

# SIMPOSIO A 40 AÑOS DE ALMA ATA, CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

## SYMPOSIUM 40 YEARS FROM ALMA- ATA INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE

1. Médico Pediatra, Maestría en Gerencia de Programas Sociales, Ex Oficial de Salud del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Asesor del Programa Mundial de Alimentos (PMA)

**Financiamiento:** propio del autor

**Conflictos de interés:** el autor declara no tener conflictos de interés.

**Recibido:** 1 setiembre 2018

**Aceptado:** 4 setiembre 2018

**Correspondencia:**

✉ mtavera5056@gmail.com

**Citar como:** Tavera M. La atención primaria de salud y la salud materno infantil. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(3):383-391. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2101>

## La atención primaria de salud y la salud materno infantil

### Primary health care and mother and child healthcare

Mario Tavera Salazar<sup>1</sup>

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2101>

#### ABSTRACT

The Primary Health Care strategy introduced concepts which sought to revolutionize the way how to achieve Health for All at the global level. The Declaration of Alma Ata was a prelude to initiatives and global plans that sought compromise to States and society in achieving access to health equity. The Summit of Action for Children and the Meeting of the Millennium, which agreed health targets to achieve by year 2015 were inspired by the concepts included in Primary Health Care. While it is true that the purposes lying below the postulates in Alma Ata were not reached, there was remarkable progress in aspects related to the Mother and Child Health. The Selective Primary Healthcare inspired the so-called "Revolution for the Child Survival", which identified the main causes of the 15 million deaths in children recorded at the global level at the beginning of the Decade of the eighties of the last century, as well as the simple, low-cost interventions based on the evidence shown to be effective in the prevention of this "silent emergency" represented by the avoidable child deaths. Product of these interventions related to children health and the subsequent inclusion of interventions for the prevention of the 500 000 preventable maternal deaths recorded worldwide at the beginning of this century, has achieved remarkable progress at global level. Peru was one of the countries of the Americas that showed greater progress in reducing maternal and infant mortality. This article seeks to find an explanation of procedures and processes that allowed these achievements at the global level and in Peru, inspired by the principles proposed by the Primary Health Care strategy.

**Key words:** Selective Primary Health Care, Revolution for child survival, Infant mortality, Maternal mortality, Oral rehydration therapy, Vaccine-preventable diseases, Acute respiratory infections.

#### RESUMEN

La estrategia Atención Primaria de la Salud introdujo conceptos que buscaron revolucionar la forma como se aspiraba lograr la Salud para Todos a nivel global. La declaración de Alma Ata fue un prelude de iniciativas y planes globales que buscaron comprometer a los Estados y a la sociedad en alcanzar el acceso a la salud con equidad. La Cumbre de Acción por la Infancia y la Reunión del Milenio, en la que se acordó las metas de salud a lograr el año 2015, estuvieron inspiradas en los conceptos incluidos en la Atención Primaria de la Salud. Si bien es cierto, los propósitos que subyacían a los postulados recogidos en Alma Ata no fueron alcanzados, sí hubo notables progresos en aspectos relacionados con la salud Materno Infantil. La Atención Primaria Selectiva de la Salud, inspiró la llamada 'Revolución por la Supervivencia Infantil', que identificó las principales causas de las 15 millones muertes en niños, que se registraban a nivel global a inicios de la década de los años 80 del siglo pasado, así como las 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 evitables. Producto de estas intervenciones relacionadas con la salud infantil y la posterior inclusión de intervenciones para la prevención de las 500 000 muertes maternas evitables que registraba el mundo a inicios del presente siglo, se ha logrado notables progresos a nivel global en estos propósitos. El Perú fue uno de los países de las Américas que mostró mayores progresos en la reducción de la mortalidad materna y en la niñez. El presente artículo busca encontrar una explicación de las intervenciones y procesos que permitieron estos logros a nivel global y en el Perú, inspirados en los postulados propuestos por la estrategia de la Atención Primaria de la Salud.

**Palabras clave.** Atención Primaria Selectiva de la Salud, Revolución por la supervivencia infantil, Mortalidad infantil, Mortalidad materna, Terapia de rehidratación oral, Enfermedades inmunoprevenibles, Infecciones respiratorias agudas.



## LOS ANTECEDENTES

En septiembre de 1978, con el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se convocó a la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud, realizada en Almaty, la capital de ex república soviética de Kazajstan. La conferencia fue la más grande cumbre de salud realizada hasta ese momento, participando representantes de 134 países y 67 organizaciones no gubernamentales y de las Naciones Unidas.

La declaración de Alma Ata introdujo conceptos y paradigmas revolucionarios en materia de salud y desarrollo, los que hasta la actualidad son considerados referentes en la búsqueda del acceso y equidad a la salud en el mundo.

La Conferencia desarrolló un amplio concepto de la salud, que superaba cualquier definición previa. Específicamente definió la salud como 'el completo estado de bienestar físico, social y mental, y no simplemente la falta de enfermedad'. Identificó a la salud como un derecho humano fundamental, dependiente de la interacción entre los procesos sociales y económicos. Precisó la responsabilidad del Estado en lograr una óptima condición de salud para su pueblo e introdujo un revolucionario concepto de participación de las comunidades en lograr mejores condiciones de salud.

En el campo de los servicios de salud, quizás uno de los más importantes aportes de la conferencia fue el introducir el concepto del 'uso de tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de los individuos, familias y comunidad', concepto que tendría un efecto decisivo en los programas e intervenciones en salud que se desarrollarían durante las décadas posteriores.

La Conferencia de Alma Ata allanó el camino hacia el desarrollo de iniciativas y compromisos mundiales de suma importancia, como la declaración de 'Salud para Todos en el año 2 000' promovida por la Organización Mundial de la Salud. Así mismo, la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia realizada en 1990 y posteriormente la Declaración del Milenio y el compromiso de lograr los Objetivos de Desarrollo al año 2015.

La Declaración recomendó incluir en la Atención Primaria de la Salud, como mínimo, las siguientes intervenciones: Educación sobre la salud, alimentación y nutrición. Agua salvable y saneamiento básico. Atención materna infantil. Vacunación contra las principales enfermedades de la infancia. Tratamiento apropiado de las enfermedades y lesiones más comunes. Prevención y control de las enfermedades endémicas locales y suministro de medicamentos esenciales.

El balance de los ambiciosos objetivos que debían alcanzarse a través de esta nueva estrategia que pretendía resolver los grandes problemas sanitarios de la humanidad, con un enfoque inclusivo y participativo, sin duda dista mucho de lo alcanzado 40 años después de su realización. Una de las expresiones más claras de las brechas entre lo que aspiraba la declaración y la realidad de la salud en el Mundo, fue el explícito reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud, del no logro de 'Salud para Todos en el año 2000'.

Diversos hechos explican los limitados progresos alcanzados, los que es posible evidenciarlos a la luz de los aún dramáticos indicadores negativos que afectan a gran parte de la población mundial, especialmente a quienes habitan en condición de pobreza en continentes aún en vías de desarrollo, como África, Asia y América Latina. Por otro lado, se evidencia la irrupción de nuevos problemas sanitarios que afectan a los países, producto de la reducción del gasto público y a los crecientes fenómenos migratorios.

La hegemonía del desarrollo de la economía de mercado y sus efectos sobre los sistemas de salud pública, así como la tendencia al desarrollo de una salud recuperativa, basada a la atención de la enfermedad, han marcado la forma como en la actualidad se han organizado los sistemas y los servicios de salud. Frente a ello, hemos asistido, en la mayoría de países a un deterioro de la salud pública y de las acciones preventivas promocionales.

Sin embargo, en ese contexto de logros limitados, debemos destacar los avances y éxitos alcanzados en los temas relacionados con la salud materna infantil. Este artículo busca identificar y describir los procesos, que condujeron, a nivel



global y en particular, en el caso peruano, al desarrollo de las intervenciones, programas e iniciativas que explican la notable reducción de la mortalidad materna e infantil.

### LA REVOLUCIÓN POR LA SUPERVIVENCIA INFANTIL

Al iniciarse la década de los 80, la salud infantil continuaba siendo una 'emergencia silenciosa'. En efecto, 15 millones de niños menores de cinco años de edad morían anualmente en el mundo.

Como consecuencia de los postulados impulsados a través de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, UNICEF, bajo el liderazgo del Sr. James Grant, promovió concretar acciones para lograr la reducción de los muy altos niveles de mortalidad infantil y en la niñez que se registraban en el mundo a inicios de los años 80 del siglo pasado. UNICEF se basó en la propuesta desarrollada por Julia Walhs y Kenneth Warren, quienes publicaron 'Atención Primaria Selectiva de la Salud: Una estrategia para el control de las enfermedades en los países en desarrollo'.

El documento, después de identificar las principales causas de muerte infantil en el mundo, proponía un conjunto de intervenciones sencillas y de bajo costo, que puestas a disposición de las comunidades, familias e individuos, podía tener un gran impacto en los altos niveles de mortalidad entre infantes y niños.

Las intervenciones identificadas como costo eficientes y de gran impacto fueron: las inmunizaciones, para controlar la mortalidad por sarampión, difteria, tétanos y las graves secuelas de la poliomielitis; la terapia de rehidratación oral para evitar la mortalidad que producían las enfermedades diarreicas agudas; el tratamiento simplificado de las neumonías, consecuencia de las infecciones respiratorias agudas; y la prevención de la malaria en determinadas zonas endémicas.

La nueva estrategia, conocida como 'Atención Primaria Selectiva', se consideró inicialmente como un primer paso para la implementación de la atención primaria general. Pero, debido a los logros que rápidamente consiguió, y ante la falta de iniciativas en otros temas de salud pública, se convirtió en un modelo propio.

El Estado Mundial de la Infancia, publicado el año 1982 por UNICEF, llamó a llevar a la práctica la 'Revolución por la Supervivencia Infantil', incluyendo cuatro intervenciones costo efectivas basadas en evidencias científicas y con alto impacto en la reducción de la mortalidad infantil y en la niñez. Estas intervenciones fueron: la promoción de la terapia de rehidratación oral para el tratamiento de las diarreas, las inmunizaciones contra seis enfermedades, la promoción de la lactancia materna y del control del crecimiento de los niños, popularizando el uso del carnet de crecimiento y desarrollo. Esta estrategia fue conocida como GOBI, sigla que corresponde a la primera letra que identifica a estas cuatro intervenciones.

Posteriormente se agregó a la estrategia GOBI tres intervenciones adicionales -la asistencia alimentaria y mejorar las prácticas en la alimentación complementaria del lactante, el espaciamiento de embarazos y la alfabetización de la mujer-, las que por diversas razones no tuvieron el éxito ni la cobertura que alcanzaron las intervenciones iniciales.

Estas iniciativas tuvieron un relativo éxito a nivel global, así como un alto impacto en América Latina y en particular en el Perú. Se estima que en el mundo, entre 1980 y 1990 la mortalidad infantil se redujo de una tasa de 115 defunciones por cada mil nacimientos a 93 por mil, es decir una reducción del 19% en el periodo de 10 años.

El éxito alcanzado condicionó que los sistemas de salud se organizaran en función de las intervenciones antes mencionadas, a través de la implementación de los llamados Programas Verticales, responsables de las inmunizaciones, control de diarrea, control de infecciones respiratorias agudas, planificación familiar, entre otras intervenciones.

El año 1990, bajo la convocatoria del Secretario General de las Naciones Unidas, Javier Pérez de Cuellar, y con el auspicio de los presidentes de un grupo de países, se realizó la Cumbre Mundial por la Infancia, que produjo la 'Declaración Mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo de la infancia'. Esta comprometió a casi todos los Estados a reducir significativamente la mortalidad en la niñez, llevando a la práctica las intervenciones incluidas en la 'Re-



volución por la Supervivencia Infantil'. Adicionalmente, la declaración incluye por primera vez la reducción de la mortalidad materna, la desnutrición y la mejora del acceso al agua segura y al saneamiento básico.

La Declaración Mundial instó a los Estados a elaborar Planes de Acción por la Infancia. En 1991, el Gobierno peruano fue uno de los primeros en el mundo en comprometer metas en favor de la infancia, aprobando el Plan de Acción 1991 al 2000.

La Cumbre Mundial por la Infancia fue el antecedente para que, en setiembre del año 2000, en la sede de las Naciones Unidas, 189 países del mundo participaran de la 'Cumbre del Milenio', comprometiéndose al logro de los Objetivos del Milenio para el año 2015. Específicamente, los ODS incluyeron dos metas relacionadas con la salud materna infantil. En el ODM4, se planteó la reducción de la mortalidad infantil en dos tercios en relación al nivel registrado el año 1990. El ODM% planteó reducir la mortalidad materna en tres cuartos.

En el contexto de las intervenciones para el cumplimiento del ODM 4 relativo a la reducción de la mortalidad infantil, el año 1992, UNICEF lideró la convocatoria a la reunión que, desarrollada en Florencia, produjo la declaración de Inocenti. Esta declaración llamó a promover y proteger la lactancia materna, aliviando el rol de los servicios de salud materno perinatales. Producto de esta declaración, se desarrolló la Iniciativa de los 'Hospitales Amigos de la Madre y el Niño', que promovía el cumplimiento de 10 pasos para la promoción y protección de la lactancia materna en los hospitales maternos. Hacia inicios del nuevo milenio, se estimó que 14 000 servicios de maternidad fueron acreditados como 'Amigos de la Madre y el Niño'; 99 de estos fueron certificados en el Perú. Esta intervención tuvo un impacto directo en el incremento de la práctica de la lactancia materna en el mundo y en particular en el Perú.

Progresivamente, en la medida que se iba desarrollando su proceso de implementación, la atención primaria selectiva mostró algunas limitaciones, que se tradujeron en ineficiencia. Debido al carácter vertical y selectivo de las intervenciones, se evidenciaron duplicidad en ellas e importantes ausencias, debido a la falta

de una visión integral. Por eso, desde mediados de los años 1990, la OMS y UNICEF promovieron la implementación de la estrategia denominada Atención de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

La estrategia AIEPI contaba con tres grandes componentes, que debieron ser implementados simultáneamente para alcanzar las metas propuestas y lograr sostenibilidad. El primer componente estaba referido a mejorar la competencia técnica del personal de los establecimientos de salud primaria para la prevención y tratamiento de las principales enfermedades que afectaban a los niños, acorde a la epidemiología local. El segundo componente estaba dirigido a fortalecer la capacidad de gestión de los servicios y sistemas de salud, particularmente en lo relativo a la atención de los problemas que afectaban a los niños y niñas. El tercer componente proponía mejorar la educación y prácticas comunitarias y familiares en el cuidado de la salud infantil.

Diversas evaluaciones desarrolladas en el primer quinquenio de los años 2000 mostraron los avances en la implementación de la estrategia AIEPI, aunque también sus limitaciones, debido a la falta de puesta en práctica simultánea en los países de los tres componentes que incluía la estrategia. Por otro lado, en la mayoría de países del tercer mundo, especialmente en las áreas rurales, el principal escollo fue la debilidad en el funcionamiento y cobertura que mostraban los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

## LA MAGNITUD Y LAS CAUSAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN EL MUNDO

A inicios de los años 80 del siglo pasado, el número de defunciones en menores de cinco años de edad se estimaba en 14 millones anuales a nivel global. Casi dos tercios de estas muertes se debían a cuatro causas específicas: enfermedades diarreicas, sarampión, tétanos neonatal e infecciones respiratorias agudas. La mayoría de estas muertes podían ser evitadas con medidas sencillas y de bajo costo, como la terapia de rehidratación oral (TRO), la detección y el tratamiento simplificado de las infecciones respiratorias agudas y las inmunizaciones.

Las enfermedades diarreicas representaban el 28% de estas defunciones, estimándose en cuatro millones las muertes anuales. A inicios de los



años 80, gran parte de los niños con diarrea aguda fallecían como consecuencia de la deshidratación asociada a pérdida de líquidos y electrolitos. A ello contribuía lo complejo que representaba la atención en hospitales y el uso de terapia endovenosa, frecuentemente ineficiente y riesgosa. La introducción de la terapia de rehidratación oral incluía el tratamiento simplificado en base a la administración de las sales de rehidratación oral, el reconocimiento temprano de signos de complicación y la alimentación continuada del niño afectado por la diarrea. Estas intervenciones debían ser administradas en el nivel primario de atención de salud y con participación de los cuidadores del niño. Su implementación fue una verdadera revolución, pues su uso progresivo permitió una significativa reducción de las muertes por esta causa. Para el año 1988 se estimaba que el 38% de los casos de diarrea infantil recibieron TRO, evitándose la muerte anual de un millón de niños por esta causa.

El sarampión representaba el 11% de las muertes en niños menores de cinco años, estimando en 1,5 millones anuales el número de defunciones por esta causa. Por otro lado, la tos ferina significaba el 4% de las defunciones, estimándose en medio millón el número de defunciones anuales. El tétanos neonatal representaba el 6% de estas muertes, con 0,8 millones de muertes anuales. A inicios de los años 80, apenas el 10% de los niños de los países en vías de desarrollo estaban inmunizados contra las principales enfermedades prevenibles por vacunación. La convocatoria para alcanzar la vacunación universal para el año 1990 posibilitó lograr que para ese año el 70% de los niños del mundo tuvieran su vacunación completa. Estos avances permitieron el posterior control de enfermedades como la poliomielitis, la rubeola, el tétanos neonatal y el sarampión.

Las infecciones respiratorias agudas, sin incluir las asociadas al sarampión y a la coqueluche, representaban el 15% de las muertes (2,2 millones). A inicios de los años 80, la única opción de tratar a niños con neumonías era el uso de terapias antibióticas complejas en ambientes hospitalarios, a los cuales una gran proporción de niños no podía acceder. La inclusión de un enfoque basado en el diagnóstico y tratamiento simplificado y precoz de las neumonías así como el uso de medicamentos de uso oral de fácil administración y bajo costo, permitieron una significativa reducción de las muertes por neumonía.

A inicios de los años 80, la práctica de la lactancia materna había descendido hasta niveles nunca antes registrados. Solo el 20% de los niños de cuatro meses de edad recibía lactancia materna exclusiva. El año 1981, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Código de Comercialización de la Leche Materna, frente a la promoción y comercialización indebida de las fórmulas infantiles. Este hecho, junto con la implementación en la década de los 90 de la Iniciativa de los 'Hospitales Amigos de la madre y el niño' que cumple los diez pasos para promover la lactancia materna, posibilitaron un cambio, recuperándose esta práctica fundamental para el crecimiento, desarrollo y protección de las infecciones que afectan a los niños al comienzo de la vida.

Estas, entre otras intervenciones, puestas en práctica en el contexto de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, posibilitaron la reducción de la mortalidad en menores de cinco años desde 14 millones a inicios de la década de los 80 hasta 6 millones el año 2013. Es decir, en el periodo de 35 años que media entre 1980 y el 2015, el número de defunciones se habría reducido en 52% (tabla 1).

Por otro lado, la tasa de mortalidad en la niñez (menores de cinco años) registrada el año 1980 en 117 defunciones por cada mil nacidos vivos, se redujo hasta 43 por mil nacidos el año 2013. Es decir, en el periodo que media entre 1980 y el año 2013, la mortalidad en la niñez se redujo en 60% (tabla 2).

## LA ATENCIÓN PRIMARIA SELECTIVA EN EL PERÚ

En el Perú, desde inicios de los años 80 del siglo pasado, se empezaron a implementar las intervenciones incluidas en la estrategia conocida como Atención Primaria Selectiva.

El año 1978, se crea el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que en un relativo corto plazo logró incrementar significativamente las coberturas de vacunación. Al influjo de la Atención Primaria de Salud, las coberturas de vacunación contra el sarampión se incrementaron desde 32,5% el año 1987, hasta el 98% en 1995. Como consecuencia de ello, a inicios de los años 2000 se declara controlado el sarampión (figura 1). Los mismos logros se alcanzaron con la vacunación contra la poliomielitis, la difteria, el tétanos y la coqueluche. Producto de ello, el año



TABLA 1. MUERTES DE MENORES DE 5 AÑOS (MILLONES) EN EL MUNDO.

Regiones	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2013
África subsahariana	3,2	3,2	3,4	3,6	3,8	4,0	4,1	3,8	3,3	3,1
África oriental y meridional	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	1,7	1,8	1,5	1,3	1,1
África occidental y central	1,7	1,8	1,8	1,9	2,0	2,2	2,2	2,1	2,0	1,9
África septentrional y Oriente medio	1,3	1,1	1,0	0,8	0,6	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3
Asia meridional	5,9	5,7	5,6	5,1	4,7	4,0	3,5	2,8	2,2	2,0
Asia Oriental y Pacífico	4,8	3,6	2,4	2,5	2,5	1,6	1,2	0,9	0,7	0,6
América latina y el caribe	1,2	1,1	1,0	0,8	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,2
Europa Central y Oriental y la Comunidad de Estados Independientes	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1
Países menos adelantados	3,3	3,5	3,6	3,6	3,6	3,5	3,4	2,9	2,5	2,3
Mundo	17,3	15,5	13,9	13,3	12,7	10,9	9,7	8,2	6,9	6,3

Fuente: UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2015.

TABLA 2. TASA DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS (POR CADA 1 000 NACIDOS VIVOS), EN EL MUNDO.

Regiones	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2013
África subsahariana	246	219	201	187	179	172	156	129	103	92
África oriental y meridional	212	193	188	174	165	157	140	112	85	74
África occidental y central	279	249	220	205	197	190	175	149	122	109
África septentrional y Oriente medio	205	165	126	90	70	60	50	42	34	31
Asia meridional	213	195	171	149	120	112	94	77	64	57
Asia Oriental y Pacífico	117	94	76	63	58	51	41	30	23	19
América latina y el caribe	119	102	84	69	54	43	32	25	23	18
Europa Central y Oriental y la Comunidad de Estados Independientes	97	74	69	56	47	48	37	29	22	20
Países menos adelantados	243	230	211	190	174	158	139	113	91	80
Mundo	147	129	117	100	90	85	76	63	51	46

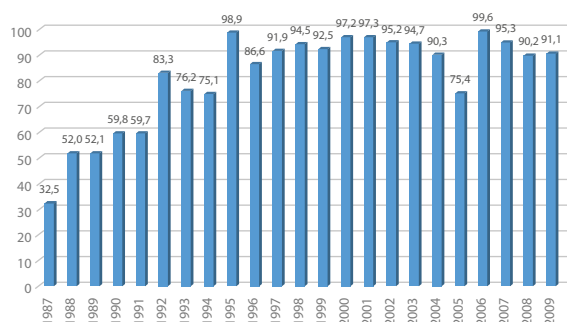
Para UNICEF, la mortalidad infantil en el Perú. El año 1997 se registra el último caso de tétanos neonatal y el 2006 se declara eliminada la rubeola y el síndrome de rubeola congénito.

El año 1980, bajo el liderazgo del entonces Ministro de Salud, Dr. Uriel García Cáceres, se imple-

menta el programa de rehidratación oral para el control de las diarreas. El Programa tuvo un notable éxito en la promoción y uso de las llamadas 'bolsitas salvadoras'. El Año 1986, bajo el liderazgo del Dr. Hipólito Cruz, se crea el Programa de Control de Diarreas, que logra un incremento sustantivo en el uso de la Terapia de Rehidratación Oral en los servicios de salud, con la consiguiente reducción de la mortalidad por esta causa. Esta intervención fue fundamental para enfrentar con éxito las consecuencias de la epidemia del cólera que afectó al Perú el año 1991, lo que se expresó en la bajísima letalidad registrada, no obstante que durante el primer año de la epidemia se estima que ocurrieron 500 000 casos de cólera.

El año 1986, se crea el Programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas, que logró reducir la mortalidad por neumonías, especialmente en ámbitos rurales y con limitada presencia de servicios de salud para atención de los niños. De

FIGURA 1. COBERTURAS DE VACUNACIÓN ANTISARAMPIÓN, PERÚ 1987 A 2009



Fuente: Ministerio de Salud. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones

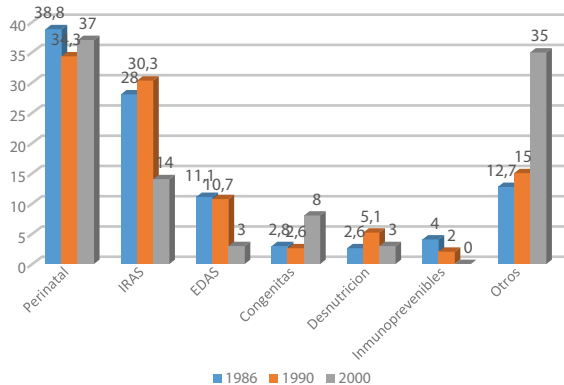


acuerdo a la información basada en registros de defunción, en el Perú la proporción de muertes infantiles como consecuencia de las infecciones respiratorias agudas se redujo desde una proporción de 28% el año 1986 a 14% el año 2000. En el caso de las diarreas la proporción se redujo de 11,1% a 3%, en el periodo antes mencionado (figura 2).

Otras de las intervenciones que tuvo notable éxito en el Perú fue la promoción y protección de la lactancia materna. El año 1981, el Perú promulgó el Reglamento de Alimentación Infantil, convirtiéndose en el primer país de las Américas en poner en vigencia el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud el año previo. En la década de los noventa, el Ministerio de Salud, logró certificar a 99 establecimientos de salud públicos como 'Amigos de la Madre y el Niño'. Producto de estas intervenciones se logró un notable incremento de la práctica de la lactancia materna exclusiva, especialmente entre los niños y niñas menores de seis meses de edad (figura 3).

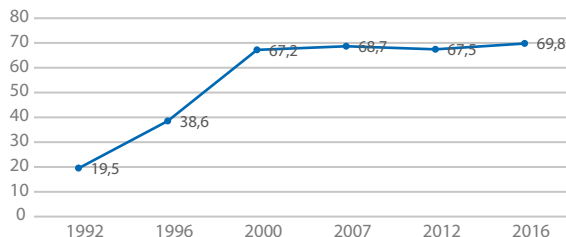
Como consecuencia del éxito alcanzado en la implementación de las intervenciones antes mencionadas, el Perú logró un notable avance en la

FIGURA 2. CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL, PERÚ 1986 A 2000.



Fuente: Dirección de Estadística e Informática del Ministerio de Salud. Reporte de certificados de defunción.

FIGURA 3. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MENORES DE SEIS MESES, PERÚ 1992 A 2016.



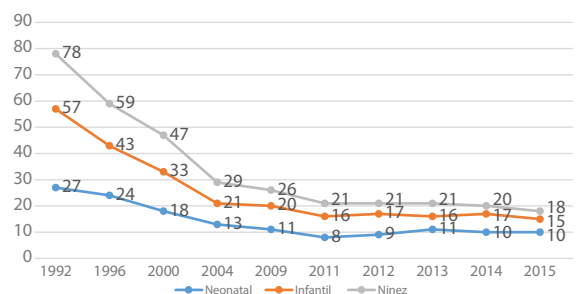
Fuente: INEI. Encuestas Demográficas de Salud Familiar. Y Encuesta Nacional de Hogares

reducción de la mortalidad infantil y de la niñez. Entre el año 1992 y el 2015, la mortalidad infantil (menores de un año), se redujo de una tasa de 57 defunciones por cada mil nacidos vivos, hasta 15 por mil. El Perú logró el ODM4, relativo a la meta de reducción de la mortalidad infantil en dos tercios que debió ser alcanzada el 2015, el año 2011. En el caso de la mortalidad en la niñez (menores de cinco años) la tasa de 78 defunciones por mil nacidos vivos registrada el año 1992, se redujo a 18 por mil para el año 2015 (figura 4).

En base a las tasas de mortalidad infantil antes presentadas, se puede estimar que, hacia inicios de la década de los 90 del siglo pasado, en el Perú anualmente se producían 34 200 defunciones infantiles. Las estimaciones para el 2015 fueron de 8 700 defunciones, es decir se evitaron 25 500 muertes ese año, en relación a las que ocurrían en 1990 (figura 5).

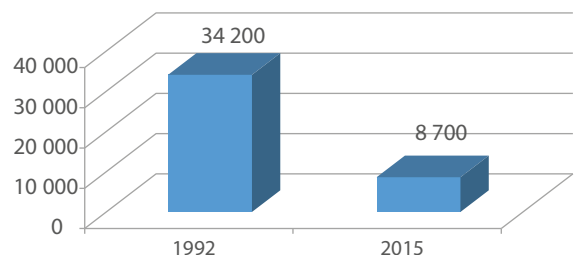
Es de destacar que el Perú es el país de las Américas que logró la mayor proporción en la reducción de la mortalidad infantil y en la niñez, entre el año 1990 y el 2015, periodo que corresponde a las metas a alcanzar en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Producto de ello, el Perú pasó de registrar la cuarta más alta mortalidad infantil entre los países de las Américas, a tener una tasa de mortalidad infantil media (figura 6).

FIGURA 4. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD NEONATAL, INFANTIL Y EN LA NIÑEZ. PERÚ 1992 A 2015.



FUENTE. INEI. Encuestas Demográfica de Salud Familiar.

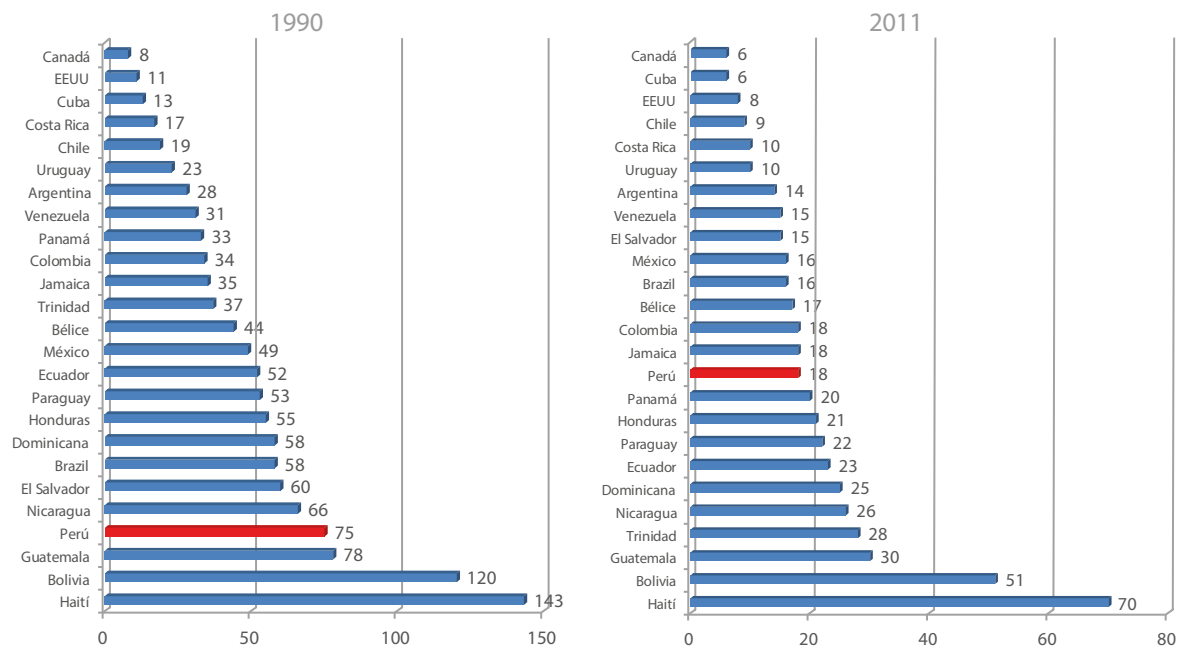
FIGURA 5. DEFUNCIONES INFANTILES ESTIMADAS 1992 Y 2015.



FUENTE: Elaboración propia en base a estimación de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud. INEI



FIGURA 6. TASA DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ EN LAS AMÉRICAS, 1990 Y 2011.



Fuente: UNICEF Nueva York. Publicación: Una Promesa Renovada. 2012

### EL NUEVO RETO: LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA NEONATAL

Los avances logrados en la reducción de la mortalidad infantil en los años 80 y 90 del siglo pasado, no tuvieron un correlato en la mejora de la salud de las mujeres en su condición de madres y en los niños durante el primer mes de nacimiento. La tasa mundial de mortalidad como consecuencia de la maternidad estimada para el año 1990 fue de 430 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, descendiendo solo a 400 por 100 000 para el año 2005, estimándose el número de muertes maternas anuales en 500 000. Casi todas estas muertes se producían en países en vías de desarrollo. Por otro lado, en muchos de los países, en el año 2005 las muertes neonatales representaban más del 50% de las muertes infantiles.

Por dicha razón se incluyó, como parte el Objetivo de Desarrollo número 5, la reducción de la mortalidad materna y con ello la mejora de la salud perinatal. Es en ese contexto, el año 2007 la serie Lancet publicó la estrategia en la que relevaba la necesidad de desarrollar intervenciones basadas en 'el continuo de la atención de la salud materna, del recién nacido y el niño', para lo cual se identificó un conjunto de intervenciones, que incluyeron: la promoción de la salud y la prevención del embarazo en los adolescentes, la planificación familiar, el cuidado prenatal, la aten-

ción del parto seguro, la atención posnatal de la madre y la promoción de los cuidados del recién nacido, incluyendo la lactancia materna.

El enfoque de lograr una Maternidad Sin Riesgos incluyó el promover la atención del parto en servicios de salud, atendido por personal calificado, así como fortalecer la capacidad resolutoria y los sistemas de referencia para atender las emergencias obstétricas, en virtud de que una alta proporción de las muertes maternas ocurren durante el parto o durante el posparto inmediato.

De acuerdo a información recopilada por la OMS y UNICEF, entre los años 2000 y 2007, solo el 54% de los partos que ocurrían en el mundo eran atendidos en establecimientos de salud. Por esta razón, se empezaron a desarrollar un conjunto de estrategias para incrementar la cobertura de atención del parto institucional.

En el caso del Perú, se identificaron barreras que limitaban el acceso de las madres gestantes a la atención del parto en establecimientos de salud, con capacidad de atender las complicaciones del embarazo, el parto y el posparto. En particular, para superar la barrera económica, se implementó un Seguro Materno Infantil (SMI), que garantizaba la gratuidad de la atención del parto en los establecimientos públicos de salud. El SMI se convirtió posteriormente en el Seguro Integral de





Salud (SIS). Por otro lado, para superar la barrera que representaban las distancias geográficas para acceder a los servicios de atención a la maternidad en áreas rurales, se implementaron 500 'Casas de Espera Maternas'. Finalmente, para superar la barrera cultural se promovió la adecuación de la atención en los servicios de maternidad a las costumbres de las madres, especialmente en el contexto de la diversidad cultural existente en el país.

Complementariamente, se incrementó la cobertura de atención materna en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, a través de la contratación de miles de profesionales obstetras, con capacidad para tratar, identificar y referir oportunamente las principales complicaciones obstétricas que ponían en riesgo la salud de las madres gestantes.

Producto de estas intervenciones, el Perú tuvo un notable incremento de la cobertura del parto atendido en establecimientos de salud, tanto a nivel nacional, como en ámbitos rurales. Para el año 2017, el 93% de los partos fueron atendidos en establecimientos de salud a nivel nacional, alcanzando al 79% en el ámbito rural (figura 7).

Debido al incremento de la atención del parto en los servicios de salud y la mejora de su capaci-

dad resolutoria, el Perú estuvo muy cerca de alcanzar la meta del ODS 5 (reducción en un 75% la razón de mortalidad materna al 2015, en función de los niveles registrados el año 1990) (figura 8).

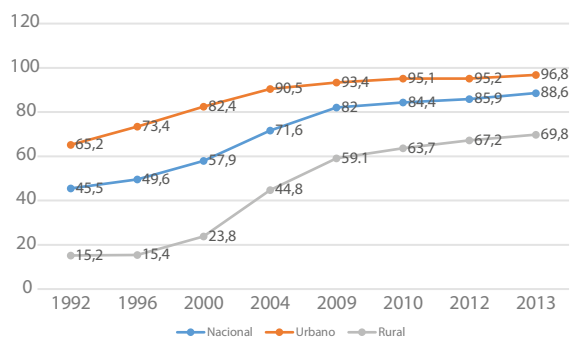
## CONCLUSIONES

Sin duda, la Atención Primaria de Salud fue la propuesta más relevante que se ha hecho a lo largo de la historia de la humanidad, para lograr una salud para todos los seres humanos.

Si bien es cierto los ambiciosos objetivos que se pretendía lograr con la estrategia estuvieron distantes de ser alcanzados, hubo avances muy significativos en materia de salud materno infantil en el Mundo. En el caso del Perú, estos logros fueron notables, no obstante que aún hay brechas que cubrir, especialmente las inequidades en salud que mantiene el país.

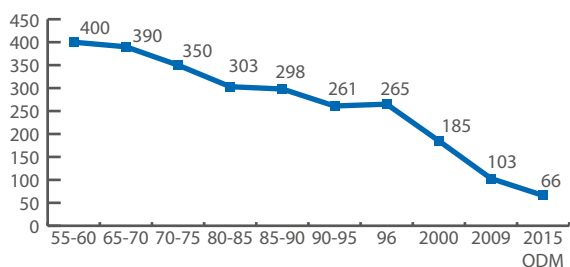
Debido a las desigualdades crecientes que en materia de atención sanitaria registran los diversos países del mundo en desarrollo, y la que ocurre dentro de los mismos, es notorio que los postulados planteados en la Conferencia de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud son hoy tan permitentes como lo fueron en 1978.

FIGURA 7. COBERTURA DEL PARTO INSTITUCIONAL. PERÚ URBANO Y RURAL, 1992 A 2013.



Fuente: Instituto Nacional de Informática y Estadística. Diversas Encuestas Nacionales de Demografía y Salud

FIGURA 8. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ.



Fuente: MINSA. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF: Estado Mundial de la Infancia 1984.
2. UNICEF: Estado Mundial de la Infancia 1985.
3. UNICEF: Estado Mundial de la Infancia 1991.
4. UNICEF: Estado Mundial de la Infancia 2008: Supervivencia Infantil.
5. UNICEF: Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna Neonatal.
6. UNICEF: Estado Mundial de la Infancia 2016. Una oportunidad para cada niño.
7. UNICEF: Publicación. Cumbre Mundial en favor de la Infancia 1991.
8. Naciones Unidas: Declaración Mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño. Nueva York 1990.
9. OPS: La Salud Materno infantil. Metas para 1995 e indicadores para el seguimiento. Lancet: Supervivencia Infantil. Serie OPS. 2003.
10. Countdown to 2015. Maternal, Newborn and Child Survival. The 2012 Report.
11. Presidencia del Consejo de Ministros del Perú. Plan de Acción por la Infancia. 1991.
12. Presidencia de la Republica. Perú la niñez primero. Balance a 1999 del Plan Nacional por la Infancia 1996-2000.
13. Presidencia del Consejo de Ministros: Objetivos de desarrollo del milenio. Informe de cumplimiento Perú 2008.