):2419-2429. DOI: <https://doi.org/10.1080/17483107.2023.2298825>
8. Marquez C, et al. Evaluación de la inclusión en Educación Superior mediante indicadores. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación.* 2021;19(3):39-59. Disponible en: https://revistas.uam.es/reice/article/view/reice2021_19_3_003
9. Echeita G. Tekman: Revolución y aprendizaje. 23 de mayo de 2022. Disponible en: <https://www.tekmaneducation.com/echeita-educacion-inclusiva>
10. Moret L. Ministerio de Educación y Formación Profesional de España. 3 de mayo de 2022. Disponible en: <https://www.educacionyfp.gob.es>
11. Ministerio de Economía y Planificación (CUB). Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social hasta el 2030. Disponible en: <https://www.mep.gob.cu/sites/default/files/Documentos/Archivos/FOLLETO%20PNDES%20%20FINAL.pdf>





Capítulo 17

Hacia una educación inclusiva: promoviendo la equidad desde la prevención

Iamilé Quintero Chis y Isiely Ramírez Lombide

La educación inclusiva se ha consolidado como un enfoque fundamental en el ámbito educativo, promoviendo la participación de todos los estudiantes, independiente de sus necesidades o capacidades. Este modelo no solo busca la integración física, sino también la integración y valoración de la sociedad como un enriquecimiento para la comunidad escolar. ⁽¹⁾

La inclusión escolar ha evolucionado hacia un enfoque más holístico de integración en un entorno educativo común. Cambio fundamentado en principios establecidos por la UNESCO desde 1990 y la Declaración de Salamanca en 1994, donde se consolidó la visión de que las escuelas deben adaptarse a la diversidad del alumnado, eliminando barreras, fomentando las reformas necesarias en los programas curriculares, proporcionando instituciones adecuadas y material docente didáctico efectivo que beneficie tanto a los estudiantes como a la comunidad educativa en general. ^(2,3)

Hace algunos años, la inclusión educativa enfrentó desafíos que se exacerbaron con la pandemia de COVID-19, generando situaciones de exclusión ⁽⁴⁾ a partir de las medidas higiénico sanitarias realizadas en esa etapa de crisis. La situación se fue normalizando en un segundo momento o “nueva normalidad”, retomándose las prácticas inclusivas integradas en las diferentes enseñanzas. La implementación efectiva de estas políticas inclusivas es crucial para garantizar una educación equitativa y de calidad para todos. ⁽⁵⁾

Existen varios factores claves dentro del tema que inspiraron la idea inicial del presente capítulo, como la necesidad de una educación de calidad para todos los estudiantes, lo cual visto desde la óptica social deriva en un derecho humano. El valor de la diversidad el cual promueve el reconocimiento y la valoración a las diferencias individuales, fomentando la aceptación y el apoyo de todos y la cohesión social que contribuye a la integración, el desarrollo de una ciudadanía activa fortaleciendo la comunidad educativa. Por lo que sensibilizar y promover en la población temas acerca de la equidad, diversidad e inclusión educativa es el objetivo que perseguimos con el trabajo.

Inclusión educativa

Concepto, objetivos y características

La discapacidad es un fenómeno que está presente en la sociedad cada vez con más frecuencia, pues cada día nacen o hay personas que a lo largo de su vida sufren algún accidente o enfermedad. Las secuelas pueden conducir a una discapacidad futura y no son las barreras individuales, sino las barreras sociales, las generadoras de exclusión, se hace necesario entonces adaptar el entorno al individuo en situación de discapacidad.

La sociedad se ha concientizado acerca de las desigualdades sociales,⁽⁶⁾ y a la vez consolida progresivamente los derechos humanos de las personas en situación de discapacidad a la educación, equidad, justicia social, igualdad de oportunidades y diversidad, lo cual propicia la introducción del término inclusión, como una forma de integración en todos los ámbitos de la vida social, laboral y familiar sin discriminación.

La Organización de Naciones Unidas (ONU) conceptualiza la inclusión como “... una forma de promover y mantener la salud y el bienestar de todas las personas sin distinción de raza, sexo o condición a través de la igualdad de oportunidades, el acceso a los servicios de salud y la participación en la toma de decisiones”.⁽⁷⁾

Este término, unido al de inclusión educativa, tiene su origen en la filosofía y pedagogía de la educación especial, en los años 80 del pasado siglo, como respuesta a la necesidad de adaptar el sistema escolar a la diversidad de estudiantes, en lugar de exigir que estos se adapten a un modelo único, consolidándose el concepto a partir de la declaración de Salamanca,⁽⁸⁾ donde se estableció que todas las personas tienen derecho a una educación de calidad y equitativa. Así lo plantea el objetivo cuatro de la Agenda 2030, el que promueve garantizar una educación inclusiva y fomentar oportunidades de aprendizaje permanente para todos.⁽⁹⁾ Desde entonces organizaciones como la UNESCO, la OPS, la UNICEF han fomentado principios en aras de una mayor diversidad e igualdad social y educativa.

En este sentido, el proceso de inclusión constituye el mayor reto que deben enfrentar los sistemas educativos, donde debe propiciar igualdad de oportunidades, de participación y de acceso al currículo, independientemente de si los educandos poseen necesidades educativas especiales (NEE) o no.

Relacionado con lo anterior, las necesidades educativas se refieren a las ayudas pedagógicas permanentes o transitorias,⁽¹⁰⁾ o a los servicios educativos que determinados alumnos puedan precisar para el logro del máximo crecimiento personal y social, teniendo en cuenta que no todos los estudiantes discapacitados, ya sea por alteraciones motoras puras o con deficiencias intelectuales asociadas, presentan diferencias a la hora de desarrollar o adquirir habilidades. Sobre la base de lo antes señalado se impone la interrogante siguiente:

- ¿Existen necesidades educativas y de desarrollo personal de las familias que la escuela debería cubrir?
- Los profesionales de las escuelas pueden aportar información para atender, ayudar y colaborar con el desarrollo del educando, a partir del establecimiento de canales de

- comunicación efectivos con las familias, para mantenerlas informadas sobre el progreso académico y el comportamiento de sus hijos.
- La propia formación escolar, unida a las estrategias, herramientas y técnicas que puede emplear la familia desde el hogar, colaborando en el proceso educativo ayudándoles, primeramente, en los procesos de aceptación y afrontamiento de discapacidades, ofreciéndole programas de formación en habilidades parentales para ayudar a esas familias a fortalecer la relación con sus hijos, fomentar la comunicación y promover un ambiente familiar positivo. ⁽¹¹⁾
 - Enseñar a aceptar y a resolver la aparición y el tránsito por diversidad de sentimientos que se van generando durante el aprendizaje.
 - La orientación de instituciones expertas en estos temas ajenas al centro (CDO, Centros del niño y el adolescente), que puedan prestarles ayuda y colaboración para trabajar con su hijo/a en casa. ^(12,13)

¿Cuáles son los objetivos que persigue la inclusión educativa?

Asegurar el acceso a la educación para todos los educandos, independiente de su origen, capacidades o necesidades especiales. En segundo lugar, promover la igualdad de oportunidades en el aula para que todos los educandos puedan aprender y desarrollar sus habilidades de forma libre. Además, permite crear un ambiente de aprendizaje inclusivo que valore la diversidad y promueva la tolerancia y el respeto hacia los demás, mejorando así la calidad de la educación, de la adaptación de los programas y estrategias curriculares en dependencia de las necesidades individuales de los educandos.

A partir de los objetivos anteriores se definen las características de este tipo de inclusión:

Diversa: reconoce, respeta, acepta y valora las diferencias individuales entre los educandos, identificando y minimizando las barreras de aprendizaje.

Accesible: permite el derecho a recibir una educación segura, protectora y de calidad a todos los educandos, independientemente de sus habilidades o discapacidades.

Participativa: fomenta la participación activa de todos los educandos en el proceso educativo, en las actividades escolares y extraescolares.

Adaptativa: permite la creación de modificaciones, adaptaciones curriculares y apoyos necesarios para desarrollar el máximo potencial de aprendizaje.

Respetuosa: apoya y promueve el respeto y la consideración con el que deben ser tratados los estudiantes con discapacidades en todas las interacciones con los demás educandos y el personal escolar.

Carácter colaborativo: la inclusión educativa estimula la unión cooperativa entre los estudiantes, el personal escolar, las familias y el entorno.

Condición evaluativa: a partir de las modificaciones curriculares los educandos con discapacidades deben ser evaluados de manera justa y equitativa, tomándose en cuenta sus habilidades y posibilidades reales.

Flexible: las metodologías y estrategias de aprendizaje se adaptan a las necesidades y contexto de los educandos, considerando sus ritmos y estilos de aprendizaje.

Propende por la calidad educativa: un modelo inclusivo adopta estrategias y recursos innovadores. Estos elementos permitirán fortalecer el impacto del proceso, tanto en los educandos como en su familia y comunidad.

Permite la promoción del trabajo en equipo: en los grupos que cuentan con diversidad, disminuyen los prejuicios en los alumnos, que genera un sentimiento de comunidad, compañerismo y ayuda mutua.

Los educandos aprenden de las experiencias de otras personas y aprenden también a ponerse en el lugar del otro. Experimentan el altruismo. Bajo el enfoque de la educación inclusiva se ha generado el concepto de barreras para el aprendizaje y la participación.⁽¹⁴⁾

Con el propósito de asumir las barreras para el aprendizaje desde la positividad, es importante adoptar una perspectiva proactiva y centrada en las soluciones, en lugar de en los problemas. Para ello son importantes las estrategias siguientes:

- En primer lugar, enfocarse en las fortalezas, identificando las capacidades de cada estudiante. Reconociendo y evaluando sus logros.
- Es importante también tener un pensamiento creativo para buscar soluciones innovadoras que superen las barreras para el aprendizaje considerando enfoques y estrategias que pudieran ser efectivas.
- Trabajar en equipos con otros profesionales, familias y estudiantes para identificar las barreras de manera colaborativa buscando apoyo y recursos adicionales según sea el caso.
- Fomentar la autoestima y la motivación a través de la promoción en la confianza en sí mismo y su motivación, reconociendo y reforzando sus esfuerzos y alentándolos a vencer obstáculos. Sería necesario implementar estrategias de adaptación y diferenciación para proporcionar a cada estudiante el apoyo y los recursos necesarios para superar las barreras que enfrentan en su aprendizaje.

Actividades de promoción de la equidad desde la prevención

Papel de las familias en el proceso de inclusión

Actividades de promoción y prevención. La familia juega un papel fundamental en el proceso de inclusión educativa de niños y jóvenes con necesidades especiales, siendo la principal fuente de apoyo emocional y educativo para el educando, y su participación activa en el proceso de inclusión es esencial para su éxito.

La familia puede colaborar con la escuela en la identificación de las necesidades específicas del educando, en la elaboración de un plan de apoyo individualizado y en la implementación de estrategias para promover su participación y desarrollo en el entorno educativo. Se ha evidenciado que las familias tienen una potencialidad educativa que las instituciones sociales y en especial la escuela deben estimular convenientemente. Además, pueden proporcionar información valiosa sobre las fortalezas y habilidades del educando, así como sus intereses y necesidades, lo que facilita la adaptación curricular y la inclusión de actividades significativas para él.

La comunicación abierta y colaborativa entre la familia y la escuela es clave para garantizar una adecuada inclusión educativa. La familia debe ser informada y consultada regularmente sobre el progreso académico y social del estudiante, y tener la oportunidad de participar en la toma de decisiones que afecten a su educación. Además, puede colaborar en la sensibilización y educación de la comunidad educativa sobre la diversidad y la inclusión, promoviendo un ambiente escolar más respetuoso.

En resumen, la familia desempeña un papel crucial en el proceso de inclusión educativa, y su colaboración activa y participación son fundamentales para garantizar una educación de calidad y equitativa para todos los estudiantes. Con el propósito de lograr la equidad desde la prevención se pueden realizar actividades de promoción que estimulen la igualdad de oportunidades y contribuyan a eliminar las barreras sociales y educativas.

En el logro de la sensibilización y concienciación del problema ayudaría la organización de talleres, conferencias, charlas sobre la importancia de la equidad, tanto en el ámbito educativo como social; además de crear materiales como folletos, carteles y videos informativos que destaquen los beneficios y oportunidades de la inclusión educativa.

Así mismo resulta de vital importancia la formación y capacitación de recursos humanos, tanto profesoriales como estudiantiles, incluyendo a la familia como principal eslabón, entre los factores anteriores para promover prácticas inclusivas. Resultaría interesante la creación de grupos de tutores para brindar apoyo individualizado a educandos con necesidades especiales y facilitar su integración en el sistema educativo.

Otras de las actividades promocionales serían la organización de eventos, campañas y actividades de sensibilización en la comunidad para educar a las personas sobre la importancia de la inclusión educativa y cómo apoyarla; sustentando nuestros criterios con la colaboración de entidades y organizaciones internacionales especializadas en los temas inclusión y equidad, para compartir recursos, conocimientos y buenas prácticas en la promoción desde la prevención.

La educación inclusiva es fundamental para promover la equidad y prevenir la exclusión social. Este enfoque transforma la percepción de la diversidad, adaptando las escuelas a las necesidades de todos los estudiantes en lugar de exigir de ellos que se ajusten al sistema educativo. Al fomentar un ambiente de aceptación y colaboración, se potencia el desarrollo de habilidades sociales y emocionales, tanto en los alumnos con discapacidades como en los que no la tienen. Todo lo anterior, unido a una buena preparación y capacitación de los profesores y trabajadores educativos, la adaptación de la infraestructura y el apoyo escolar a la familia y viceversa, implementan con éxito esta visión educativa.

Referencias bibliográficas

1. Maqueira Caraballo GC, Guerra Iglesias S, Isaac Martínez R, Velasteguí López E. La educación inclusiva: desafíos y oportunidades para las instituciones escolares. *Jour. Sc. Res.* 2023;8(3). DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.821298>

2. Martín González DM, González Medina M, Navarro Pérez Y, Lantigua Estupiñán L. Teorías que promueven la inclusión educativa. *Rev. Atenas*. 2017;4(40):90-104. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=478055150007>
3. Escalante Puma A, Villafuerte Alvarez CA, Escalante Puma R. La inclusión en la educación. *Horizontes Rev. Inv. Cs. Edu.* 2022;6(25):1663-1678. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2616-79642022000401663&script=sci_abstract
4. González B, Moreno Parra J, Mañas Olmos M. La inclusión educativa durante la escuela post COVID desde la mirada del profesorado de Pedagogía Terapéutica. *Aula Abierta*. 2022;51(2):190-200. Disponible en: <https://reunido.uniovi.es/index.php/aa/article/view/17447>
5. Soto Calderón R. La inclusión educativa: una tarea que le compete a toda una sociedad. *Rev. Elect. Act. Inv. Ed.* 2023;3(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44730104>.
6. Castañeda Abascal IE, Díaz Bernal Z. Desigualdad social y género. *Rev Cub Salud Pública*. 2020;46(4). Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000400018&Ing=es&
7. Rodríguez C. Qué es la inclusión social según la ONU. *Soc Univ*. 2024. Disponible en: <https://sociedaduniversal.com/inclusion/que-es-la-inclusion-segun-la-onu>
8. Yadarola ME. Declaración de Salamanca: Avances y fisuras desde las ONGs de/para personas con discapacidad. *Rev. latinoam. educ. inclusiva*. 2019;13(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-73782019000200139>
9. ONU. Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. 2015. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible>
10. López Altamirano DA, Paredes Zhirzhan ZM, Paredes Solís WA, Paucar Pomboza BA, Chango Simbaña JM, Llerena Medina LM, et al. Necesidades educativas especiales: Una mirada a la planificación de actividades según el grado de discapacidad. *Dom.Cienc.* 2021;7(4):719-730. Disponible en: <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>
11. Aguiar Aguiar G, Demothenes Sterling Y, Campos Valdéz I. La participación familiar en la inclusión socioeducativa de los educandos con necesidades educativas especiales. *Rev. Mendive*. 2020;18(1):120-133. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-76962020000100120&Ing=es&tlng=es
12. Rodríguez Martínez A, Gutiérrez Jaime G, Gutiérrez Jaime R. Orientación a la familia de educandos con discapacidad intelectual incluidos en el nivel educativo primario. *Rev Ed y Soc.* 2023;21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9102601>
13. Moreno JL, Mollins LL. Educación y COVID 19: Colaboración de las familias y tareas escolares. *Rev Int de Just Soc.* 2020;9(3):1-15. Disponible en: <https://revistas.uam.es/riej/s/article/view/12182/12058>
14. Córdova Gómez MC, Solís Rosero YS, Ulchur Mosquera AM. Barreras actitudinales en el proceso de inclusión educativa. [Trabajo de grado]. Fundación universitaria de Popayán. México. 2023.





Capítulo 18

Promoción de estilos de vida en niños y adolescentes con enfermedades no transmisibles

Juan Antonio Figueroa Sáez

A nivel mundial, ocurre un proceso de transición epidemiológica en los países desarrollados, debido al incremento de las enfermedades no transmisibles y, aunque el fenómeno es global, es más acelerado en los países industrializados, debido a los cambios que se han dado en los estilos de vida y donde tiene mayor relevancia en la alimentación y la inactividad física. ^(1,2)

En ese contexto, se plantea que el 40 % de las principales causas muertes a nivel mundial son ocasionadas por las enfermedades no transmisibles (ENT), como consecuencia de los estilos de vida que se llevan hoy en día asociados con otros factores de riesgo. Estas enfermedades comprenden complicaciones cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes mellitus, entre otras. ⁽¹⁾

En relación con estas enfermedades se señala que se han definido múltiples factores de riesgo, estos como cualquier atributo, característica o exposición de un individuo, que aumenta la posibilidad de que padezca una enfermedad no transmisible como el tabaquismo, el consumo de alcohol, la nutrición, la inactividad física, la obesidad, la presión arterial elevada, la glucemia y los niveles de lípidos sanguíneos aumentados. ⁽²⁾

Las condiciones mencionadas constituyen los principales factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles y que es necesario trabajar en su prevención desde las edades pediátricas. Estos factores intervienen en el estado de salud de cada persona, asociados por características tanto genéticas como de estilos de vida, pero es este último el que aumenta el desarrollo de la enfermedad. ⁽¹⁻³⁾

Los estilos de vida en el proceso salud-enfermedad

El proceso salud-enfermedad, es el equivalente a la vida del ser humano en todos sus aspectos; la parte positiva sería la de un sujeto bien integrado, tanto en su

estructura física como en su fisiología y demás funciones sociales, donde se mantiene en equilibrio al individuo, tanto con el medio físico como en el social. Investigadores, diseñaron un modelo explicativo de este proceso que permite una visión general acerca de las necesidades de cada persona con relación a la población y el medio ambiente; a su vez, incorporan las relaciones entre las causas bio-psico-sociales que conforman de alguna manera el proceso salud-enfermedad.

En ese sentido, se señala este proceso como la unidad de lo natural y lo social en el hombre, los cuales son factores de la vida que influyen en la biología humana y se reflejan en ese proceso. Las principales causas de muerte sufren variaciones por la influencia del medio, donde se considera la salud y la enfermedad como polos que son atraídos y marcados por estilos de vida que son influidos y que a su vez intervienen en la actividad del hombre como ser social; por lo tanto, influirán de forma positiva o negativa, como elementos benefactores o de riesgo, que tienen presente que la salud está en dependencia de los hábitos y costumbres que a diario se practican y del resultado de las acciones y los esfuerzos que también durante su vida cada sujeto hace por cuidarla y mejorarla. ^(4,5)

Existen factores determinantes del estado de salud de las personas, sobre la influencia del estilo de vida en el proceso salud-enfermedad, que afirma que este puede condicionar el estado de salud y la enfermedad del hombre, desde la actividad cotidiana que realiza, los patrones de su nutrición, su vida sexual, entre otras características. Así, se identifica la aparición de factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de enfermedades no transmisibles, con mayor énfasis en el caso de las enfermedades cardiovasculares, donde intervienen factores como el hábito de fumar, la hipercolesterolemia y la dieta; en el caso del cáncer bucal influye el factor genético, la dieta y el tabaco, ya presentes en adolescentes y mujeres embarazadas. ⁶

Relación de una adecuada nutrición con el bienestar y la salud en madres, niños y adolescentes con enfermedades no transmisibles

Las enfermedades de etiología no infecciosa o no transmisible (ENT) se caracterizan por su larga latencia, duración, períodos de remisión y recurrencia, expresión clínica diversa y por sus consecuencias discapacitantes a largo plazo. ⁽⁷⁾ Constituyen factores de riesgo para las ENT: el sobrepeso, obesidad, elevadas concentraciones de lípidos en sangre, hiperglicemia, sedentarismo, regímenes alimentarios no saludables, consumo de tabaco y consumo de alcohol sobre todo cuando sus inicios son desde la niñez y la adolescencia. ⁽⁸⁻¹¹⁾

La emergencia de las ENT se relaciona con cambios económicos y sociales ocurridos a nivel mundial, en los cuales, a medida que se incrementa la esperanza de vida en los países, se producen modificaciones en los estilos de vida de su población (transición demográfica); lo anterior ha conllevado a un cambio en los patrones de enfermedad y mortalidad en el que las enfermedades no transmisibles desplazan a las enfermedades infecciosas (transición epidemiológica). ⁽¹²⁻¹³⁾

En las últimas décadas se manifiesta un creciente volumen de investigaciones epidemiológicas, estudios observacionales y experimentales, que revelaron que eventos y condiciones adversas en la vida temprana, que influyen en la susceptibilidad a padecer enfermedades crónicas en el curso de la vida.⁽¹²⁻¹³⁾

Los 1000 primeros días de vida (270 días de embarazo y los 2 primeros años de vida posnatal) constituyen el período más sensible, donde los estímulos positivos o negativos orientan el desarrollo hacia la salud o enfermedad (como formula el concepto DOHaD, acrónimo en inglés de los Orígenes de la Salud y Enfermedad en el Desarrollo, *Developmental Origins of Health and Disease*), a través de mecanismos epigenéticos.⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

La adecuada nutrición temprana, uno de los determinantes más importantes del desarrollo y de la función de órganos y sistemas, es un factor importante para la prevención de las enfermedades no transmisibles y la mejora de la salud futura de la madre y el niño.^(10,11)

La obesidad supone un factor metabólico de riesgo para el desarrollo de otras ENT. Se asocia desde la infancia con un mayor riesgo de alteraciones como el síndrome metabólico, la resistencia a la insulina, la hipertensión arterial, problemas músculo esqueléticos, alteraciones del sueño y la diabetes tipo 2, entre otras. La obesidad infantil es un importante problema de salud pública a nivel mundial.^(12,13)

En España, la prevalencia de sobrepeso y obesidad se cifra en el 41,3 % de los niños de seis a nueve años (42,8 % en niños y 39,7 % en niñas). En el informe de la OMS *Ending childhood obesity* se señala la oportunidad de realizar intervenciones para la prevención de la obesidad y de otras enfermedades no transmisibles asociadas durante el periodo de los primeros 1000 días.⁽¹⁰⁾

Durante los primeros 1000 días de la vida, tiene lugar un desarrollo neurológico fundamental. Un gran número de procesos de neurodesarrollo que se llevarán a cabo en esta etapa no podrán ocurrir en años posteriores. Por ello, los niños requieren de una nutrición saludable. Se ha visto que la deficiencia de macronutrientes y micronutrientes durante en este período pueden ocasionar consecuencias en la salud del niño a lo largo de su vida.^(11,12)

En estas primeras etapas vitales, la lactancia materna también tiene suma importancia en el desarrollo cerebral y en el establecimiento de la microbiota intestinal infantil. Los bebés que reciben lactancia materna poseen una microbiota con mayor abundancia de *Bifidobacterium* y *Lactobacillus* frente a los que toman fórmulas, lo que da lugar a una maduración diferente del sistema inmunológico, protección frente a infecciones y menor riesgo de alergias, obesidad y otras enfermedades no transmisibles.⁽¹³⁾

Una alimentación adecuada en la etapa infantil es necesaria no solo para alcanzar un desarrollo óptimo, sino también para adquirir un crecimiento favorable y prevenir enfermedades no transmisibles. Durante este periodo, los niños pueden desarrollar hábitos alimentarios que de forma probable se mantendrán en la vida adulta, por lo que tendrán un gran efecto sobre su salud futura.^(14,15)

En la vida escolar, los niños experimentan grandes cambios a nivel cognitivo, emocional y social, y empiezan a tomar decisiones en la elección de los alimentos. En este tiempo, las familias tienen un impacto notable sobre la salud y los hábitos alimentarios de los niños, al ser ellas las que escogen la calidad y la cantidad de los alimentos. Por otra parte, la escuela también es un lugar educativo en la adquisición de estos hábitos. ⁶

Los profesores son responsables en la promoción de conocimientos y comportamientos sanos de alimentación. Los hábitos de consumo en los escolares pueden verse afectados por la publicidad en televisión que en ocasiones no se ajusta a las recomendaciones nutricionales, no así en el ejemplo de Cuba que tiene políticas gubernamentales, dirigidas hacia una adecuada salud materno infantil. ⁽⁷⁾

El control dietético en la población infantil es fundamental para valorar su estado y establecer estrategias de mejora en la dieta. Un análisis nutricional en edades tempranas, permite modificar hábitos no saludables, prevenir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles y adquirir un mejor estado de salud mediante la educación a gestantes, padres e hijos. ⁽⁸⁾

La salud no depende solamente de los alimentos, ya que existe un aumento en la incidencia de enfermedades asociadas con excesos alimentarios o ingestiones desproporcionadas de nutrientes, tales como la obesidad, la hipertensión arterial y la diabetes *mellitus* en edades tempranas de la vida, en conjunto a otras afecciones por deficiencias nutricionales. ^(9,10)

Comer de forma saludable durante la gestación, la niñez y la adolescencia es fundamental, pero a esta edad se vuelven más independientes y toman decisiones acerca de sus alimentos, comen fuera de casa por lo que consumen demasiada cantidad de alimentos menos saludables. ⁽¹¹⁾

La Organización mundial de la Salud (OMS), señala que todas las sociedades han sufrido grandes cambios que repercuten en el régimen alimentario. Las dietas tradicionales se encontraban basadas por alimentos de origen vegetal y estas han sido reemplazadas por dietas con alto contenido de grasa, muy energéticas y constituidas principalmente por alimentos de origen animal.

Los patrones alimentarios constituyen un factor conductual, que puede ser modificado en cualquier momento. La relativa mayor abundancia de alimentos, el exceso de grasas saturadas en la dieta, los productos refinados, la baja cantidad de fibra, la inactividad física y los medios de información, han distorsionado la alimentación y estilos de vida. El exceso y ya no la escasez hacen víctimas de un gran número de enfermedades como la diabetes, arteriosclerosis, hipertensión, obesidad, los accidentes cerebrovasculares y diversos tipos de cáncer. ⁽¹²⁾

Inactividad física o sedentarismo versus bienestar y salud en niños y adolescentes con enfermedades no transmisibles

Estudios realizados señalan que al menos un 60 % de la población mundial no realiza actividad física para obtener beneficios en la salud. Esto se debe en gran parte a la

insuficiente participación en la actividad física durante el tiempo de ocio y a un aumento de los comportamientos sedentarios durante las actividades laborales y domésticas. ⁽¹³⁾

La inactividad física como la falta de actividad física adecuada suele asociarse a otros factores de riesgo coronario. La condición física se pierde después de unos días de inactividad y para que sea adecuada, debe ser realizada regularmente (diario o interdiariamente) y estar en relación a su capacidad física, edad y estado de salud. ⁽¹⁴⁾

Desde la primera infancia se debe educar sobre la importancia del ejercicio físico, la inactividad constituye uno de los principales riesgos cardiovasculares, cuando se conoce que el proceso de aterosclerosis, según indican investigaciones comienzan desde la formación intrauterina. ⁽¹⁵⁾

Los adultos que no hace ejercicio tienen mayor probabilidad de padecer ciertas enfermedades, entre otros factores de riesgo cardiovascular, también se encuentran el colesterol elevado, presión arterial alta, obesidad y diabetes. Los niños activos se convierten en adultos activos y así aparte de prevenir los factores para la aparición de enfermedades cardiovasculares en la edad adulta, el hacer ejercicio con regularidad ayuda a controlar el peso. ⁽⁶⁻⁸⁾

Elementos claves de un estilo de vida saludable en madres, niños y adolescente con enfermedades no transmisibles

La actividad física

Los efectos beneficiosos de la actividad física, afirman que esta última contribuye a la prolongación de la vida y a mejorar su calidad de vida desde edades temprana de la vida. Con el transcurrir del tiempo la industrias y las nuevas tecnologías han disminuido de manera significativa el tiempo de trabajo de los individuos lo que se traduce en un alto nivel de inactividad en la población lo que trae como consecuencia el riesgo de padecer diversas enfermedades. ⁽⁹⁾

Este autor se refiere a la actividad física como la energía utilizada para el movimiento, es decir, se trata por tanto de un gasto de energía adicional que necesita el organismo para mantener las funciones vitales tales como respiración, digestión, circulación de la sangre, entre otros.

La contribución fundamental de la actividad física diaria se debe a actividades cotidianas tales como andar, subir escaleras, hacer las tareas del hogar o ir de compras; esto afirma que el deporte, el ejercicio y la actividad física sin duda alguna mejoran la salud y el bienestar de la persona que la práctica y reduce de esta manera la aparición de enfermedades no transmisibles. ⁽¹⁰⁾

Beneficios de la actividad física en madres, niños y adolescentes

Los beneficios que produce la actividad física a nivel general pueden clasificarse en tres bloques:

1. A nivel fisiológico:

- Reduce el riesgo de padecer hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, enfermedades cardiovasculares cáncer de colon y mama.

- Ayuda a controlar el sobrepeso y la obesidad.
 - Aumenta el índice de mineralización ósea, con lo cual se produce un fortalecimiento a nivel del tejido óseo.
2. A nivel psicológico:
- Mejora el estado de ánimo y la autoestima.
 - Reduce el riesgo de depresión, ansiedad y estrés.
3. Nivel social:
- Aumenta la autonomía y la integración social.
 - Fomenta la sociabilidad.

La práctica sistemática de la actividad física genera un mejor estado de salud en lo individuos, por lo tanto, es preciso generar hábitos de práctica durante la infancia y adolescencia, para que estos continúen en la edad adulta y de esta manera disminuir el riesgo de sufrir estas enfermedades. ⁽¹⁴⁾

Los buenos hábitos de actividad física, en conjunto con buenos hábitos alimentarios, mejoran la salud y la calidad de vida. La práctica regular de actividad física puede ayudar a evitar o retardar la manifestación de enfermedades cardiovasculares, diabetes y las complicaciones de salud asociadas con el sobrepeso y la obesidad. ⁽¹²⁾

Investigadores, plantean que entre los beneficios de la actividad física están los que se refieren a las mejoras biológicas (grasa corporal, crecimiento óseo, mejora cardiovascular), psicológicas y sociales que obtienen los niños y jóvenes al implicarse en actividades físicas, independiente de la repercusión que tenga en la salud de su vida adulta. ^(13,14)

Los beneficios a largo plazo pueden ser tanto a nivel de prevención como de bienestar, vinculados a una vida futura saludable. Es decir, la actividad física realizada en la niñez y la juventud posee una posible influencia en los factores de riesgo de enfermedades crónicas cuando sean adultos (salud esquelética, metabolismo de lípidos y lipoproteínas, presión sanguínea), además de tener la posibilidad de un efecto duradero en los hábitos de práctica física de la infancia a la edad adulta. ^(14,15)

La actividad física realizada por los niños y jóvenes puede contribuir a formarlos para tener recursos, conocimientos teórico prácticos y actitudes positivas sobre la actividad física cuando sean adultos. La importancia que la actividad física tiene para la salud en la infancia y la adolescencia, tanto a corto como a largo plazo, supone un motivo importante para desarrollar estrategias de promoción de la actividad física en el contexto sanitario, comunitario y escolar. ⁽¹⁵⁾

En este sentido las líneas marcadas por la OMS en su carta de promoción de la salud de Ottawa, los centros educativos intervendrían fundamentalmente en el desarrollo de las habilidades personales, la creación de entornos favorables a la salud y el fortalecimiento de la acción comunitaria. ⁽¹⁵⁾

La nutrición y el ejercicio físico durante las etapas tempranas de la vida pueden prevenir la aparición de enfermedades no transmisibles en la edad adulta, lo cual tiene importantes beneficios clínicos personales para la salud de niños y adolescentes.

Referencias bibliográficas

1. Barker DJ, Osmond C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet*. 1986;1(8489):1077-81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2871345/>
2. Barker DJP. Sir Richard Doll Lecture. Developmental origins of chronic disease. *Public Health*. 2022;126 (3):185-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033350611003660?via%3Dihub>
3. Gluckman PD, Hanson MA, Cooper C, Thornburg KL. Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *N Engl J Med*. 2018;359(1):61-73. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3923653/>
4. Langley-Evans SC. Nutrition in early life and the programming of adult disease: a review. *J Hum Nutr Diet*. 2024;126(3):185-9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jhn.12212>
5. Grandjean P, Heindel JJ. In utero and early-life conditions and adult health and disease. *N Engl J Med*. 2024;359(14):1523. Disponible en: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc081629?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20Opubmed
6. Bateson P, Barker D, Clutton-Brock T, Deb D, et al. Developmental plasticity and human health. *Nature*. 2024;430(6998):419-21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15269759/>
7. Gluckman PD, Hanson MA, Low FM. The role of developmental plasticity and epigenetics in human health. *Birth Defects Res C Embryo Today*. 2021;93(1):12-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21425438/>
8. Xavier MJ, Roman SD, Aitken RJ, Nixon B. Transgenerational inheritance: how impacts to the epigenetic and genetic information of parents affect offspring health. *Hum Reprod Update*. 2019;25(5):518-40. Disponible en: <https://academic.oup.com/humupd/article/25/5/519/5542317>
9. Barouki R, Gluckman PD, Grandjean P, Hanson M, Heindel JJ. Developmental origins of non-communicable disease: implications for research and public health. *Environ Health*. 2022;11:42. Disponible en: <https://ehjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1476-069X-11-42>
10. Azoulay L, Bouvattier C, Christin-Maitre S. Impact of intra-uterine life on future health. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2022;83 (1):54-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003426621011057>
11. Faa G, Manchia M, Pintus R, Gerosa C, et al. Fetal programming of neuropsychiatric disorders. *Birth Defects Res C Embryo Today*. 2024;108 (3):207-23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27774781/>

12. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
13. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, Heymann J, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale-up for Early Child Development. *Lancet*. 2019;389(10064):103-18. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5880532/>
14. Sharma R, Gaffey MF, Alderman H, Bassani DG, et al. Prioritizing research for integrated implementation of early childhood development and maternal, newborn, child and adolescent health and nutrition platforms. *J Glob Health*. 2019;7(1):011002. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5481896/>
15. Kent AL. Developmental origins of health and adult disease: what should neonatologists/ paediatricians be considering about the long-term health of their patients? *J Paediatr Child Health*. 2022; 48(9):730-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22970665/>





La salud materno infantil en Cuba

Un enfoque salubrista

María Cecilia Santana Espinosa | Violeta Regla Herrera Alcázar

El presente texto tiene como propósito poner a disposición de los profesionales, vinculados con la actividad relacionada con la salud materno infantil, un conjunto de temas más frecuentes en esta área del conocimiento, con enfoque salubrista.

La selección se realizó por parte de un grupo de experimentados especialistas pertenecientes al grupo de gestión en salud materno infantil de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, que estudia esta importante línea de desarrollo en el ámbito nacional e internacional. Cada capítulo incluye información técnica actualizada y refleja la experiencia de los autores, por lo que el libro resultará de utilidad a los lectores para su crecimiento profesional.



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

www.ecimed.sld.cu