

**4.3. PREVENCIÓN DE DEFICIENCIAS  
Y PROGRAMAS DE SALUD  
MATERNO-INFANTIL**

**Sagrario MATEU SANCHÍS**  
Jefa del Servicio de salud de la mujer y del niño  
Ministerio de Sanidad y Consumo  
Madrid

## **PROGRAMA DE SALUD MATERNO-INFANTIL**

Aunque la salud materno-infantil es el nombre que tradicionalmente se le da a las actividades relacionadas con el ciclo reproductivo de la mujer, nosotros, bajo este epígrafe, nos referimos a un área de salud que engloba todos los aspectos relacionados con la evolución del ciclo biológico de la mujer, incluyendo además de la etapa reproductiva las otras etapas de la vida. En estos momentos se generaliza, incluida la OMS, el término de Salud Reproductiva o **salud de la mujer y del niño**.

El **objetivo** fundamental de este Programa ha sido siempre el mismo: **mejorar la salud de las mujeres y de los niños**, fundamentalmente, aunque no sólo, en el área biológicamente y socialmente tan importante de la reproducción.

Pero las necesidades en salud no siempre son las mismas, la forma de vida, la situación socioeconómica, los descubrimientos o adelantos científicos condicionan los objetivos de los programas de salud (véase el ejemplo del SIDA), así en los años 40, la lactancia materna era una necesidad fundamental para la correcta alimentación del niño. La malnutrición y las infecciones han sido el primer problema de mortalidad infantil hasta los años 60 y los problemas de salud en la mujer giran fundamentalmente en torno al parto en esa época.

Con el paso de los años el programa de salud materno-infantil va variando, debemos así tratar de dar respuesta a las necesidades del momento.

Hoy, en el siglo XXI, las coordenadas que nos marcan el camino que ha de seguir a la atención sanitaria a la mujer son:

**a) El descenso de la mortalidad, tanto materna como infantil**, que condiciona un cambio en los objetivos de salud. Se trata de conseguir no sólo que no se muera la madre o el niño sino de que además la mujer esté sana a lo largo de todas las situaciones biológicas que atraviesa y que el niño nazca y se desarrolle plenamente sano.

Este avance se debe a la mejora del nivel de vida y a la ampliación a toda la población de los servicios de atención materno-infantil, en general, y a la atención obstétrica, en particular.

La **mortalidad materna** ha dejado de ser un problema de salud en los países desarrollados, entre los que se encuentra España, mientras que continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública en los países en vías de desarrollo.

En la actualidad nuestro país forma parte del grupo de países desarrollados con tasas de mortalidad más bajas.

La mortalidad en el primer año de vida y la mortalidad materna muestran, desde 1970, importantes descensos en todo el territorio de la UE, ocupando España una buena posición en ambos indicadores.

**La mortalidad infantil** ha mejorado mucho en toda Europa y se han reducido las diferencias entre unos países y otros. Así en 1970 la diferencia entre el país con mayor tasa de mortalidad infantil (Portugal con 50 por mil) y el país con menor tasa (Suecia con 11 por mil) era de casi 40 por mil, hoy esa diferencia es sólo de un 4,5 por mil.

Por tanto, otro de los indicadores que muestran los avances sanitario-científicos de las últimas décadas es el descenso de la tasa de mortalidad materna desde 1980; en este año se registraron 11 madres fallecidas en el parto o postparto por cada 100.000 nacidos vivos, cifra muy baja si se compara, por ejemplo, con la de principios y mediados de siglo. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en el 2000 la tasa desciende notablemente a 1,3 madres fallecidas.

En cuanto a la disponibilidad de servicios médicos, este indicador muestra que casi la totalidad de las mujeres está siendo atendida en los partos por profesionales sanitarios capacitados. Es decir, el 99,6% de los embarazos es atendido en el momento del nacimiento por personal formado y capacitado.

La tasa de mortalidad infantil y, en general, de mortalidad en torno al nacimiento es reflejo no solo del estado de salud de los/as niños/as sino también de la población en general, y de sus condiciones de vida.

En los países más desarrollados, y por tanto también en España, el sexo femenino presenta tasas de mortalidad infantil inferiores a los niños. El decrecimiento habido ha sido más acentuado en la mortalidad postneonatal (muertes en niños/as con 28 o más días de vida hasta un año), debido a que las causas de esta última malformación (malformaciones congénitas, afecciones propias como el bajo peso al nacer) son menos susceptibles de control y prevención de factores como las enfermedades infecciosas y deficiencias nutricionales, responsables principalmente de la mortalidad postneonatal.

Esto hace que aparezcan programas imprescindibles hoy para una correcta y más exigente atención materno-infantil, como lo son **el programa de atención al niño sano, el de educación maternal-psicoprofilaxis obstétrica** y, por supuesto, el de **prevención y detección precoz de minusvalías**.

**Los recién nacidos de bajo peso** son un componente importante en la morbimortalidad y son debidos a dos causas fundamentales: partos prematuros y crecimiento intrauterino retardado. Vemos que poco a poco van aumentando en estos países los recién nacidos de bajo peso hasta estar todos ellos en una tasa cercana al 5%. Esto se atribuye fundamentalmente a los estilos de vida nocivos, las técnicas de reproducción asistida y la incorporación de la mujer al mundo laboral, sobre todo porque las condiciones laborales de las mujeres no se adecúan a los cambios biológicos durante la gestación.

**b) Respecto al descenso de natalidad**, sin entrar a analizar las causas subyacentes a este fenómeno sociodemográfico, su presencia supone un objetivo nuevo respecto a épocas anteriores: los hijos hoy son cada vez más deseados, lo que hace imprescindible que aparezcan programas de planificación familiar y actividades de **consejo genético y diagnóstico prenatal**.

Un aspecto importante en la vida de las personas es la **planificación familiar**, que les permite controlar su fertilidad y expresar su sexualidad, sin miedo a los embarazos indeseados y a las enfer-

medades de transmisión sexual (ETS). La planificación familiar ha dejado de estar asociada solamente a problemas demográficos para relacionarla cada vez más estrechamente como un medio para promover la salud y el bienestar.

Según los datos obtenidos del Informe de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, sobre la situación sanitaria de la mujer en la Comunidad Europea, desde 1970 hay que señalar el descenso de la fertilidad en todos los Estados miembros, excepto en Finlandia y en Suecia, donde ha aumentado ligeramente. La mayoría de los Estados miembros presentan índices de utilización de anticonceptivos entre el 71 y el 81%, Portugal y España presentan índices más bajos, del 66 y el 59% respectivamente. A pesar de eso, España tiene un número de hijos por mujer (1,2) por debajo de la media europea.

En cuanto a los **embarazos en adolescentes**, siguen siendo relativamente altos en toda la UE, a pesar de las disminuciones recientes. España presenta unas cifras (3,6%) cercanas a la media de la UE (3,8%). No hay datos sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes, aunque se conoce que los utilizan menos que la población adulta.

En todos los Estados miembros se dispone de atención sanitaria en planificación familiar, aunque con gran diferencia del coste económico que supone para el usuario, entre unos países y otros.

Podemos afirmar que uno de los cambios sociales más importantes producidos en los últimos tiempos es el relacionado con la situación, las oportunidades y formas de vida de las mujeres, en el que sin duda y aparte de la evolución interna de la sociedad española, ha ocupado un importante lugar el aumento de la utilización de anticonceptivos, el consecuente control de la natalidad y, por tanto, la planificación familiar.

En la actualidad, el concepto de planificación familiar, como un derecho indiscutible para la población, está totalmente asumido por la misma. La atención a este aspecto de la salud, de una manera normalizada en la red sanitaria pública y la oferta privada, es amplia, aún así, todavía hay un porcentaje de parejas que no usan métodos anticonceptivos eficaces, hay insuficiente información sobre los mismos y, sobre todo, inadecuada, exagerándose muchas veces los riesgos sanitarios y/o efectos secundarios de los mismos, otras veces el escaso uso de métodos anticonceptivos adecuados está relacionado con consideraciones culturales y religiosas.

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, recoge el derecho de la población a recibir atención en planificación familiar.

En España, **las pautas de comportamiento femenino frente a la maternidad** han experimentado cambios importantes; los más sustantivos han sido los de: la tasa de natalidad, que ha descendido de manera importante, sobre todo a partir de 1977 (18,1 por mil), alcanzando un 12,5 por mil en 1983 y un 9,5 por mil en 1994; el número medio de hijos era de un 1,2 en 2001 y otro de los más importantes es la edad media de nacimiento del primer hijo que fue descendiendo ligeramente hasta 1980 (28,2 años) y a partir de ahí volvió a ascender, situándose en torno a los 29 al final de la década.

Los nacimientos en mujeres por encima de los 30 años siguen aumentando, se retrasa la llegada del primer hijo y se espacian más los nacimientos.

**La familia nuclear** sigue siendo el modelo predominante, aunque el número de familias monoparentales, en su mayor parte encabezadas por mujeres, crece paulatinamente. El porcentaje de familias monoparentales (10%) es similar al de la mayoría de los países europeos. Del total de este tipo de familia, un 20% tiene como responsable al varón y el 80% restante a la mujer. Este colectivo de mujeres es, junto con las mujeres pensionistas cuyos ingresos son considerablemente menores a los de los hombres, uno de los grupos humanos más afectados por la diferencial de pobreza.

**c) Las causas del cambio de la morbilidad**, ya no son problemas de malnutrición o los infecciosos los fundamentales en los niños en nuestro país. En este momento, **los accidentes infantiles y las minusvalías debidas a malformaciones congénitas** son la **primera causa de morbimortalidad**.

**d) La aparición de nuevas necesidades en salud**, condicionadas por ejemplo, por el alargamiento de la vida, como la necesidad de **atención a la menopausia** o la **atención a la esterilidad** debida a la baja de natalidad a la que nos referíamos anteriormente.

Tanto en España como en la mayoría de los países desarrollados, la esperanza de vida está creciendo para ambos sexos, sobre todo para las mujeres. Esto se traduce, en términos demográficos, en una pirámide de población y con un mayor peso de la población femenina por encima de los 70 años.

La meta establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, a partir de aquí) para los países desarrollados en el año 2000 era lograr una esperanza de vida al nacer de 75 años. Este objetivo ha sido alcanzado ya en España, donde la esperanza de vida al nacer en 1986 era de 76,4 años (79,6 de mujeres y 73,2 en varones), y hoy es de 83 años en la mujer y de 81 en varones. Este patrón o tendencia se traduce en un envejecimiento progresivo de la población femenina española.

**e) La aparición de nuevas tecnologías** permiten un diagnóstico cada vez más afinado de los factores, situaciones de riesgo, condicionantes de daños evitables a la embarazada, al feto, al niño, lo que junto a unas mayores, mejores posibilidades de control del embarazo, atención al parto, puerperio, nos obligan a todos a una mayor exigencia y eficacia en los niveles de salud de los niños.

**La salud materno-infantil en la Unión Europea (UE)** en general es buena y España presenta índices bastante acordes con la media de la UE. Concretamente las mujeres de la UE son muy sanas, tanto en términos de esperanza de vida, que alcanza actualmente los 80 años (Tabla 2.9-1), como en cuanto a la percepción personal de la salud. Por término medio, más del 60% de las mujeres de la UE afirman gozar de buena o muy buena salud.

Esta situación es el resultado de varias décadas de mejoras en salud de la mujer, parcialmente como consecuencia de la mejora general de las condiciones de vida en la UE y, en parte, secundariamente a la mejora de la situación de la mujer en la sociedad. La salud de la mujer varía entre unos y otros Estados miembros, por los distintos puntos de partida y los divergentes índices de progreso.

Pese a las mejoras constatadas, sigue habiendo motivos de preocupación por la salud de la mujer. Casi una de cada cuatro mujeres en la UE manifiesta padecer un cierto grado de discapacidad, debido a una enfermedad de larga duración. Además, un amplio número (y porcentaje) de mujeres presentan estilos de vida poco sanos (por ejemplo, fuman, consumen alcohol, tienen un estilo de vida sedentario y llevan un régimen alimenticio poco higiénico). Estos factores, combinados, contribuyen a gran parte de la discapacidad, morbilidad y mortalidad prematura entre las mujeres de la UE.

Las principales causas de mortalidad femenina son las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Existen aspectos de nuevos problemas sanitarios de importancia para la mujer en diversas etapas del ciclo de su vida. De hecho, las mujeres son más vulnerables que los hombres.

Entre las mujeres de más edad, uno de los intereses principales es la incidencia en aumento de la osteoporosis, que se debe al envejecimiento de la sociedad y en parte a la insuficiente atención que se presta a las oportunidades de prevención y de tratamiento.

El porcentaje de mujeres mayores de 15 años que muestran una incapacidad debida a enfermedad de larga duración en España es relativamente bajo respecto al resto de países de la UE, situándose por debajo de la media del territorio. Sin embargo, si se tienen en cuenta a las mujeres de 65 y más años, la situación de España, junto a la de países como Grecia, Irlanda, Portugal y Francia, es mucho peor, con porcentajes de mujeres discapacitadas superiores a la media comunitaria. Este mismo patrón comparativo se observa para España en la restricción de actividad de corta duración.

España, seguida de otros países mediterráneos, es el país de la UE en el que las mujeres mayores de 15 años consultaron más frecuentemente al médico en 1996 (38% frente a 32 de media comunitaria). Respecto a la frecuencia de hospitalización, España, con un 7,5% de mujeres mayores de 16 años hospitalizadas en el último año, está por debajo de la media comunitaria (9,5%), y solo en Grecia, Luxemburgo y Dinamarca este porcentaje fue menor. Por otra parte, el número medio de noches en el hospital en el último año fue de 5,9, la cifra más baja de la UE (9,8 días). España es el país donde las mujeres hacen más consultas médicas, pero con el menor nivel de hospitalizaciones de la UE.

Todo esto puede estar relacionado con la accesibilidad a consultas y a camas hospitalarias de los diferentes países, además del nivel de salud de la población. También está ligeramente por debajo de la media de la UE en estos dos parámetros y, al analizarlo por edades, las cifras coinciden con las de percepción del estado de salud, que, lógicamente, aumenta al ir subiendo la edad. Observamos, también, que en nuestras mujeres jóvenes la limitación de actividad está por debajo de la media y, en cambio, en las mayores de 65 años está por encima de la media de la UE.

La sociedad española ha ido tomando conciencia no sólo de la gravedad de la violencia contra la mujer y en el seno de la familia sino de la verdadera dimensión que este problema comporta. La violencia ha superado la dimensión privada y ha pasado a ser considerada como un atentado contra la sociedad y sus normas de convivencia. De los estudios realizados se desprende que a pesar de que sólo se denuncian entre un 5% y un 10% de las agresiones cometidas contra las mujeres, en 2001 se han triplicado las denuncias por malos tratos de los hombres contra las mujeres.

El gobierno, consciente de esta necesidad, ha elaborado un plan de acción que en el apartado correspondiente a salud ha realizado un protocolo unificado de atención sanitaria a las víctimas como respuesta integral a sus problemas, además de incluir en los servicios de atención primaria actuaciones para la prevención de la violencia y de potenciar la sensibilización de los profesionales de la salud.

La atención a la menopausia es un tema importante, debido a la longevidad de la mujer europea que casi un tercio de su vida lo pasa en esta fase. Hoy es uno de los problemas prioritarios de salud de la mujer.

La osteoporosis y enfermedades cardiovasculares causan gran morbilidad a lo largo de los años; por ello es un tema preocupante en la UE. A partir de los 50 años el número de fracturas en las mujeres aumenta espectacularmente y las enfermedades cardiovasculares llegan a ser la principal causa de muerte.

### **¿CÓMO SE ARTICULAN TODAS ESTAS ATENCIONES SANITARIAS EN NUESTRO PAÍS?**

**En primer lugar:** Teniendo las **competencias administrativamente descentralizadas**, las CCAA tienen las competencias sanitarias totalmente transferidas, tanto las de salud pública como las asistenciales.

**En segundo lugar: Coordinación Intersectorial.** La salud materno infantil no es sólo un tema de salud, factores sociales, legislativos, educativo, de medio ambiente, de servicios públicos, etc., influyen directamente, baste recordar la existencia o no de guarderías, la prevención del embarazo desde las escuelas o las leyes de protección de menores.

Por tanto, es imprescindible para un correcto funcionamiento de este programa la coordinación entre diversas instituciones y entre distintos departamentos de la Administración.

**En tercer lugar,** por último, es imprescindible la **participación comunitaria**, basada en la conciencia de que la salud es el primer bien de cada uno de nosotros y de cada uno de nosotros depende el mantenerla y aumentarla.

Las asociaciones son una forma de participación y deben tener un gran papel en la difusión de conocimientos, en la ayuda mutua para mejorar la salud, en la presión positiva, pero presión y control de las medidas que la administración manejamos de cara a satisfacer la salud.

Hay otras formas de participación todas válidas, la salud no es competencia del Estado sino de cada uno de todos los ciudadanos. La educación para la salud es absolutamente imprescindible y fundamental.

Y en salud materno-infantil (esto es más imprescindible que en otras áreas) el papel transmisor de conocimientos de salud que tiene la familia: lavarse las manos, los dientes, comer correctamente, tomar o no medicamentos, etc., hace que el papel de las mujeres, los grupos sociales, la participación de la familia, etc., sea clave para este programa.

### **ÁREAS DEL PROGRAMA DE SALUD MATERNO INFANTIL**

**Atención a la mujer:** Seguimiento del embarazo, preparación al parto, visita puerperal, prevención preconcepcional, planificación familiar, atención a la infertilidad, diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama, tratamiento de las complicaciones patológicas de la menopausia, prevención de la violencia.

**Atención a la infancia:** Revisiones del niño sano, detección precoz de deficiencias, vacunaciones y educación sanitaria a los padres, tutores, maestros y cuidadores.

### **Programas en salud de la mujer prioritarios en el siglo XXI**

1. Prevención de anomalías desde la etapa preconcepcional y durante la gestación.
2. Prevención de embarazos en adolescentes.
3. Atención a la menopausia:
  - Prevención de enfermedades cardiovasculares.
  - Prevención del cáncer de mama.
  - Prevención de la osteoporosis.
4. Salud laboral de la mujer.
5. Patología del suelo pélvico.
6. Atención a la población inmigrante.

### **Determinantes de la salud en el siglo XXI**

1. Descubrimiento del GENOMA.
2. Utilización de Internet en salud.
3. Derecho a la información en salud y en sus procesos patológicos y en fármacos.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Consejo Interterritorial de Salud. Programa Integral de Salud Materno-Infantil. Junio 1990. Documento interno.
- Programas de salud materno-infantil de las CCAA.
- Informe sobre la salud de los españoles. M.º de Sanidad y Consumo. 1998.
- Salud para todos en el siglo XXI. OMS. 1999.
- Programa de acción comunitario de promoción, información, educación y formación en materia de salud en el marco de acción en el ámbito de la Salud Pública. Bruselas.1994.
- Comisión Europea. Informe de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones sobre la situación sanitaria de la mujer en la Comunidad Europea. Doc. COM (97) 224. Bruselas 1997.
- Conseil de l'Europe. Evolution démographique récente en Europe, 1997. Strasbourg: Conseil de l'Europe 1997.

- Comisión de Errores Metabólicos de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Biología Molecular. Informe del año 2001.
- Libro Blanco de la menopausia en España. AEEM, 2000.
- Manual de la salud reproductiva en la adolescencia. SEC. Madrid, 2001.
- Diputación de Barcelona. Del Cromosoma al Gen. Las anomalías cromosómicas y las enfermedades mentales hereditarias. Corporación sanitaria del Instituto de Bioquímica Clínica. Barcelona: Diputación de Barcelona, 1995.
- Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas. Boletín del ECEMC. Serie IV, n.º 2. Madrid: ECEMC, 2001.
- Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyección de la Población española: España 1991-2026, Comunidades Autónomas y Provincias 1991-2005. Serie de Informes Técnicos n.º 7. Madrid: D. Gral. de Salud Pública, 1996.
- Organización Mundial de la Salud. Evaluación del riesgo de fractura y su aplicación a la detección de la osteoporosis postmenopáusica. OMS: Ginebra, 1994.
- Revista de Derecho y Genoma Humano. Universidad de Deusto. Diputación Foral de Vizcaya, 1996.
- Crespo Hernandez, M., En la frontera de dos siglos Pediatría, 1997.
- Delgado M., La fecundidad joven y adolescente en España. Madrid: Instituto de Economía y Geografía (C.S.I.C.), 1998.
- Honorio Bando, La promoción integral de la salud. Madrid, 2002.
- Segovia de Arana, J. M., Medicina, Sanidad y Salud. Madrid, 1998.
- Serrano Gómez .I., La educación para la salud en el siglo XXI., Madrid, 1997.