



PROGRAMA REGIONAL DE APOYO AL DESARROLLO DE LA SALUD MATERNOINFANTIL Y FAMILIAR

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
FUNDACION W. K. KELLOGG

REUNION DE PROYECTOS DE
EVALUACION Y DESARROLLO DE
TECNOLOGIA EN SALUD MATERNOINFANTIL

- . POLITICA E INNOVACION TECNOLOGICA
- . ESTILOS DE VIDA Y SISTEMAS CULTURALES

INFORME FINAL

LIMA, PERU FEBRERO 1986



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

PROGRAMA REGIONAL DE APOYO AL DESARROLLO DE LA
SALUD MATERNOINFANTIL Y FAMILIAR

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
FUNDACION W. K. KELLOGG

Reunión de Proyectos de Evaluación y Desarrollo
de Tecnología en Salud Maternoinfantil

Política e Innovación Tecnológica
Estilos de Vida y Sistemas Culturales

INFORME FINAL

Lima, Perú, Febrero de 1986

TABLA DE CONTENIDO

	<u>Página</u>
PROLOGO	v
INTRODUCCION	vi
I. ANTECEDENTES DE LA REUNION	1
A. PROGRAMA REGIONAL DE APOYO AL DESARROLLO DE LA SALUD MATERNOINFANTIL Y FAMILIAR	1
B. GRUPO DE TRABAJO SOBRE ESTILOS DE VIDA Y SISTEMAS CULTURALES SANTIAGO, CHILE, 21 - 25 OCTUBRE DE 1985	4
C. GRUPO DE TRABAJO SOBRE INNOVACIONES Y POLITICA TECNOLOGICA SANTIAGO, CHILE, 21 - 25 OCTUBRE DE 1985	8
II. TALLER DE DISEÑO DE PROYECTOS DE INNOVACION Y DESARROLLO EN SALUD MATERNOINFANTIL LIMA, PERU, 24 FEBRERO - 7 MARZO DE 1986	12
A. OBJETIVOS DEL TALLER	12
B. PROGRAMA DE TRABAJO	12
C. PARTICIPANTES	15
D. DINAMICA DE TRABAJO	16
E. DOCUMENTOS DISTRIBUIDOS	17
F. CONFERENCIAS ESPECIALES	17
- Dr. Carlos Segúin	
- Dr. David Tejada	
- Dr. Francisco Sagasti	
G. ACTIVIDADES ESPECIALES	18
- Grupo Indigenista	
- Conferencia sobre estilos de vida Universidad Cayetano Heredia (Hosp.)	

-	Presentación del grupo de CLAP	
-	Presentación proyectos específicos	
-	Reunión PROASAS	
H.	COMITE DE COORDINACION	19
	- Reuniones de coordinación del taller	
	- Reunión OPS/FWK	
III.	ACTIVIDADES CONJUNTAS	20
A.	ORIENTACION	20
B.	MARCO DE REFERENCIA	20
C.	REVISION DEL PROCESO DE DISEÑO DE PROYECTOS	20
IV.	ACTIVIDADES DE LOS GRUPOS DE DISEÑO	21
	ESTILOS DE VIDA	21
A.	GRUPO No. 1	21
B.	GRUPO No. 2	21
C.	GRUPO No. 3	22
D.	GRUPO No. 4	22
	INNOVACION Y POLITICA TECNOLOGICA	23
E.	GRUPO No. 5	23
F.	GRUPO No. 6	23
G.	GRUPO No. 7	23
H.	GRUPO No. 8	24
V.	PROYECTOS DISEÑADOS	25
A.	NOMINA DE PROYECTOS	25

	<u>Página</u>
VI. RESUMEN DE PROYECTOS	27
A. LA TRANSICION DEL NIÑO AL ADULTO: TRANSCULTURACION Y CONDUCTAS DE RIESGO JUVENIL EN AMERICA LATINA	27
B. ESTUDIO SOBRE LA ETIOLOGIA PSICOSOCIAL Y FAMILIAR DE ABUSO DEL MENOR DE 0 A 14 AÑOS: ANALISIS COMPARATIVO DE TRES PAISES	31
C. LA FAMILIA EN EL PROCESO DE BUSQUEDA DE SALUD Y SU COMPORTAMIENTO FRENTE A PROGRAMAS DE SALUD MATERNOINFANTIL	35
D. NECESIDADES SENTIDAS EN SALUD MATERNOINFANTIL EN POBLACIONES URBANOMARGINALES DE AMERICA LATINA Y SUS COMPORTAMIENTOS EN LA BUSQUEDA DE LA SALUD	40
E. NECESIDADES INSATISFECHAS DE ATENCION MATERNOINFANTIL	44
F. EVALUACION DE TECNICAS PARA LA MODIFICACION DEL COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL DE SERVICIOS DE SALUD ANTE SITUACIONES DE CRISIS PSICOSOCIAL	48
G. INTERVENCIONES INNOVATIVAS PARA MODIFICAR EL COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD	52
H. CARACTERISTICAS Y FACTORES DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SISTEMAS DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACION MATERNOINFANTIL	55
I. POLITICA Y LEGISLACION RELATIVA A TECNOLOGIA EN SERVICIOS DE SALUD, SU IMPACTO Y EFICACIA EN EL AREA MATERNOINFANTIL	59
J. POLITICA Y LEGISLACION RELATIVA A TECNOLOGIA EN SERVICIOS DE SALUD, SU IMPACTO Y EFICACIA EN LA PROTECCION DEL MENOR	62
K. IMPACTO DE LA POLITICA Y LA LEGISLACION SOBRE PROTECCION DE LA ADOLESCENTE EN LA CONCEPCION, EL EMBARAZO Y EL DESTINO DEL RECIEN NACIDO	66
L. UTILIZACION DEL CONOCIMIENTO CIENTIFICO Y TECNOLOGICO EN LA PRACTICA DEL CONTROL DE SALUD DEL NIÑO MENOR DE DOS AÑOS. FACTORES LIMITANTES Y FAVORECEDORES	69
M. MODELOS PARA LA ASIGNACION DE RECURSOS HUMANOS Y TECNOLOGICOS EN LA SALUD PERINATAL	73

	<u>Página</u>
N. REGIMENES DE SALUD Y POLITICAS PUBLICAS: UN ESTUDIO COMPARATIVO (1940-1985)	76
VII. RELACIONES ENTRE LOS PROYECTOS	80
VIII. PROPUESTAS DE COLABORACION EN RED Y PLAN DE TRABAJO	81
A. REVISION DEL AVANCE DEL PROYECTO	81
B. FUNDAMENTACION	82
C. OBJETIVOS	83
D. PLAN DE ACCION	84
E. ESTRATEGIAS	85
ANEXO I. LISTA DE PARTICIPANTES	86
ANEXO II. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	87

PROLOGO

El Programa Regional de Apoyo al Desarrollo de la Salud Maternoinfantil y Familiar que ejecuta la Organización Panamericana de la Salud, (OPS) con el auspicio de la Fundación W. K. Kellogg se inició en 1985. En mayo de ese año se realizó una Reunión de Programación en Río de Janeiro, Brasil, donde participaron representantes de la mayoría de los proyectos de la red de programas de atención maternoinfantil y algunos PROASAS.

Posteriormente, en octubre de 1985 se llevó a cabo un taller de diseño de proyectos de innovación y desarrollo tecnológico en Santiago, Chile. En dicho taller se definieron líneas prioritarias de trabajo en dos de los seis campos de actuación sumarizados en el Proyecto Regional de Apoyo: estilos de vida y sistemas culturales e innovación y política tecnológica.

Complementariamente, en esa oportunidad se elaboró un marco de referencia en ambos campos de trabajo, que sirvieron de base para la formulación de las líneas prioritarias y el esbozo de perfiles de proyectos.

En seguimiento de este proceso de formulación de proyectos colaborativos de red, se convocó a una segunda reunión celebrada en Lima, Perú, en marzo de 1986, destinada específicamente al diseño de los proyectos perfilados en la reunión de Chile. En la reunión de Lima participaron 71 profesionales de diferentes países, los cuales, a través de un dinámico proceso de interacción, diseñaron 14 proyectos de innovación y desarrollo tecnológico.

Deseamos agradecer la valiosa contribución de los participantes, la hospitalidad y la activa contribución de las autoridades de salud del Perú y el apoyo efectivo de la Representación de la OPS en Perú.

Elsa Moreno
Carlos Serrano
Duncan Pedersen

Programa de Salud
Maternoinfantil

Gloria A. Coe
Jorge Peña Mohr

Programa de Tecnología
en Salud

INTRODUCCION

El Programa Regional de Apoyo al Desarrollo de la Salud Maternoinfantil y Familiar que ejecuta la Organización Panamericana de la Salud, con el apoyo financiero de la Fundación W. K. Kellogg, se estableció a principios de 1985.

El objetivo global de dicho programa consiste en contribuir al mejoramiento de la salud maternoinfantil en América Latina, mediante el apoyo que se le ofrece a los países para el desarrollo de modelos alternativos de prestación de servicios de salud y de recursos humanos, a fin de ayudar a mejorar los programas nacionales y la utilización apropiada de la tecnología de salud.

El Programa Regional consta de tres subprogramas:

1. Subprograma de Desarrollo y Apoyo a las Redes
2. Subprograma de Educación Permanente Basado en la Articulación Docente Asistencial
3. Subprograma de Desarrollo y Evaluación de la Tecnología

El tercer subprograma contempla movilizar y desarrollar innovaciones en los programas maternoinfantil, los Programas Avanzados de Administración de Salud (PROASAS) y otros programas afines a través de las actividades específicas de seis grupos de trabajo:

1. Tecnología en Atención Prenatal
2. Tecnología en Atención del Parto
3. Tecnología en Atención Neonatal
4. Tecnología en la Atención de Crecimiento y Desarrollo
5. Tecnología en Atención Maternoinfantil y Estilo de Vida, e
6. Innovación en Atención Maternoinfantil y Políticas en Tecnología de Salud

Los grupos de trabajo se integraron por miembros de los proyectos Kellogg/OPS, expertos en los temas y funcionarios con poder de decisión en los ministerios de salud o seguros sociales. Los grupos de trabajo tuvieron carácter multidisciplinario, e incluyeron especialistas

en salud materno-infantil, epidemiología, administración, economía de salud, sociología, antropología y otras disciplinas relacionadas.

Cada grupo de trabajo contó con un coordinador que apoyó la ejecución del plan de trabajo. Se acordó que en una etapa posterior, si fuera necesario, los distintos miembros del grupo de trabajo apoyarían la implantación de los proyectos.

Para iniciar la ejecución del proyecto se han venido realizando varias actividades preparatorias. En mayo de 1985 tuvo lugar una Reunión de Programación en Río de Janeiro, Brasil, donde participaron representantes de la mayoría de los proyectos de la red. (Informe de la Reunión de Programación del Proyecto Regional de Apoyo al Desarrollo de la Salud Materno-infantil, Río de Janeiro, 20 - 24 de mayo, 1985. Documento de la OPS).

Simultáneamente, se inició la preparación de los grupos de trabajo sobre Estilo de Vida e Innovación y Política. En junio del mismo año se definió el marco de referencia sobre el tema estilo de vida con la colaboración de Gilles Bibeau, Duncan Pedersen, Cristina Puentes y la participación de asesores de los programas de Salud Materno-infantil y Tecnología de Salud.

Posteriormente, en agosto de 1985 se realizó una reunión de consulta en la Universidad de Montreal, Canadá, en la que participaron Gilles Bibeau, Duncan Pedersen, Cristina Puentes, Ramón Florenzano, Gloria A. Coe, Carlos Serrano y Jorge Peña Mohr. En esa reunión se prepararon los documentos de referencia y se elaboró el temario y el programa de trabajo.

Un esfuerzo similar se realizó para preparar el Grupo de Trabajo sobre Innovación y Política Tecnológica. En julio de 1985, Henrique Rattner y Néstor Perrone prepararon el documento de referencia y el programa de trabajo al respecto.

En paralelo, se ha venido avanzando en la preparación de los otros cuatro grupos de trabajo. La responsabilidad de dicha preparación se delegó al Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP).

En la reunión de los grupos de trabajo sobre Estilos de Vida y Sistemas Culturales y de Innovación y Política Tecnológica, realizada en Santiago, Chile, en octubre de 1985, se incorporó a ambos grupos de trabajo en forma simultánea a fin de facilitar la interacción y debatir en conjunto el área de acción de cada grupo y su programa de trabajo.

En este documento se presenta el informe de la reunión de Lima, Perú, en la cual los dos grupos de trabajo mencionados, elaboraron propuestas específicas de investigación y desarrollo. En este informe se incluye un resumen de los catorce protocolos elaborados.

I. ANTECEDENTES DE LA REUNION

A. PROGRAMA REGIONAL DE APOYO AL DESARROLLO DE LA SALUD MATERNOINFANTIL Y FAMILIAR

En 1974 la Fundación W. K. Kellogg aprobó una propuesta de la Organización Panamericana de la Salud para la ejecución, durante un período de cinco años, del Proyecto Regional de Desarrollo de la Salud Maternoinfantil. El objetivo global de este proyecto fue acelerar la mejora de las condiciones de salud de madres y niños a través del desarrollo de recursos humanos y de tecnologías de salud adecuadas a las necesidades de estos grupos vulnerables.

La estrategia propuesta consistió en la creación de modelos adecuados en zonas geográficas bien definidas de países seleccionados, para ser puestos en práctica con el esfuerzo aunado de los servicios de salud actuantes en sus poblaciones y de las universidades. Se acordó que cada modelo propondría y ejecutaría un plan de acción que incluiría actividades de servicio, enseñanza y capacitación, investigación y promoción comunitaria. Los planes estarían dirigidos a mejorar las estructuras y los procesos de los servicios de salud y los programas de enseñanza-aprendizaje. En resumen, estos proyectos centrados en las comunidades servirían para el desarrollo programático e institucional y se esperaba que sus efectos trascenderían los niveles locales e internos de cada proyecto.

Durante esta primera fase de cinco años entraron en operación ocho proyectos en Brasil y dos en Colombia con poblaciones que oscilaban entre 50.000 y 600.000 habitantes y con características o perfiles diferentes.

En una segunda fase, iniciada en 1980, el número de proyectos activos se elevó a 18, ampliándose también el número de países además de Brasil y Colombia, a Argentina, Costa Rica, Chile, Ecuador, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

Cabe destacar que, a medida que los proyectos avanzan en experiencia se producen cambios muy importantes en los programas, grupos e instituciones participantes. No solamente los proyectos crecen en el sentido geográfico y poblacional sino, especialmente, en el número de profesionales y disciplinas que entran en operación y lo que es más importante, se produce un aumento programático en los aspectos doctrinarios y en la capacidad de aplicación de enfoques y estrategias y, consecuentemente, se obtienen programas de mejor calidad que alcanzan los resultados deseados.

Desde la segunda mitad de la década de 1970, la Fundación Kellogg, en colaboración con la OPS, viene desarrollando otro programa regional en el campo de la enseñanza en administración de salud, constituido por

proyectos de los Programas Avanzados de Administración en Salud (PROASAS) en varios países: Argentina (1), Brasil (2), Colombia (2), Costa Rica (1), Chile (1), México (1), Perú (1) y República Dominicana (1). Estos proyectos tienen por objetivo: a) mejorar el proceso educacional en administración de salud; b) crear modelos alternativos para organización y administración de servicios; c) establecer nuevos programas de administración de salud, y d) instituir el trabajo en red con otros programas y proyectos.

Aunque todos los PROASAS se concentran en capacitación de personal, su grado de desarrollo es desigual, en gran parte debido a las diferencias que existen en el tiempo de operación y en la ubicación institucional de los programas. No existe una base comunitaria para el desarrollo de actividades educacionales y de investigación y a través del Proyecto en Administración de Salud se propone abrir esta posibilidad.

En diciembre de 1984, la Fundación Kellogg aprobó una propuesta presentada por la OPS para la implantación del Programa Regional de Apoyo al Desarrollo de Salud Materno-infantil. Los objetivos generales de este proyecto son los siguientes:

- a) Apoyar el proceso de desarrollo armonioso y coordinado de proyectos actualmente en operación o en etapa de planeamiento que son parte de la actual red de proyectos de salud materno-infantil y los PROASAS, a fin de capacitarlos para la formación y el funcionamiento de redes coordinadas nacionales y subregionales que contribuyan al desarrollo de servicios de salud.
- b) Contribuir al desarrollo de recursos humanos capaces de satisfacer las necesidades de salud a través de la aplicación de un esquema regionalizado que combine enseñanza y servicio.
- c) Cooperar con los grupos de los proyectos y con las redes nacionales y subregionales, en la creación de mecanismos innovadores para la prestación de servicios de salud así como para la necesaria articulación intersectorial y la participación activa de la comunidad.
- d) Cooperar en la coordinación de las redes nacionales a través del intercambio de experiencia y la conducción de entrenamiento continuo y actividades de investigación colaborativa.
- e) Ayudar al desarrollo y evaluación de tecnologías de salud innovadoras con énfasis en la atención primaria de salud.

Para el cumplimiento de estos objetivos se elaboró un plan de acción dividido en tres componentes:

1. Apoyo a los proyectos con el objetivo de capacitarlos para que realicen trabajo en red.
2. Educación permanente.
3. Desarrollo y evaluación de tecnologías de salud en seis áreas específicas, de las cuales cuatro se relacionan directamente con la salud perinatal: a) atención perinatal; b) atención del parto; c) cuidado del recién nacido; d) crecimiento, desarrollo y adolescencia; y las otras dos áreas tienen un carácter más general: e) comportamientos de la población y estilos de vida, y f) políticas e innovaciones.

El plan de acción precisó que cada una de las seis áreas funcionaría bajo la responsabilidad de un grupo de trabajo que tuviera participación en los proyectos de salud materno-infantil y PROASAS. Los elementos básicos de trabajo en este tercer componente de tecnologías de salud son:

- i) los grupos de trabajo antes mencionados, para que efectúen el diseño y el desarrollo de los proyectos y el enfoque general de evaluación de costo-efectividad de los mismos;
- ii) la evaluación de tecnología sobre la base poblacional, a fin de obtener resultados diferenciales de epidemiología geográfica y social, y
- iii) reuniones de líderes como elemento integrador.

Desde el punto de vista de perspectivas, se espera que los proyectos de salud materno-infantil, otros proyectos o modelos de atención de salud con énfasis en atención primaria proyectos aplicativos que funcionan en cada país o subregión, contribuyan a la comunicación, diseminación de conocimientos y al intercambio de información y experiencias, e inclusive se coordinen para la programación y el desarrollo de trabajos colaborativos y complementarios; es decir que operen como redes y de esa manera se potencialicen en su papel de mecanismos de desarrollo de la salud en general y de salud materno-infantil, en particular.

La incorporación de los proyectos de apoyo (por ejemplo apoyo educacional), incrementarían la eficiencia y la efectividad de los

proyectos aplicativos, lo que facilitaría la aplicación de los resultados del trabajo en red de acuerdo a las condiciones nacionales e internacionales.

Se concluyó que al proyecto de apoyo OPS/Kellogg le correspondería instituir los grupos de tarea; facilitar el intercambio; difundir y promover el uso de los resultados de trabajo individual y en red; desarrollar actividades de coordinación y de programación técnica (reuniones, seminarios, etc.); asesorar y apoyar a los proyectos y redes, y promover la viabilidad política a nivel de país y la utilización de recursos creados para la cooperación entre países. La OPS tendría además la función de ayudar a encuadrar la operación de los proyectos y redes dentro de las políticas y estrategias nacionales y regionales, como también aquellas globales.

Además, la Fundación Kellogg continuaría su misión de colaborar a la consolidación de este proceso de desarrollo a través del fortalecimiento de los proyectos y redes y la viabilización de actividades específicas de importancia manifiesta, e inclusive se sugirió recuperar el trabajo de grupos de proyectos ya finalizados que podrían participar en trabajos concretos en la modalidad de redes. Asimismo, la Fundación Kellogg viabilizaría o facilitaría la participación, dentro del proceso, de las instituciones internacionales y nacionales a través de los proyectos participantes para reforzar su carácter promotor, catalizador y coordinador.

B. GRUPO DE TRABAJO SOBRE ESTILOS DE VIDA Y SISTEMAS CULTURALES
SANTIAGO, CHILE, 21 - 25 OCTUBRE DE 1985

Las deliberaciones de este grupo se concretaron en el establecimiento de un marco de referencia, que sirviera de fundamento para definir los proyectos de desarrollo de tecnologías relativos a estilos de vida y sistemas culturales. Asimismo, en esa oportunidad se definieron perfiles de proyectos que atendieran las necesidades y prioridades de la Región.

El marco de referencia se basó en un modelo conceptual propuesto por G. Bibeau, D. Pedersen y C. Puentes (documento de referencia para el Grupo de Trabajo sobre Estilos de Vida y Sistemas Culturales). En este documento se destaca la vinculación entre los estilos de vida individuales y colectivos y la salud, así también el uso de ciertas tecnologías en una sociedad determinada, con enfoque especial desde el área de salud maternoinfantil.

Los estilos de vida se definen como pautas de comportamiento regulares y sostenidas de grupos de individuos a lo largo de períodos de tiempo prolongado. Los estilos de vida están condicionados por categorías colectivas, siendo los valores, hábitos y condiciones

socioeconómicas del grupo de referencia del individuo los que enmarcan su conducta personal.

El modelo de estilos de vida se basa en dos supuestos básicos: a) el mejoramiento del estado de salud de una población no se logra solo con la aceptación y la utilización de tecnologías médicas científicas, sino es necesario integrar en el análisis de los problemas de salud factores políticos, económicos y culturales, y b) la adopción de tecnologías de salud originadas en los países desarrollados determina la coexistencia de diversos estilos de vida y patrones de comportamiento en relación a la salud.

El entorno cultural y social del individuo es inseparable de su estilo de vida. Tomando en cuenta esta dimensión colectiva, el modelo integra tres componentes: a) el material, que comprende los elementos tecnológicos producidos por el grupo para adaptarse a su medio ambiente (vivienda, vestimentas, hábitos alimenticios); b) el social, caracterizado por la estructura de las organizaciones sociales abarcando desde las redes de apoyo más cercanas al individuo (estructuras familiares) hasta las agrupaciones formales mayores de la sociedad, y c) el componente ideológico, que incluye los valores y creencias compartidos por los integrantes de una clase social o grupo étnico que generan en el individuo expectativas y conductas específicas en todos los ámbitos, incluyendo el de la salud.

Para el análisis de los estilos de vida y su relación con la salud y la tecnología de salud se propuso un modelo tridimensional que comprende las dimensiones político-económica, socio-cultural e individual-familiar. La dimensión político-económica se refiere a las orientaciones políticas - que definen las líneas políticas en todos los campos del quehacer nacional de un país determinado que se reflejan en el modelo de desarrollo socioeconómico adoptado. La dimensión cultural se relaciona a la inserción de tecnología extranjera, de acuerdo a las opciones socioeconómicas, en un sistema cultural heterogéneo, donde coexisten elementos tradicionales y modernos. Por último, la dimensión individual-familiar se refiere a la influencia que tienen las conductas de las personas y familias en las decisiones que adopten, que a su vez están condicionadas por determinantes económicos y culturales.

El modelo tridimensional expande el concepto del modelo epidemiológico clásico al establecer que la conducta de la persona depende de su contexto individual-familiar y de sus relaciones con el contexto macrosocial y cultural. Muchas enfermedades prevalentes (enfermedades cardiovasculares, infecciosas, desnutrición) están asociadas a pautas de conductas riesgosas para la salud (consumo excesivo de alcohol), alimentación deficiente, estrés psicosocial) determinadas por ciertos estilos de vida, en los que influyen elementos de carácter socio-cultural, político y económico. El estilo de vida no constituye una opción, está condicionado a ciertas situaciones, especialmente en

América Latina, donde aproximadamente entre un 20 a 30% de la población vive en extrema pobreza, reduciéndose a un mínimo sus posibilidades de elección de mejores estilos de vida y de participación en la toma de decisiones.

El conocimiento científico y tecnológico en su mayor parte, proviene de los países desarrollados. Dicho conocimiento se difunde hacia los países menos desarrollados, los cuales tienen dificultad en absorber esa tecnología. En el campo de la salud, el prestigio social se asocia al conocimiento y el uso de la última tecnología, lo que se considera sinónimo de eficiencia y eficacia. La población la prefiere y la demanda, produciéndose un proceso de aculturación en el que se adoptan valores y estilos de vida determinados por el nivel socioeconómico, que se traducen en la coexistencia de formas culturales tradicionales y modernas en todos los estratos sociales.

En la Región existe una gran heterogeneidad relativa a tipos de familia, siendo difícil definir los componentes de la familia nuclear. El grupo de trabajo concluyó que la investigación debe describir la heterogeneidad de formas organizativas existentes, particularmente los tipos de familias pertenecientes a las clases populares que constituyen los principales beneficiarios del sistema de salud oficial. La familia es la unidad de atención para los problemas de salud de la mujer, el niño y el adolescente, y cumple una importante función de apoyo social frente a las crisis (por ejemplo, la enfermedad). Otras redes de apoyo social tales como grupos étnicos, comunitarios, de autoayuda, brindan una perspectiva de análisis en una dimensión intermedia, entre el individuo y las instituciones macrosociales.

Con respecto a la unidad de análisis se determinó que ésta debería ser el comportamiento de las personas, a fin de que la diversidad social se refleje en el análisis y se incluya el comportamiento tanto de los que son responsables de las decisiones a nivel político como también el de aquéllos que buscan satisfacer sus necesidades.

Se estipuló que los proyectos de investigación y desarrollo que se propusieran sobre estilos de vida en el área de la salud materno-infantil deberían atenerse al marco de referencia presentado, teniendo la matriz tridimensional como elemento central para el desarrollo de perfiles de proyectos. Se acordó que los proyectos de investigación deberían centrarse en investigaciones operativas (investigación-acción) que se traduzcan en acciones concretas, o sea, en aplicación de tecnologías tanto a nivel de los servicios de salud como de las comunidades. Las investigaciones deberían orientarse hacia la satisfacción de las necesidades de salud reales, incluyendo aquéllas expresadas por la población. Se recomendó la participación e incorporación de la comunidad en el proceso de investigación.

En la formulación y la ejecución de estudios se debería tener en cuenta el componente desarrollo. El propósito de la investigación no consiste solo en la generación y la ampliación de conocimiento, sino además implica acciones programáticas que siguen a los resultados para solucionar un problema y que benefician simultáneamente a la población afectada y al personal a nivel de los equipos de investigación y de servicios. El impacto de los resultados de la investigación se puede traducir en acciones políticas que promuevan cambios perdurables.

Se concluyó que el marco de referencia propuesto permite: 1) identificar los conceptos heurísticos, o sea, aquellos aspectos que ayudan a aclarar o definir una situación compleja; a partir de dichos conceptos se derivan las características, factores o variables adecuadas al estudio; 2) efectuar el análisis de los datos y establecer interrelaciones entre categorías y dimensiones.

Los factores asociados al daño en estudio pueden encontrarse en las tres dimensiones, y en cada una de ellas estar presentes en diferentes contextos. Por consiguiente, un mismo problema en estudio puede analizarse dentro de cada dimensión en diferentes contextos, lo que permite establecer relaciones y obtener una visión integral del problema. Las múltiples opciones que se presentan al utilizar el modelo tridimensional permiten reconocer y llenar vacíos de conocimientos con respecto a problemas importantes de salud, y facilitan además, la comprensión de la "universalidad" del problema. Aquí, adquieren gran relevancia los enfoques multifocales, intersectoriales, interdisciplinarios y el trabajo en redes, ya que permiten establecer comparaciones y estudios complementarios dentro del ambiente o condiciones similares.

Los grupos de trabajo delinearon perfiles de proyectos específicos que se coordinarán a través de las redes de proyectos nacionales y subregionales. Las áreas temáticas se eligieron en base a los siguientes criterios: a) la relevancia del tema para la Región; b) la necesidad de completar el conocimiento sobre el tema y de desarrollar políticas al respecto; c) la elección de un conjunto limitado de proyectos para facilitar su metodología, supervisión y seguimiento, y d) la literatura disponible.

Los temas que se propusieron fueron los siguientes:

1. Análisis de los factores de riesgo que determinan los comportamientos de los adolescentes.

Ciertas conductas riesgosas que adopta el individuo durante la adolescencia tienen consecuencias, tanto a corto plazo (mortalidad y morbilidad por accidentes de tránsito, consumo excesivo de alcohol y drogas, embarazo temprano) como a largo

plazo (patologías físicas y psicológicas en el adulto). El estudio de los factores que influyen en los comportamientos riesgosos para la salud en los adolescentes permite determinar cuales grupos de individuos están más expuestos al riesgo, y a la vez diseñar intervenciones preventivas y planificar servicios más eficaces de atención para adolescentes.

2. Análisis del comportamiento de la población en la búsqueda de la salud.

El proyecto estaría orientado a mejorar los niveles de salud de la madre y el niño a través de una mejor comprensión del comportamiento de la comunidad en relación a la salud y a sistemas o recursos disponibles para su atención. La investigación se centraría en tres áreas: diagnóstico y necesidades de salud de las comunidades; diagnóstico del grado de conocimiento y concepto que las comunidades tienen de los sistemas de salud existentes, y los modelos de utilización de servicios de salud por parte de las comunidades.

3. Análisis del comportamiento de los equipos de salud.

El proyecto se orientaría a analizar los factores que determinan el comportamiento de los agentes de salud de los diversos sistemas o culturas médicas y establecer en qué forma dicho comportamiento afecta la prestación de servicios en el área maternoinfantil de esos sistemas.

4. Análisis de los problemas del abuso del menor.

El propósito de esta área es colocar en evidencia a todo nivel de la sociedad la magnitud y la seriedad del problema de abuso del menor con el fin de diseñar e implantar acciones pertinentes para abordar el problema, tanto a nivel comunitario como familiar e individual.

Para cada tema se definió el problema. Los objetivos y la metodología tentativa, siempre tomando como base la matriz tridimensional para determinar la relación de factores asociados y determinantes.

C. GRUPO DE TRABAJO SOBRE INNOVACIONES Y POLITICA TECNOLOGICA
SANTIAGO, CHILE, 21 - 25 OCTUBRE 1985

El marco conceptual que utilizó el grupo de trabajo se basó en un documento preparado por H. Rattner y colaboradores (Documento de

referencia para el Grupo de Trabajo sobre Innovación y Política Tecnológica). El modelo propuesto contiene dos dimensiones básicas: el proceso de desarrollo de políticas de salud y el proceso de desarrollo tecnológico, y una tercera que es variable dependiendo del grupo poblacional que en este caso está constituido por los grupos beneficiarios de la atención maternoinfantil.

La principal ventaja que presenta este modelo es su flexibilidad, permitiendo iniciar el análisis por cualquiera de las dimensiones mencionadas. El proceso de desarrollo de políticas comprende varios modelos de análisis de políticas, cuyo objetivo común es el descubrimiento de la estructura íntima y esencial del proceso de formulación de políticas. Esta dimensión abre nuevas posibilidades de investigación en el campo de la salud tales como la relación entre políticas, el proceso legislativo, el ordenamiento jurídico, la aplicación y los efectos de la legislación, entre otras. Se señaló que a fin de comprender mejor la evolución histórica del proceso de formulación de políticas públicas sectoriales en los países de América Latina y el Caribe, es fundamental incluir en el análisis los aspectos citados.

Para la dimensión relativa al proceso de desarrollo tecnológico se proponen modelos microtecnológicos, macrotecnológicos e intermedios. En los modelos microtecnológicos la unidad de observación es una tecnología o función tecnológica que permite describir y analizar problemas específicos de una tecnología o de una mezcla tecnológica definida. Los modelos intermedios son útiles cuando se cuenta con información suficiente para no perder la perspectiva global y los temas a tratar todavía son relativamente definidos y específicos. La principal limitación de ambos modelos reside en la dificultad que tienen para acomodar múltiples variables que interactúan en dimensiones diferentes y, por lo tanto, se ajustan mejor al modelo macrotecnológico, pasando necesariamente por el análisis de las políticas públicas. En cuanto a la metodología, se concluyó que todavía persisten dificultades metodológicas relacionadas con el uso de estos modelos.

En la tercera dimensión, relativa al proceso maternoinfantil, se identifican las intervenciones tecnológicas del sector salud más apropiadas para el control de las principales causas de morbilidad y mortalidad del grupo maternoinfantil. Al respecto, el análisis de la tecnología se centra en la efectividad, la eficacia, el costo y la seguridad de la tecnología o de las funciones tecnológicas.

No se profundizó mayormente en el enfoque relativo al proceso de desarrollo tecnológico, posiblemente debido a diferencias en las prioridades existentes entre los países y la falta de métodos tecnológicos adecuados. En cuanto a la dimensión relativa al proceso de desarrollo de políticas de salud, a dicha dimensión se le dieron dos enfoques distintos. El primero se basa en una perspectiva de administración estratégica gerencial, en la cual interactúan cuatro

factores estratégicos (planeamiento, análisis organizacional, control y necesidades de recursos). El segundo enfoque plantea un conocimiento más amplio del proceso de formulación de políticas públicas, incluyendo su evolución histórica, cambios, contradicciones y reflejo en la práctica social. Si bien ambos enfoques son distintos, se concluyó que el proceso de formulación de políticas está estrechamente relacionado al proceso político de la sociedad y a las fuerzas sociales, tanto a nivel interno de los países como también externo a ellos. Finalmente, con respecto a la dimensión relativa a los grupos beneficiarios de la salud maternoinfantil, se le dió un nuevo enfoque a la idea generalizada de que las investigaciones sobre dicho grupo son limitadas (puesto que existe amplio conocimiento sobre las principales causas de morbilidad y las intervenciones tecnológicas pertinentes), dirigiendo la atención hacia la búsqueda de alternativas que solucionen los problemas de este grupo, tomando en cuenta las características y necesidades particulares de cada uno de sus componentes: mujer, niño y adolescente.

Los problemas y necesidades específicas de la mujer están relacionados con las diversas funciones que ella desempeña. La condición de la mujer en la sociedad y su participación en el mercado de trabajo en la actualidad, traen cambios en su función dentro de la familia y en sus necesidades de salud y bienestar. La percepción de la mujer como individuo intelectualmente creativo y productivo, amplía las posibilidades para descubrir nuevas estrategias de los servicios para ampliar la cobertura y satisfacer sus necesidades.

Se subrayó la importancia de definir el concepto de familia. Generalmente los servicios y órganos públicos desconocen que ese concepto varía de acuerdo a las clases sociales o grupos étnicos, originándose por lo tanto, programas de atención uniforme que no benefician a la población más necesitada. A fin de ejecutar intervenciones más eficaces, se concluyó que es indispensable establecer programas que tengan una visión clara de la familia, especialmente en las clases populares por ser las más vulnerables.

Se acordó que los temas seleccionados en esta línea de investigación deberían tener las características de investigación acción, tanto a nivel de servicios como en docencia y en estrategia. Se estableció, asimismo, que el enfoque matricial es apropiado para los temas de salud de la familia, la mujer, el niño y el adolescente.

Los temas que se definieron fueron los siguientes:

1. Análisis de la cobertura de beneficios y su relación con el acceso a los servicios de salud y la utilización de la tecnología.

Este tema trata del análisis de la cobertura de beneficios en todos los niveles de atención, con especial énfasis en el primer nivel de atención, de los programas de salud maternoinfantil y familiar, y su relación con la formulación de políticas de salud para favorecer el acceso de los grupos más necesitados a las tecnologías más efectivas.

2. Análisis comparado de contenido y tendencias de la legislación sobre familias y niños.

La salud es un derecho de todo ciudadano y es deber del estado proveer las bases legales. El análisis de la legislación en el campo de la salud de la familia, la mujer, el niño y el adolescente en los países de América Latina, es fundamental para indagar y evaluar las soluciones actuales que se ofrecen y las perspectivas e insuficiencias de las mismas.

3. Análisis de las relaciones entre el conocimiento científico sobre la supervivencia infantil, la estructura normativa, los procesos de enseñanza y la práctica de la atención.

El proyecto se orientaría al análisis del grado de receptividad y formas de inserción de la política de supervivencia infantil en el sistema de salud maternoinfantil.

4. Análisis de los sistemas de información, planificación y presupuesto y su influencia en la difusión de la tecnología para la atención de grupos de alto riesgo.

Dado que el proceso de planificación está estrechamente relacionado con la política, se visualiza la necesidad de analizar el proceso de formulación de políticas, ya que a través de éstas se realizan las decisiones propias del poder formal inherentes tanto a los fines como a los recursos necesarios para lograr dichos fines. Entre los problemas que se deben investigar más a fondo se encuentran los diversos conceptos de familia existentes en la sociedad, que varían según las distintas clases sociales y grupos étnicos, a fin de evitar modelos de atención homogéneos y, por ende, ineficientes. Asimismo, se necesita conocer los principales problemas de salud relacionados con la condición de la mujer. Es preciso evaluar y comparar los resultados de la cobertura y la calidad de distintas intervenciones hacia la mujer, el niño y el adolescente.

II. TALLER DE DISEÑO DE PROYECTOS DE INNOVACION
Y DESARROLLO EN SALUD MATERNOINFANTIL

LIMA, PERU

24 FEBRERO - 7 MARZO 1986

A. OBJETIVOS DEL TALLER

El principal objetivo del taller fue diseñar proyectos colaborativos para introducir innovaciones en los programas y servicios de salud maternoinfantil conducentes a favorecer el acceso equitativo a dichos servicios e incrementar la efectividad y eficiencia de los mismos.

Este objetivo de diseño de proyectos se centró en cuatro líneas de trabajo prioritario en los campos de estilos de vida y sistemas culturales y otras cuatro líneas en el área de innovación y políticas tecnológicas en salud maternoinfantil.

La aspiración era avanzar en el diseño de proyectos hasta el punto en que ellos quedarán en condiciones de ser presentados para la promoción y la movilización de recursos financieros.

Se le asignó prioridad al diseño de los proyectos que enmarcados dentro de las ocho líneas de trabajo prioritario, tuvieran un potencial más alto en el logro del objetivo recién especificado y que fueran de naturaleza colaborativa.

La naturaleza colaborativa se planteó a nivel de favorecer el trabajo multidisciplinario, las relaciones asistenciales-docentes, y la colaboración entre proyectos de salud maternoinfantil, de tecnología y de administración. Además se dió preferencia a las iniciativas que permitieran la colaboración interinstitucional y la cooperación entre países.

B. PROGRAMA DE TRABAJO

El programa del taller que se cumplió en dos semanas de trabajo intensivo, se presenta a continuación:

- 13 -
AGENDA DEL TALLER

Primera Semana del 24 de febrero al 10. de marzo

Hora	Lunes 24 febrero	Martes 25 febrero	Mierc. 26 febrero	Jueves 27 febrero	Viernes 28 febrero	Sábado 1 marzo
8:30	Inauguración:					
9:00	Presentación de los participantes	Políticas y Tecnologías de Salud *	Revisión del proceso de investigación	Revisión de la literatura: Aspectos técnicos	Selección de objetivos y/o hipótesis de investigación	Síntesis del trabajo de la semana
9:45	Programa de la reunión Sr. J. Peña A	Dr. D. Tejada de Rivero A	Dr. M. Tousignant A		Panel A	C
10:15	CAFE	CAFE	CAFE	CAFE	CAFE	CAFE
10:30	Programa Regional de Tecnología en Salud Programa Regional de Salud Materno Infantil Proyecto Kellogg Dr. C. Serrano Sr. J. Peña A	Los dos marcos de referencia: Elementos Dra. G. Coe Sr. J. Peña Ilustración de los marcos de referencia Dr. J. Nef Dr. G. Bibeau A	Selección de temas y problemas de investigación	Desarrollo de programa de síntesis de literatura específica	Selección de objetivos y/o hipótesis de investigación específica	
12:30	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO
14:00	Revisión de las conclusiones de la reunión de los grupos de trabajo de Santiago, Chile Sr. J. Peña Dr. R. Florenzano B	Modelos enfoques y diseño de investigación Dr. J. Nef Dra. N. Cebotarev Dr. L. Ruiz A	Formulación de temas y problemas de investigación	Desarrollo de programa de síntesis de literatura específica (Continuación)	Aplicaciones del marco de referencia a los temas especificados	
15:30	CAFE	CAFE	CAFE	CAFE	CAFE	CAFE
15:45	Discusión General Dr. H. Rattner Dr. D. Pedersen A	Discusión General Marcos de referencia y modelos de investigación A	Redacción de temas y problemas de investigación	Estudio de casos C	Redacción de la aplicación del marco de de referencia Dr. C. Segúin A	C
17:00		Inscripción de participantes por cada tema (8 temas)				

A = Todos los participantes. B = Grupos de trabajo. C = Ocho subprogramas
* Esta presentación es susceptible de cambio en el horario

SEGUNDA SEMANA

Hora	Lunes 3 de marzo	Martes 4 de marzo	miérc. 5 de marzo	Jueves 6 de marzo	Viernes 7 de marzo	Sábado 7
8:30	Presentación general sobre metodología: Diseño, procesamiento, análisis e interpretación de datos Dr. M. Tousignant	Presentación general e ilustración del proceso de selección de variables, indicadores y muestra Debate metodológico	Presentación general sobre fuentes de información e instrumentos de colección de datos y validación	Presentación general sobre procesamiento, análisis e interpretación de datos	Elaboración del plan de trabajo 1986	Síntesis yectos. Debate sobre y mecanis:
	C	B	C	A	B	
10:15	CAFE	CAFE	CAFE	CAFE	CAFE	
10:30	Ilustración de varios tipos de diseño	Selección de las dimensiones, variables e indicadores	Desarrollo de los instrumentos de colección de datos	Redacción del plan de procesamiento y análisis de datos	Presentación final . Materno infantil . Tecnología . OPS/Lima . Kellogg	
	C	C	C	C	A	
12:30	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	
14:00	Discusión de diseño de investigación propuesta	Selección de la muestra	Desarrollo de los instrumentos de colección de datos	Redacción del plan de operaciones: Tiempo y recursos humanos y financieros	Clausura Steering Committee	
	B	C	C	C	A	
15:30	CAFE	CAFE	CAFE	CAFE	CAFE	
15:45	Dr. David Tejada	Redacción de las variables, indicadores y muestras	Estudio de casos Dr. F. Sagastier	Consolidación del plan metodológico	Reunión OPS/Kellogg	
	C	C	A	B		
19:00		PROASA/Perú	Dr. G. Llanos			

C. PARTICIPANTES

Los participantes que se incluyen en el Anexo I, se incorporaron en los dos grupos de trabajo como se indica a continuación:

GRUPO SOBRE ESTILOS DE VIDA Y SISTEMAS CULTURALES

OMAYRA AGUIRRE REID
ELENA ALVARADO LEINDO
GILLES BIBEAU
MELBA FRANKY DE BORRERO
ANA MARIA CANESQUI
ALLAN CASTELNUOVO
VIANNEY CASTRO LOPEZ
GLORIA COE
DENISE DEFEY
RAMON FLORENZANO
MARY FUJUMOTO
ELISA GAYOSO VELASQUEZ
OLGA MARIA GONZALEZ
NINA HORWITZ CAMPOS
NARCISO KESTELMAN
ILTA ANITA LANGE
INES LESSA
MATILDE MADALENO
DELIA MATOS SANCHEZ
AARON MENDEZ GUTIERREZ
AGUSTIN MONTOYA DE LA CADENA
SUSANA NAVA FUENTES
MYRIAM ORDOÑEZ GOMEZ
EMILIO FERNANDO ORIHUELA
RITA MARIA PASTORIZA
DUNCAN PEDERSEN
SYLVIA PESSOA OLEJNIK
GUILLERMO ROBLES MEJIA
CARMEN ROMERO RODRIGUEZ
JAIME SCHERB
CARLOS SERRANO
ROSA MARIA SUAREZ
DAVID TEJADA PARDO
MARIA CRISTINA TERRA
KENNY TEJADA TEJADA
MICHEL TOUSIGNANT
SANDRA VALLENAS
LUCIA YAÑEZ
JOSE MANUEL ALVAREZ-MANILLA
MANUEL BERNALES ALVARADO
ELEONORA CEBOTAREV

GRUPO SOBRE ESTILOS DE VIDA Y SISTEMAS CULTURALES

ALVARO CHABES Y SUAREZ
BARTOMOLE FINIZOLA
HERNAN FUENZALIDA
ALBERTO GIESECKE
RODOLFO GONZALEZ ENDERS
MALAQUIAS LOPEZ CERVANTES
FAUSTO MONTOYA ROMERO
MARIA DEL CARMEN M. DE AHUMANDA
CECILIA MOYA SUAREZ
JORGE NEF
LUCILA NIÑO DE PEÑA
RONNEY PANERAI
JORGE PEÑA MOHR
TIBURCIO PUGA RODRIGUEZ
HENRIQUE RATTNER
EDGAR RODRIGUEZ
LUIS RUIZ CARRILLO
DOMINGO SANCHEZ
DELIA MARIA SANCHEZ
DALVA SAYEG
AUGUSTO SOLA
RODRIGO BARCELO

D. DINAMICA DE TRABAJO

El taller estimuló una activa interrelación y un debate creativo orientado al diseño de los proyectos. Con el propósito de ir articulando e integrando el esfuerzo se trabajó en tres tipos de ambientes. Se realizaron reuniones generales con todos los participantes para compartir información y presentar los adelantos logrados. Se concluyó el trabajo del taller con una serie de presentaciones de los catorce proyectos diseñados.

A fin de lograr consenso sobre los marcos de referencia, enfoques y prioridades se organizaron reuniones separadas para los dos grupos de trabajo. En estas sesiones también se revisaron los adelantos y se coordinaron esfuerzos.

La mayor parte del tiempo se destinó al diseño de los proyectos. Para ello se constituyeron ocho grupos, cada uno de los cuales abordó una línea prioritaria. A su vez cada uno de estos grupos decidió su propia modalidad de trabajo. Algunos de ellos se subdividieron para avanzar en el diseño en paralelo.

Sin haberse programado, se dieron múltiples formas adicionales de interacción, en reuniones de coordinación entre dos o más grupos, intercambiando especialistas y rotando entre grupos.

E. DOCUMENTOS DISTRIBUIDOS

En apoyo del debate se distribuyeron los siguientes documentos:

- Documento sobre el Proyecto Regional de Apoyo al Desarrollo de la Salud Maternoinfantil y Familiar.
- Informe de la Reunión de Programación, Río de Janeiro, Brasil.
- Documento sobre la organización y funcionamiento de los grupos de trabajo.
- Informe de la Reunión de Grupos de Trabajo sobre Estilos de Vida y Sistemas Culturales/Innovación y Política Tecnológica. Santiago, Chile.
- Documento de referencia para el Grupo de Trabajo sobre Innovación y Política Tecnológica.
- Documento sobre regímenes políticos y política pública.
- Documento sobre el proceso de diseño de investigaciones.
- Revisión de la literatura sobre estilos de vida y sistemas culturales.
- Revisión de la literatura sobre innovación y política tecnológica.
- Conjunto de artículos seleccionados sobre innovación y política tecnológica.

También se distribuyó una colección de artículos seleccionados relativos a las ocho áreas prioritarias.

F. CONFERENCIAS ESPECIALES

La reunión en Lima ofreció la oportunidad de incluir tres conferencias especiales:

- 1) Investigación Social - Dr. Carlos Seguíñ,
- 2) Política de Salud en Perú - Dr. David Tejada, Ministro de Salud del Perú.
- 3) Política Tecnológica - Dr. Francisco Sagasti.

A estos tres eventos asistieron todos los participantes. Al final de las exposiciones se abrió un debate sobre los temas presentados.

G. ACTIVIDADES ESPECIALES

Durante el taller se realizaron algunas actividades especiales que contribuyeron a enriquecer el intercambio de información.

Se llevó a cabo una sesión de debate con un Grupo Indigenista del Perú para intercambiar ideas sobre los aspectos culturales en salud.

Bajo el auspicio de la Universidad Cayetano Heredia y los PROASAS se llevó a efecto una conferencia sobre "Estilos de vida y salud", en la que participaron:

Gilles Bibeau
Sociólogo, Universidad de McGill
Montreal, Canadá

Ramón Florenzano
Psiquiatra Social
Universidad de Chile

Duncan Pedersen
Médico Salubrista de la OPS/OMS

Jorge Peña Mohr
Administrador en la OPS/OMS

Este evento estuvo abierto al público y se realizó en el auditorio del Hospital de Aeronáutica en Lima.

Aprovechando la presencia de docentes e investigadores de los PROASAS y el interés de los participantes se realizó una sesión de trabajo especial en la cual se presentó el programa PROASA de Perú y se debatieron otras experiencias similares. Se puso especial énfasis en la participación de los PROASAS en el Programa Regional de Apoyo.

También se presentaron algunas experiencias y proyectos específicos que los participantes estaban interesados en conocer. Además, se presentaron dos experiencias en evaluación de tecnología educativa no convencional.

H. COMITE DE COORDINACION

El Comité de Coordinación integrado por los asesores de los programas de Salud Maternoinfantil y de Tecnología de la OPS y los consultores, realizaron reuniones diarias para coordinar el trabajo e integrar los aportes de los diferentes grupos de diseño.

Se llevó a cabo, asimismo, una reunión de revisión del taller con el Dr. Roberto Beltrán, Representante de la Fundación Kellogg y se discutieron las acciones futuras.

III. ACTIVIDADES CONJUNTAS

A. ORIENTACION

El primer día de la reunión se dedicó a integrar los grupos respectivos y a discutir la orientación del taller. En estas sesiones se presentó el programa de trabajo del taller relativo a los Programas Regionales de Salud Maternoinfantil y de Tecnología de Salud.

También en esta oportunidad, se abrió el debate sobre el Programa Regional de Apoyo a la Salud Maternoinfantil y Familiar, y se revisaron las conclusiones de los grupos de trabajo de la reunión realizada en Santiago, Chile.

B. MARCO DE REFERENCIA

En una segunda actividad conjunta se debatieron los marcos de referencia sobre estilos de vida y sistemas culturales y de innovación y política tecnológica. El debate permitió identificar consensos y también enfoques discrepantes. A través de la revisión y la expansión de los marcos conceptuales se alcanzó un grado aceptable sobre conceptos claves y sus interrelaciones.

C. REVISION DEL PROCESO DE DISEÑO DE PROYECTOS

Se subrayó la importancia del proceso de investigación-acción como instrumento para introducir innovación y cambios. Se realizaron presentaciones sobre el proceso de diseño, el cual constituyó el eje para el trabajo posterior. El debate que tuvo lugar al respecto, favoreció el diálogo generando nuevas ideas y perspectivas. En un paso intermedio antes de iniciar el trabajo de grupo de diseño, se produjo un debate en cada uno de los dos grupos de trabajo para relacionar el marco de referencia con los temas prioritarios y el proceso de diseño de proyectos de investigación y desarrollo.

IV. ACTIVIDADES DE LOS GRUPOS DE DISEÑO

Se constituyeron ocho grupos de trabajo para diseñar los protocolos que versan sobre varios aspectos de los temas tratados:

ESTILOS DE VIDA

A. GRUPO No. 1.

Factores de riesgo que determinan el comportamiento de los adolescentes.

1.	OMAYRA AGUIRRE	Panamá
2.	ALLAN CASTELNUOVO	Ecuador
3.	RAMON FLORENZANO	Chile
4.	OLGA GONZALEZ	Perú
5.	RODOLFO GONZALEZ ENDERS	Perú
6.	MATILDE MADDALENO	Chile
7.	AARON MENDEZ	México
8.	SUSANA NAVA	México
9.	MYRIAM ORDOÑEZ	Colombia
10.	ALBERTO PERALES	Perú
11.	DALVA SAYEG	Brasil
12.	SANDRA VALLENAS	Perú

B. GRUPO No. 2

Comportamiento de la población en la búsqueda de la salud.

1.	ANA MARIA CANESQUI	Brasil
2.	GILLES BIBEAU	Canadá
3.	VIANNEY CASTRO	Costa Rica
4.	ELISA GAYOSO	Perú
5.	ILTA LANGE	Chile
6.	INES LESSA	Brasil
7.	AGUSTIN MONTOYA	Perú
8.	CECILIA MOYA	Chile
9.	FERNANDO ORIHUELA	Perú
10.	DUNCAN PEDERSEN	OPS
11.	GUILLERMO ROBLES	Costa Rica
12.	FERNANDO ROJAS	República Dominicana
13.	JAIME SCHERB	Brasil
14.	DAVID TEJADA PARDO	Perú
15.	MIRTIA DE TESSADA	Paraguay

- | | |
|--------------------|--------|
| 16. LUCIA YAÑEZ | México |
| 17. MARY FUKUMOTO | Perú |
| 18. ELENA ALVARADO | Perú |

En este grupo Ilta Lange y Elena Alvarado hicieron las presentaciones de "Familia busca salud" y "Necesidades sentidas", respectivamente.

C. GRUPO No. 3

Comportamiento de los equipos de salud.

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| 1. MELBA FRANKY DE BORRERO | Colombia |
| 2. DENISE DEFEY | Uruguay |
| 3. ALBERTO GIESECKE | Perú |
| 4. NINA HORWITZ | Chile |
| 5. CARLOS SERRANO | OPS |
| 6. ROSA MARIA SUAREZ | República Dominicana |
| 7. CRISTINA TERRA | Uruguay |

En este grupo Denise Defey y Melba Franky de Borrero hicieron las presentaciones de "Evaluación de tecnología que modifica el comportamiento".

D. GRUPO No. 4

Problemas de abuso del menor.

- | | |
|----------------------|-----------|
| 1. GLORIA A. COE | OPS |
| 2. NARCISO KESTELMAN | Argentina |
| 3. DELIA MATOS | Perú |
| 4. EDITH PASTORIZA | Argentina |
| 5. LUZ FADY ROJAS | Colombia |
| 6. KENNY TEJADA | Perú |
| 7. MICHEL TOUSIGNANT | Canadá |

En este grupo Narciso Kestelman y Delia Matos hicieron las presentaciones de "Abuso" y "Niños abandonados e institucionalización", respectivamente.

INNOVACION Y POLITICA TECNOLOGICA

E. GRUPO No. 5.

Cobertura de beneficios y su relación con el acceso a los servicios de salud y la utilización de la tecnología.

1.	JOSE ALVAREZ-MANILLA	México
2.	RODRIGO BARCELO	Colombia
3.	BARTOLOME FINIZOLA	Venezuela
4.	LUCILA NIÑO	Colombia
5.	HENRIQUE RATTNER	Brasil
6.	CARMEN M. ROMERO	Costa Rica
7.	LUIS RUIZ	OPS
8.	DOMINGO SANCHEZ	Chile
9.	AUGUSTO SOLA	Argentina
10.	JOAO YUNEZ	Brasil

F. GRUPO No. 6.

Contenido y tendencias de la legislación sobre familia y niños.

1.	HERNAN FUENZALIDA	OPS
2.	FAUSTO MONTOYA	Perú
3.	JORGE PEÑA MOHR	OPS
4.	SYLVIA PESSOA	Chile

G. GRUPO No. 7

Relaciones entre el conocimiento científico sobre la supervivencia infantil, la estructura normativa, los procesos de enseñanza y la práctica de la atención.

1.	CARMEN M. DE AHUMADA	Argentina
2.	NORA CEBOTAREV	Canadá
3.	ALVARO CHABES Y SUAREZ	Perú
4.	ANA KAEMPFER	Chile
5.	DELIA SANCHEZ	Uruguay
6.	ANTONIO MEZA CUADRA	Perú

H. GRUPO No. 8

Sistemas de información, planificación y presupuesto y su influencia en la difusión de tecnología para la atención de grupos de alto riesgo.

- | | |
|----------------------|----------|
| 1. MANUEL BERNALES | Perú |
| 2. MALAQUIAS LOPEZ | México |
| 3. JORGE NEF | Canadá |
| 4. RONNEY PANERAI | Brasil |
| 5. TIBURCIO PUGA | México |
| 6. EDGAR RODRIGUEZ | Colombia |
| 7. ALICIA SEBASTIANI | Perú |

A lo largo del debate se fue fortaleciendo la preocupación por relacionar los proyectos. Con este fin se fueron formulando propuestas de interacción tanto entre los proyectos, como también para establecer la comunicación entre grupos nacionales y de diferentes países.

V. PROYECTOS DISEÑADOS

A. NOMINA DE PROYECTOS

1. La transición del niño al adulto: transculturación y conductas de riesgo juvenil en América Latina.
2. Estudio sobre la etiología psicosocial y familiar del abuso del menor de 0 a 14 años; análisis comparativo en tres países. (Se presentaron tres subpropuestas).
3. La familia en el proceso de búsqueda de salud y su comportamiento frente a programas de salud maternoinfantil.
4. Necesidades sentidas en salud maternoinfantil en poblaciones urbano marginadas en América Latina y sus comportamientos en la búsqueda de salud.
5. Necesidades insatisfechas de atención maternoinfantil.
6. Evaluación de técnicas para la modificación del comportamiento del personal de servicios de salud ante situaciones de crisis psicosocial.
7. Intervenciones innovativas para modificar el comportamiento del personal de salud.
8. Características y factores determinantes de acceso a los sistemas de prestación de servicios de salud para la población maternoinfantil.
9. Política y legislación relativa a tecnología en servicios de salud, su impacto y eficacia en el área maternoinfantil.
10. Política y legislación relativa a tecnología en servicios de salud, su impacto y eficacia en protección del menor.
11. Impacto de la política y la legislación de protección de la adolescente en la concepción, embarazo y destino del recién nacido.

12. Utilización del conocimiento científico y tecnológico en la práctica del control de salud del niño menor de dos años. Factores limitantes y favorecedores.

13. Modelos para la asignación de recursos humanos y tecnológicos en la salud perinatal.

14. Regímenes de salud y políticas públicas: un estudio comparativo en salud materno-infantil (1940-1985).

Como puede apreciarse los dos primeros proyectos se enfocan en aspectos de comportamiento y están dirigidos a describir y explicar la relación entre conductas y riesgos en salud.

El segundo grupo de proyectos (3 al 7) se centra en la interacción entre la comunidad en busca de acceso a los servicios y el personal que presta la atención.

El proyecto 8 se orienta hacia el nivel de comportamiento institucional y se concentra en el campo de las políticas para enfocar la misma interacción entre necesidades, demanda y oferta.

Los proyectos comprendidos desde el 9 al 11 conforman otro conjunto, en este caso de evaluación de impacto de políticas específicas. Dos de estos proyectos se refieren a impactos en grupos de alto riesgo, como son los menores y los recién nacidos.

El proyecto 12 abre otra categoría de análisis, que sigue el proceso de transformación del conocimiento en acciones y en resultados de salud. Este proyecto también se centró en menores.

El proyecto 13 se ubica estratégicamente y enfoca las decisiones claves de asignación de recursos humanos y de tecnología tomando como apertura la salud perinatal.

El último proyecto es el más integral y propone un análisis histórico y comparativo de la relación entre regímenes políticos, políticas públicas y salud materno-infantil.

Este conjunto de proyectos cubre los puntos críticos de intervención y la gama de decisiones desde el nivel del cuidado de la salud y la responsabilidad social, pasando por las decisiones de innovación que corresponden a los servicios de salud hasta el papel que les incumbe a los ministerios de salud y a otros sectores como responsables de la política pública.

VI. RESUMEN DE PROYECTOS

A. LA TRANSICION DEL NIÑO AL ADULTO: TRANSCULTURACION Y CONDUCTAS DE RIESGO JUVENIL EN AMERICA LATINA

1. Definición del problema

Las conductas de salud, ya sean de riesgo o protectoras, junto a los valores, creencias y actitudes asociadas a los estilos de vida tienen gran influencia en la salud de la persona durante el período de transición de la niñez a la etapa adulta.

Ciertos procesos tales como estilos de desarrollo del país, la migración rural urbana, cambios educacionales y laborales, como también la condición de la mujer modifican los estilos de vida y las conductas de salud, pero se desconoce en qué forma esas modificaciones tienen ascendencia en los jóvenes. En América Latina existe muy poca información sobre el período de transición del niño al adulto, sus características y diferentes expresiones.

El perfil de morbimortalidad de los jóvenes está en gran parte condicionado por los efectos negativos propios de las conductas de riesgo, que se traducen en consecuencias para la salud. Las estadísticas de mortalidad y morbilidad para este grupo de edad demuestran la tendencia ascendente de la mortalidad por accidentes y violencias, que se correlaciona en alta medida con el uso excesivo de alcohol y drogas. Asimismo, se observa un aumento en las tasas de morbimortalidad relacionadas con complicaciones de embarazos tempranos y abortos, como también un incremento en la incidencia de suicidios en la población más joven.

En la Región los servicios para adolescentes son escasos y los de salud no satisfacen las necesidades especiales de este grupo. Ello plantea la urgencia de conocer el contexto en que viven y los procesos de cambio a que están expuestos los jóvenes en América Latina, e identificar a los grupos de mayor riesgo a fin de diseñar estrategias de intervención y seleccionar alternativas de organización de servicios de salud para adolescentes.

2. Marco de referencia

Existen varios factores que pueden predisponer o exponer a los jóvenes a adoptar conductas de riesgo para la salud. El grupo de trabajo se basó en un marco teórico que comprende tres dimensiones:

- 2.1 Politicoeconómica o macrosocial. En este plano influyen elementos tales como el estilo nacional de desarrollo, políticas culturales, laborales y sectoriales específicas de salud, población, regionalización agraria y vivienda; además ejerce influencia la legislación laboral, de protección al menor, sobre la familia y la mujer. Asimismo, influye la aplicación de estas normas y el grado de conocimiento que tiene la población acerca de ellas.
- 2.2 Sociocultural. Aquí se incluye la identidad cultural de los jóvenes en ambientes heterogéneos, donde se producen culturas de interfase que son más propensas a promover conductas de riesgo que las culturas urbanas y rurales tradicionales. Otros elementos importantes son la orientación hacia el futuro; el nivel socioeconómico y educacional del joven y su familia; características distintas a las de los progenitores (lugar de nacimiento, idioma, religión). También guarda estrecha relación la exposición a los medios de comunicación, el uso del tiempo y la calidad del espacio dedicado a la recreación.
- 2.3 Individual-familiar. Dentro de esta dimensión se considera el nivel de autoestima, grado de impulsividad y control del joven; la estructura familiar y el papel que desempeña la familia durante el crecimiento y el desarrollo juvenil, como también el rendimiento escolar y laboral del joven.

Las "instituciones psicológicas" en las que se desarrolla el joven son un elemento clave en la formación de una personalidad adecuada para adaptarse a la realidad. La fractura de esas instituciones ocasiona una desorganización de la estructura de la personalidad que, dependiendo de la intensidad y las características del individuo que la sufre, se traduce en trastornos psíquicos, corporales o sociales.

La persona durante la etapa de transición de niño a adulto experimenta dos cambios importantes: uno orgánico, que se manifiesta en el crecimiento corporal y el desarrollo hormonal, y el otro de tipo social, dependiente de la cultura a la que pertenece el joven. Ambos cambios pueden provocar la ruptura de pautas previamente institucionalizadas. A esto se suma el proceso de transculturación, que se manifiesta en la necesidad de adaptarse a un medio cultural diferente.

Sin embargo, la hipótesis de una estructura única de personalidad común a todos los seres humanos no es operativa para el estudio de transculturación, sino más bien se necesita un cuerpo teórico específico que sea capaz de explicar la dinámica psicológica de los integrantes de las culturas, de interfase y urbano industrial, respectivamente, incluyendo los procesos de interacción y difusión entre las mismas.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Describir, comparar y analizar las características individuales, familiares, socio-culturales y político-económicas de jóvenes de 10 a 19 años provenientes de diferentes medios socioeconómicos de siete países de América Latina, en relación a las conductas de riesgo y los subsecuentes daños a la salud.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Conocer los problemas y necesidades de los jóvenes provenientes de diferentes ambientes desde su propia perspectiva.
- 3.2.2 Describir las conductas de riesgo que adoptan los jóvenes y su asociación con los factores determinantes de riesgo.
- 3.2.3 Identificar dichos factores considerando las dimensiones político-económica, socio-cultural e individual-familiar.
- 3.2.4 Establecer las relaciones entre las conductas de riesgo, la prevalencia de enfermedades y la variación del daño en la salud.
- 3.2.5 Determinar las normas de sanción y de apoyo sociales e institucionales respecto a las conductas de riesgo y daño a la salud.
- 3.2.6 Conocer la percepción individual, familiar o institucional sobre las conductas riesgosas.
- 3.2.7 Conocer las expectativas de la comunidad y sus instituciones respecto a las conductas que se consideran normales en los jóvenes.

4. Metodología

El estudio comparativo comprenderá grupos de jóvenes de extracción rural, urbanomarginal de siete países de América Latina. Se propone una muestra de 200 adolescentes por grupo de comparación, con un total aproximado de 5,400 sujetos. Este será un estudio de caso de corte antropológico; por lo tanto, no es representativo de la población en general.

La descripción de la prevalencia y el tipo de conductas riesgosas, sus consecuencias para la salud y los factores que determinan dichas conductas, se efectuará tomando en cuenta las tres dimensiones antes mencionadas.

En la dimensión político-económica se utilizarán como indicadores la existencia, la aplicación y el conocimiento sobre políticas sectoriales referentes a empleo, desarrollo agrícola, vivienda, salud, población, educación, cultura, descentralización/regionalización y otras que tengan relación con la juventud. Además, se examinará la legislación relacionada con la familia, la mujer, protección del menor y el trabajo.

En la dimensión socio-cultural se analizarán las características de la comunidad, de la familia de origen y de la migración familiar; características de la vivienda; uso del tiempo; medios masivos de comunicación y transporte; existencia de subculturas, valores y creencias de los jóvenes y su comportamiento frente a los servicios de salud.

En la dimensión individual-familiar se analizarán factores biológicos (grado de desarrollo, estado nutricional, antecedentes sexuales y reproductivos, entre otros) y factores psicosociales (hábitos de vida, autopercepción corporal y psicosocial, valores y creencias familiares).

Se confeccionará un protocolo común para la recolección de datos que incluirá una guía de aplicación. La información se obtendrá mediante encuestas, análisis de documentación, examen clínico y estudio de caso a través de una técnica etnográfica grupal.

Entre los comportamientos generadores de riesgo se estudiarán las conductas reproductivas, nutricional, de ingesta de sustancias químicas, antisocial y escolar/laboral. Para determinar las consecuencias de salud se emplearán como variables el estado de salud física, la presencia de síntomas emocionales, el rendimiento escolar, la actividad y la funcionalidad laboral.

Se considera fundamental elaborar un marco de referencia particular a cada país de estudio, en base a bibliografías locales y a una bibliografía anotada regional que preparará la OPS.

El análisis de los datos, tanto su codificación como el procesamiento, se efectuará a nivel local en los centros que cuenten con facilidades computacionales. Posteriormente, el grupo de trabajo realizará la revisión y el análisis de los datos para la preparación del informe final.

5. Aplicación

La investigación se llevará a cabo en Brasil, Colombia, Ecuador, México, Panamá y Perú. La mayoría de estos países cuentan con recursos humanos profesionales e institucionales adecuados para el estudio.

B. ESTUDIO SOBRE LA ETIOLOGIA PSICOSOCIAL Y FAMILIAR DE ABUSO DEL MENOR DE 0 A 14 AÑOS: ANALISIS COMPARATIVO DE TRES PAISES

1. Definición del problema

El abuso del menor es un problema presente en casi todas las sociedades, existiendo mayor información al respecto en las sociedades occidentales, industrializadas y en los países desarrollados. El abuso no se limita solamente al acto de un individuo contra otro individuo, sino incluye también aquél cometido por las instituciones sociales u organizaciones. La información que se tiene sobre este tema depende del grado de reconocimiento que las sociedades otorguen al problema, sumado a las normas y actitudes presentes en una sociedad determinada.

En los países en desarrollo el origen del problema del abuso del menor puede deberse a variables de desorganización social, y el énfasis que se le da al problema está condicionado por las diferencias culturales. Existe un marcado subregistro de niños sujetos a abusos, debido a la falta de programas de protección a nivel institucional, casos que no se reportan, información contradictoria de los familiares y el temor de los profesionales de verse envueltos en el problema.

El abuso del menor tiene sus raíces en el deterioro social resultante del rápido aumento de la población y la escasez de recursos económicos, produciéndose un rompimiento en la estructura de la comunidad, en el funcionamiento de la familia y en el bienestar psicosocial de la población. Asimismo, esta problemática tiene un impacto en los sistemas tradicionales de apoyo psicosocial con la subsecuente disminución de la efectividad de los mismos para ayudar a solucionar las necesidades esenciales de las personas. Esta situación, junto a la desorganización social y la incapacidad del sistema político de proveer las bases suficientes para lograr bienestar, salud y desarrollo, llevan a comportamientos extremos que se manifiestan en rechazo y abandono del menor.

2. Marco de referencia

En la problemática del abuso del menor se debe buscar las causales que llevan al individuo, la familia y la comunidad a participar directa o indirectamente en esta patología.

Se entiende por abuso el conjunto de actitudes y comportamientos del individuo, la familia, la comunidad e instituciones políticas y gubernamentales que, actuando sobre el menor, pueden producirle alteraciones físicas, psíquicas y sociales. El abuso puede tomar tres formas: abandono, maltrato y negligencia. El abandono es un estado de privación prolongada o definitiva de las funciones paternas y del estado y sus instituciones. El maltrato es cualquier acción que produce alteraciones en la salud del menor, pudiendo o no dejar secuelas transitorias o permanentes, asociado a una intencionalidad y continuidad en el acto y que encierre una significación afectiva del agresor para el menor. El maltrato puede ir acompañado con violencia (maltrato físico y sexual), o ésta puede estar ausente (maltrato emocional y social). Finalmente, la negligencia es un comportamiento de descuido, incompetencia o de omisión de las figuras paternas y del estado y sus instituciones, en el cumplimiento de sus funciones con respecto a los derechos del menor.

El problema se puede enfocar desde varias perspectivas. La aproximación antropológica afirma que el niño menor de seis años no puede sobrevivir sin una estrecha y constante protección humana. La aproximación social enfatiza la presencia de modelos de referencia como elementos indispensables para las construcciones psicosociales y la conducta del niño con otras personas, su familia, la comunidad y el medio ambiente. En este complejo, los factores políticos y económicos y los recursos tecnológicos son determinantes en el problema del abuso y abandono del niño.

La investigación que se propone es un estudio colaborativo entre tres países: Argentina, Colombia y Perú, diseñado para conocer la magnitud y la seriedad del problema del abuso del menor y los factores asociados, y definir una línea de acción adecuada al contexto regional para abordar el problema, tanto a nivel comunitario como familiar-individual.

En los tres países de estudio la población menor de 15 años oscila entre un 35 a 40% del total de la población.

En Colombia no existen estudios estadísticos que demuestren la magnitud del problema. El maltrato intencional se manifiesta principalmente en casos de abandono físico, abandono moral, violencia física, abuso sexual y violación, quemaduras intencionales y otros. En una alta proporción los agresores son los padres, generalmente con bajo nivel de educación y con ocupaciones que demandan mínima preparación. El factor social juega un importante papel, la gran mayoría de los menores sujetos a abusos viven en hogares disgregados, con conflictos familiares y de bajo nivel socioeconómico.

En Perú, el problema del abuso del menor se observa a través de las cifras alarmantes de menores abandonados por sus padres o de aquellos menores que se escapan de sus hogares para valerse por sí mismos.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Formular un proyecto general y específico, mediante grupos interdisciplinarios que formen parte de una red, para abordar la problemática del abuso del menor. En Colombia esta problemática se investigará estudiando la prevalencia y las características del maltrato con violencia y negligencia. En Perú, el estudio está dirigido a obtener mayor conocimiento sobre los niños abandonados en las instituciones de varias regiones del país.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Realizar las actividades correspondientes para determinar la magnitud y la severidad del problema de estudio.
- 3.2.2 Determinar la relación de factores asociados y determinantes que predisponen niños, familias y comunidades al problema.
- 3.2.3 Determinar las características del medio familiar y social, así como las de la persona que interviene en el abuso.
- 3.2.4 Elaborar programas educativos dirigidos a la familia de los niños en riesgo, a fin de eliminar los factores predisponentes o disminuir su efecto sobre el desarrollo normal del individuo.
- 3.2.5 Difundir y ampliar la metodología empleada en otras áreas que presenten condiciones similares.
- 3.2.6 Diseñar, implantar y evaluar programas que satisfagan las necesidades de la población.
- 3.2.7 Ubicar los recursos técnicos, profesionales, logísticos y económicos que garanticen la correcta implantación y la continuidad de las líneas de acción apropiadas.

Las hipótesis que se plantean son las siguientes:

Existen características específicas de la estructura familiar asociadas con el abuso del menor, con respecto a familias donde no existe esta patología: son menos integradas al ambiente, hay menos personas de apoyo y tienen mayor número de dificultades familiares.

Existe mayor incidencia de abuso en familias expuestas a la transculturación que sigue a un proceso migratorio.

4. Metodología

La muestra será de acuerdo a las características de estudio de los países participantes. En Argentina se estudiarán niños abusados de 0 a 14 años y sus familias. En Colombia se realizará una encuesta, al azar, en 200 casas donde habiten menores de 0 a 14 años. En Perú la muestra se obtendrá de la población de menores abandonados e internados en instituciones de varias zonas del país.

El estudio se realizará tomando en cuenta las tres dimensiones: político-económica, socio-cultural e individual, a fin de obtener un diagnóstico de la situación y formular el diseño y la ejecución del programa.

Se estudiarán las siguientes variables: estructura familiar (número de personas, extensión de la familia, ingreso familiar, historia de residencia, propiedad de la vivienda); dinámica familiar (tipo de familia, relación de la pareja, eventos anteriores al abuso, factores de preocupación, personas de apoyo); aspectos sociales (urbano/rural, rasgos culturales, rasgos geográficos, integración familiar al medio, uso del tiempo libre, creencias y prácticas del castigo); características del niño (conductas social, motriz, atípicas y del lenguaje, limitaciones físicas e intelectuales), y características de los padres (delincuencia, alcoholismo, drogadicción, enfermedades mentales y físicas, incompetencia psicosocial).

Como indicadores se usarán las consultas e internaciones realizadas en establecimientos de atención médica de diferente nivel relacionados con la problemática en estudio, como también las consultas e internaciones realizadas en otros sectores, especialmente a nivel judicial. Además, se utilizarán indicadores para determinar actitudes y comportamientos a nivel de las tres dimensiones mencionadas, y para la identificación de las familias, niños y comunidades de riesgo.

Los datos se obtendrán mediante encuestas y el análisis de los mismos se efectuará, en base al modelo tridimensional, utilizando programas de computación.

5. Aplicación

El proyecto se llevará a cabo en Argentina, Colombia y Perú, básicamente en dos etapas. La primera tendrá una duración aproximada de 12 meses y comprende las siguientes fases: conscientización del problema, motivación de los niveles políticoeconómico, socio-cultural e

individual-familiar, constitución del equipo multidisciplinario e intersectorial, elaboración del plan y diagnóstico situacional. La segunda etapa comprende el análisis, la propuesta, la implantación y la evaluación del programa, y se estima que se completará aproximadamente en 12 meses.

El grupo de trabajo formuló algunas propuestas que tienen relación con el proyecto y con los investigadores. Referente al proyecto, se proponen modificaciones en los programas de estudio de las carreras profesionales y no profesionales afines; modificaciones organizativas para la asistencia directa a la familia, como también la formulación de legislación adecuada. Con respecto a los investigadores, se propone la colección de material bibliográfico, a fin de que sea accesible a toda persona que intervenga en el proyecto, y el establecimiento de una red de proyectos para facilitar la comunicación y el aporte recíproco entre los mismos.

C. LA FAMILIA EN EL PROCESO DE BUSQUEDA DE SALUD Y SU COMPORTAMIENTO FRENTE A PROGRAMAS DE SALUD MATERNOINFANTIL

1. Definición del problema

Las creencias, hábitos y costumbres que se transmiten de padres a hijos tienen gran incidencia en el comportamiento del individuo frente al cuidado de su salud. A ello se añade la influencia que ejerce la educación de las personas y los factores político-económicos y socio-culturales, que en un todo determinan la calidad de vida del individuo.

El niño adquiere ciertos comportamientos individuales y costumbres que conllevan la aparición de factores de riesgo - contextuales, condicionantes y facilitantes - que definen determinados tipos de morbilidad, tanto en la embarazada como en el adulto.

El individuo y su familia actúan como "grupo organizador" en el proceso de toma de decisiones, y por ende, son responsables de la mayoría de las decisiones básicas que afectan su salud. En el grupo familiar se destaca la mujer, en su función de madre, por su participación activa en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud.

Los riesgos asociados a los procesos reproductivos y los problemas perinatales todavía constituyen una importante causa de morbimortalidad en el grupo materno-infantil y son más acentuados en las poblaciones que residen en zonas rurales y urbanomarginales. Esta situación se agrava debido a que los servicios de salud que atienden al grupo materno-infantil muchas veces son inapropiados a las necesidades de ese grupo, lo que resulta en un detrimento en la eficiencia y eficacia de los servicios.

Dada la importancia que tiene la participación de la familia en el desarrollo de programas de salud orientados a satisfacer las necesidades primordiales de la población, es necesario investigar los comportamientos de las familias en el proceso de búsqueda de salud y su reflejo en las prácticas de crianza. Asimismo, se requiere evaluar las tecnologías utilizadas en la atención materno-infantil a fin de adaptar los programas pertinentes a las realidades socioeconómicas y culturales de cada grupo humano y lograr el derecho de todos de tener acceso a la salud.

El proyecto se centrará especialmente en dos problemas principales:

- a) Descripción del contexto en el cual se toman las decisiones para la búsqueda de salud.
- b) Evaluación formativa de tres programas de atención materno-infantil:
 - i) Programa de Planificación Familiar en el Area Aymará del Departamento de Puno, Perú.
 - ii) Programa de Suplementación Alimentaria en el Nordeste de Brasil.
 - iii) Programa Educativo para Mujeres Multíparas Embarazadas, en el Barrio de San Martín de Nicoya, Costa Rica.

2. Marco de referencia

Existen diversas tendencias y enfoques disciplinarios que han dado lugar a una terminología específica para explicar las distintas conductas alternativas de la población en los procesos de toma de decisiones y búsqueda de salud. Entre los modelos de comportamiento derivados de esas conductas los más apropiados para la situación latinoamericana son: el modelo de proceso de búsqueda de salud (health seeking process) propuesto por Chrisman, que se basa en una serie de elementos - definición de los síntomas, cambios de la función y el comportamiento, la consulta laica y referencia, acciones terapéuticas, seguimiento - que conforman distintas etapas, y el modelo de creencias para la salud (health belief model) propuesto por Rosenstock, que se basa en la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y lo que se denomina señales para la acción, que son factores detonantes de una acción apropiada y percibida como necesaria.

El grupo de trabajo elaboró su propio modelo, basado en los modelos mencionados.

Para la evaluación del uso de servicios y programas se utilizó un marco teórico de evaluación formativa dirigida a dar mayor énfasis al proceso y funcionamiento de los programas que a los resultados.

En el estudio de los factores que producen problemas de salud se considera que un enfoque integral, de carácter biopsicosocio-cultural, es el más apropiado, ya que permite determinar factores que impiden o facilitan las acciones en el proceso de búsqueda de salud.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Conocer y evaluar el comportamiento de búsqueda de la salud de familias provenientes de diversos niveles socio-culturales y político-económicos, a través de prácticas de crianza y utilización de los programas de atención materno-infantil.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Caracterizar como los miembros de la familia participan en la toma de decisiones con respecto al uso de servicios de salud y programas de atención materno-infantil.
- 3.2.2 Describir prácticas de crianza que protegen la salud o influyen en la aparición de enfermedad en familias de diversos niveles socio-culturales.
- 3.2.3 Determinar los factores que influyen en la mujer para asumir el papel de madre y caracterizar su participación dinámica en la solución de problemas de salud de su familia.
- 3.2.4 Evaluar el impacto de programas de tecnología de salud sobre el estado de salud de gestantes, nodrizas y niños menores de cinco años, utilizando indicadores apropiados.

4. Metodología

Para los estudios de los problemas relacionados con la familia como grupo organizador en la toma de decisiones, se utilizarán estudios descriptivos dirigidos a obtener información sobre el contexto socio-cultural de la familia (estrato socioeconómico, habitat, composición familiar, relaciones interfamiliares y sociales, entre otros), mediante guías de observación y encuestas descriptivas. Complementariamente se llevará a cabo una encuesta entre los miembros de

la familia, empleando un cuestionario sobre sus hábitos y costumbres en relación a sus problemas de salud.

En una segunda etapa los estudios descriptivos analizarán el contexto global de la toma de decisiones, precisando los elementos determinantes y barreras que se presentan frente a seleccionados problemas de salud, utilizando estudios de caso retrospectivos.

En la tercera etapa se documentará la influencia que ejercen los factores contextuales, condicionantes y facilitantes sobre la toma de decisiones con respecto a cinco problemas de salud materno-infantil: aborto provocado, ausencia de lactancia, falta de cuidado de la embarazada, hipertensión arterial de la embarazada y la dificultad de asumir el papel de madre. Con este fin se utilizarán una serie de variables e indicadores de carácter individual, socio-cultural y político-económico.

Para los programas en tecnología en salud materno-infantil se emplearán estudios de evaluación formativa dirigidos a obtener información y analizar los comportamientos de la población frente a los programas de salud, a fin de determinar el grado de participación de la población y el éxito de los programas.

La evaluación formativa constará de dos partes: una descriptiva, que incluirá la descripción de los programas implantados, las opiniones y actitudes del equipo de salud, y de la población usuaria y no usuaria relacionados con el programa. La otra parte es analítica de los componentes reales de la población y se realizará mediante estudios de caso, utilizando guías de observación e instrumentos de carácter participativo.

5. Aplicación del protocolo

A continuación se da una breve reseña de los subproyectos:

5.1 Planificación familiar en el área Aymará del Departamento de Puno, Perú

El estudio comprende tres grupos poblacionales de diferentes características socioeconómicas y asentamiento geográfico: uno de la zona urbano-marginal de la ciudad de Puno; otro de la zona circumlacustre, de economía eminentemente agrícola, y el tercero de la zona cordillerana dedicados a la crianza de camélidos sudamericanos.

El proyecto se realizará de acuerdo a la metodología señalada en el siguiente orden:

- 5.1.1 Identificación de los organismos encargados de la aplicación de los programas de planificación familiar en la zona de estudio y análisis de la orientación de los programas a fin de determinar su efectividad.
- 5.1.2 Ejecución de una observación participante en los grupos poblacionales seleccionados: tipo de capacitación que se utiliza, materiales y medicamentos disponibles, asistencia y participación de la comunidad, actitud de los trabajadores de salud y su relación con la población.
- 5.1.3 Realización de una encuesta entre los miembros del equipo de salud para conocer sus opiniones sobre las tecnologías utilizadas y sus observaciones con respecto al comportamiento de los usuarios.
- 5.1.4 Realización de una encuesta en base a una entrevista pautada entre los usuarios y no usuarios relacionados con el programa para conocer sus opiniones y actitudes acerca del mismo, atendiendo a su contexto familiar y grupal.
- 5.1.5 Seguimiento de familias que sean representativas de los grupos respectivos a fin de determinar el comportamiento de la población en la utilización de los programas dentro de su contexto familiar y social.

En la evaluación de la aceptabilidad de tecnologías anticonceptivas se tendrá en cuenta: las necesidades, reales y sentidas, expresadas por la población; condiciones físicas (distancias y costos) y socio-culturales (creencias, presión de grupo, opiniones) de acceso al programa, y el uso de métodos anticonceptivos.

5.2 Estudio comparativo del impacto de un programa de suplementación alimentaria en un grupo poblacional de Recife, Brasil

El estudio se realizará en dos o más grupos poblacionales con características socioeconómicas y culturales semejantes: los grupos serán objeto de programas educativos y de complementación alimentaria. Se incluirá a embarazadas, sus respectivos lactantes e hijos menores de cinco años, y los usuarios residentes en el área de cobertura de puestos de salud que atienden a poblaciones marginales. El estudio consiste en evaluar la efectividad de distintos modelos educativos, en cambiar a corto y largo plazo, los hábitos alimentarios de las familias.

El proyecto se llevará a cabo en tres etapas:

- 5.2.1 Definición de las poblaciones de estudio y sus hábitos alimentarios. Aplicación de un cuestionario a los grupos que incluya datos demográficos, de morbilidad y mortalidad y comportamientos frente a tecnologías de salud. Aplicación de un cuestionario a los equipos de salud para conocer sus opiniones y observaciones acerca del programa.
- 5.2.2 Implantación del programa de complementación alimentaria y seguimiento de los grupos.
- 5.2.3 Aplicación de cuestionarios a los grupos y equipos de salud.

En la evaluación y utilización del programa se tendrán en cuenta las necesidades, reales y sentidas; condiciones físicas y socio-culturales de acceso al programa.

Entre las variables operacionales seleccionadas de carácter individual se encuentran: el estado de nutrición (medido mediante datos antropológicos); medidas de mortalidad perinatal y de menores de cinco años (tasas de mortalidad infantil); opinión de los equipos de salud respecto al programa, y el grado de aceptación por parte de la población usuaria.

5.3 Programa educativo para mujeres multíparas embarazadas, en el barrio de San Martín de Nicoya, Costa Rica

El protocolo de este subproyecto es similar a los anteriores.

D. NECESIDADES SENTIDAS EN SALUD MATERNOINFANTIL EN POBLACIONES URBANOMARGINALES DE AMERICA LATINA Y SUS COMPORTAMIENTOS EN LA BUSQUEDA DE LA SALUD

1. Definición del problema

La mayoría de las mujeres, madres y niños que habitan en zonas urbanomarginales de los países de América Latina buscan satisfacer sus necesidades de salud maternoinfantil a través de formas tradicionales o mediante los servicios oficiales de atención, generalmente con resultados deficientes. La razón principal de esta deficiencia, en lo que respecta a los servicios oficiales, se debe a la falta de identificación de los programas de salud con la percepción y las necesidades de salud de la población.

Esta situación no es desconocida para los países y sus políticas actuales muestran nuevas orientaciones y concepciones de la problemática

de salud en las que se incluye el componente socio-cultural. Asimismo, se considera que la participación comunitaria es un elemento clave para la realización de los programas, especialmente en las zonas urbanomarginales, donde existe un potencial significativo de organización y participación en actividades destinadas a resolver sus problemas.

Con objeto de orientar las políticas al logro de la real satisfacción de las necesidades de salud del sector urbanomarginal, es importante desarrollar una línea general de investigación que permita conocer las necesidades, percepciones y comportamientos en salud materno-infantil de dicha población y definir las estrategias de participación comunitaria adecuadas.

2. Marco de referencia

Las necesidades, percepciones y comportamientos de la población respecto a la salud materno-infantil se crean, refuerzan, modifican y transmiten al interior de instituciones relacionadas a estructuras económicas, políticas y sociales de una sociedad (factores estructurales). A su vez estas estructuras condicionan el tipo y la intensidad de las necesidades en salud sentidas por la población, la elección de la fuente de atención, el tipo de atención y el nivel de satisfacción que ofrecen las estructuras (factores conductuales). Además, la presencia de otros factores tales como la percepción de las enfermedades y de la muerte, el grado de conocimiento, la accesibilidad y la confianza respecto a los servicios asistenciales de salud (factores interventores), modifican el modo y la fuerza de esos condicionamientos. Los tres factores - estructurales, conductuales e interventores - inter-actúan entre sí, produciéndose una serie de implicaciones recíprocas.

Varios autores han definido el concepto de comportamiento frente a la enfermedad. Mechanics (1969), lo definió como las formas y maneras en que las personas perciben, evalúan y son afectadas por los síntomas de la enfermedad, accidente o dolencia. Los comportamientos de búsqueda de la salud comprenden la secuencia de las distintas acciones que la persona toma para resolver un problema de salud percibido como tal.

Existen varias propuestas y modelos para observar e investigar las distintas formas de comportamiento frente al proceso de salud y de enfermedad entre la población de América Latina. Entre éstos, se encuentra el modelo desarrollado por Fabregas (1973), que reconoce y explica el proceso de toma de decisiones frente a distintas alternativas terapéuticas, pero no toma en cuenta el papel y la participación de la familia en ese aspecto. Suchmann (1966), en su modelo, trató de sistematizar el estudio del acceso y la utilización de los servicios de salud, pero este modelo se aplica más bien a la atención médica moderna y a sociedades con alto nivel de desarrollo. El modelo que más se adapta a

la situación latinoamericana es el propuesto por Chrisman (1977), denominado proceso de búsqueda de la salud.

Otros autores han contribuido en este campo de la investigación. De los estudios realizados en América Latina se destaca el análisis efectuado por Kroeger (1983), de las metodologías de la investigación sociomédica y antropológica. Por su parte, Pedersen (1983), realizó un estudio en Ecuador, en el que describe la estructura de los sistemas no formales de salud y las relaciones con los niveles de salud, medidos mediante indicadores de morbilidad y mortalidad. El mismo autor efectuó el análisis de una investigación sobre las necesidades de salud y los comportamientos de búsqueda de salud, desde una perspectiva transcultural.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Conocer las percepciones y prácticas de salud maternoinfantil de diferentes grupos sociales de una comunidad urbanomarginal, a fin de orientar las políticas de salud de modo que se logre mayor congruencia entre las intervenciones de salud y las aspiraciones y necesidades de salud de la población, los recursos disponibles para atenderlas y el establecimiento de objetivos programáticos.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Identificar las necesidades percibidas y los comportamientos de la población relativos a la salud maternoinfantil.
- 3.2.2 Identificar las variaciones en los mecanismos de interpretación y transmisión de las necesidades y aspiraciones en salud maternoinfantil de diferentes niveles sociales de la comunidad.
- 3.2.3 Identificar la percepción de dichas necesidades por los profesionales de salud y especialistas tradicionales.
- 3.2.4 Indagar sobre los factores del sistema de salud susceptibles de modificarse a través de acciones educativas y de organización de servicios.

Se propone la siguiente hipótesis:

Las necesidades de salud de la comunidad se interpretan y circulan alrededor de sus estructuras sociales y se manifiestan en distintas formas de comportamiento en búsqueda de la salud.

4. Metodología

El estudio comprende tres etapas: la primera, de etnografía preliminar, permitirá obtener información general sobre los aspectos históricos, demográficos, político-económicos y socio-culturales de la población de estudio, junto con información específica sobre las necesidades, percepciones y prácticas de salud materno-infantil de dicha población. A partir de estos datos se definirán los indicadores que medirán las variables estructurales, interventoras y conductuales y se determinarán los criterios de selección del tamaño de la muestra. La información se obtendrá mediante observación participante, entrevistas informales y semiestructuradas, y la revisión de fuentes secundarias.

La segunda etapa consistirá de una encuesta o entrevista: a) a la familia, seleccionando las variables de manera que abarquen las dimensiones individual, socio-cultural y político-económica; b) al personal de los servicios asistenciales de salud materno-infantil para obtener información sobre la percepción de dicho personal de las necesidades, concepciones y comportamientos en salud materno-infantil y de la morbilidad prevalente de la comunidad, y c) a los especialistas de la medicina tradicional, a fin de apreciar la percepción de estas personas respecto de las necesidades, concepciones y comportamientos de la población y de la morbilidad prevalente.

La tercera etapa será de seguimiento y permitirá obtener datos cualitativos respecto a las variables intervinientes y conductuales.

La unidad de análisis será la familia, que se seleccionará de acuerdo a la presencia de enfermedades o defunciones en la familia de niños menores de cinco años y la aceptabilidad de la familia para colaborar en el estudio.

Se utilizarán los siguientes instrumentos de recolección de datos: estudios de documentos, encuestas para la población general y para la población específica, estudio etnográfico, estudios de caso con observación participante y talleres de discusión.

Se emplearán básicamente muestreos por conveniencia y probabilísticos con selección aleatoria de acuerdo a objetivos específicos.

El análisis de los datos será cualitativo y cuantitativo, basándose en el enfoque tridimensional propuesto en la matriz de implicaciones recíprocas, donde se entrelazan las dimensiones político-económica,

socio-cultural e individual sin una relación causal. Esta matriz permitirá realizar un análisis cuantitativo de distintas categorías operacionales; a partir de este análisis se podrán desarrollar los indicadores apropiados y las pruebas de significación estadísticas pertinentes.

5. Aplicación

Tomando como base el modelo general descrito, el proyecto se realizará inicialmente en tres países: México, Perú y República Dominicana, adaptando la metodología a los objetivos específicos de cada país. Así, México estudiará las necesidades insatisfechas de atención materno-infantil en una región urbanomarginal; Perú, investigará las percepciones y comportamientos de la población frente a la salud materno-infantil en una comunidad urbanomarginal, y República Dominicana estudiará los modelos de participación comunitaria. Chile y Paraguay manifestaron interés en participar en el estudio.

E. NECESIDADES INSATISFECHAS DE ATENCION MATERNOINFANTIL

1. Definición del problema

Pese a la organización y el mejoramiento del Servicio Nacional de Salud de México, aún prevalecen problemas relativos a la diferencia en la distribución de recursos y la ineficacia de las instituciones responsables de la atención de salud en el país. Esto se debe especialmente a una excesiva centralización de los servicios que favorecen más la atención médica que la atención de salud.

El estudio de las necesidades de salud permite asignar recursos, tomando en cuenta conjuntamente la opinión de la población y la de los expertos del área médica. El grupo materno-infantil conforma uno de los segmentos de la población que se considera más vulnerable y susceptible de exposición a los riesgos, por lo tanto es de suma importancia identificar las necesidades de este grupo, a fin de definir el tipo y la cantidad de recursos que se requieren.

Tradicionalmente el estudio de las necesidades se ha enfocado desde un punto de vista físico, sin tomar en cuenta los aspectos psicológicos y sociales del concepto de salud, hecho que permitiría precisar estrategias para corregir los patrones de mala distribución y aumentar la eficacia de los servicios de salud existentes.

Se necesita desarrollar instrumentos que permitan identificar las necesidades insatisfechas que subsisten en la población materno-infantil. Este proyecto complementará la información de un estudio anterior que se inició en 1985 con objeto de investigar la correspondencia entre

necesidades de atención médica, respuestas de los servicios y la satisfacción de los usuarios con dichas respuestas. El proyecto incluirá una clasificación de problemas de salud materno-infantil, las fuentes y acciones de la población y los grados de satisfacción obtenidos con respecto a las diferentes fuentes de tratamiento.

2. Marco de referencia

Las teorías de los recursos escasos y alternativas sociales competitivas, junto a la crisis económica internacional han llevado a muchos países a reconocer la necesidad de mecanismos más racionales para la asignación de recursos y de regulación del uso de los servicios, a fin de obtener una mayor equidad y justicia social.

Actualmente no se cuenta con un concepto único y general de necesidad, el cual facilitaría los procesos de organización y prestación de servicios de atención de salud a la población.

Para identificar las necesidades de la población con respecto a los servicios de salud existen dos enfoques distintos. El primero, propuesto por Donabedian, asume que la necesidad surge de algún disturbio de la salud o del bienestar, por lo tanto, la atención se concentra en la identificación del paciente que sufre alguna afección, quien debe ser ayudado independientemente del problema que presenta. Este enfoque no toma en cuenta las limitaciones de recursos humanos ni de tiempo, como tampoco provee una definición precisa de salud y bienestar. El segundo enfoque, propuesto por Matthew, considera que los servicios se organizan para satisfacer las necesidades previamente priorizadas en función de la capacidad técnica y operativa del sistema de servicios de salud. Para que este enfoque sea funcional se requiere una política de salud claramente definida y un perfil que señale las necesidades de salud existentes en cada subgrupo poblacional, lo que no siempre está presente. Además, existen limitaciones técnicas tales como la carencia de estudios que demuestren las posibilidades reales de la tecnología médica para resolver ciertos problemas de salud y de instrumentos adecuados para cuantificar las necesidades.

La definición de necesidades que más se aproxima a la solución de la problemática de ofrecer servicios de salud más equitativos para la población emerge del conocimiento médico. Así, se considera como necesario para la salud del individuo a todo lo que la medicina puede hacer cuando se reconoce algún problema. Es obvio que esta definición tiene limitaciones, ya que existe la posibilidad que se pueda hacer algo más por el paciente. Es difícil, asimismo, determinar lo que la población percibe como necesario debido a la presencia de patrones tradicionales de la cultura local que se combina con las expectativas de la sociedad moderna.

Donabedian propuso un marco conceptual para estudiar las necesidades y la satisfacción de las mismas, que integra tres elementos: la necesidad, la demanda y la dotación de recursos vistos desde la perspectiva del usuario y del proveedor de servicios, considerando además la interacción entre estos dos últimos. Al surgir una necesidad se origina la noción de los servicios que se estiman necesarios y de los recursos indispensables para satisfacer esa necesidad. La incongruencia entre la perspectiva del usuario y la del profesional da lugar a una necesidad no satisfecha.

En la realidad, existen discrepancias entre las expectativas poblacionales y la oferta profesional, que se deben, en parte, a dificultades para medir las necesidades de salud. El modelo tridimensional de la OPS enfoca el análisis de los problemas de salud a través de los estilos de vida prevalentes estudiados desde tres dimensiones - individual, político-económica y socio-cultural - que se desarrollan a partir de dos supuestos: a) la determinación de comportamientos de la población tiene relación con un estilo de vida y contextos específicos, y b) la elección por un modelo de atención conlleva una elección implícita por el estilo de vida.

El grupo de trabajo utilizará un modelo propio basado en el modelo de la OPS, seleccionando las variables que se consideren apropiadas y que conforman la matriz de implicaciones recíprocas.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Identificar las necesidades de salud del grupo materno-infantil en la zona seleccionada de estudio y estimar la correlación entre dichas necesidades y los recursos disponibles para la atención en la zona.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Determinar los principales problemas y riesgos para la salud prevalentes en el grupo materno-infantil de la comunidad.
- 3.2.2 Identificar las necesidades en salud materno-infantil de la población general y de la población demandante de los servicios existentes, en la zona de estudio.
- 3.2.3 Identificar la forma en que la comunidad satisface sus necesidades de salud.

- 3.2.4 Identificar el grado de satisfacción de la población general y de los usuarios de la zona, respecto de los servicios de atención maternoinfantil.

4. Metodología

Se realizará un estudio observacional descriptivo de tipo transversal en la Delegación de Cuajimalpa de Morelos, México, D.F. La investigación se llevará a cabo en tres fases: en la primera se administrará una encuesta entre la población general a fin de determinar las características socioeconómicas de la familia, problemas de salud percibidos, patrones de búsqueda de atención y el grado de satisfacción con la atención recibida. En la segunda fase, se administrará una encuesta entre los responsables de los servicios de salud oficiales de la zona para determinar la utilización y la disponibilidad de los recursos existentes. En la última fase se aplicará una encuesta entre los usuarios, mujeres en edad fértil y los acompañantes de niños menores de cinco años, para determinar el tipo de demanda y el grado de satisfacción con la atención recibida.

Las variables que se utilizaron para confeccionar la matriz de implicaciones recíprocas se seleccionaron a partir del modelo tridimensional de la OPS. De la matriz elaborada por el grupo de trabajo se derivan las variables relativas a los problemas de salud o morbilidad que la población percibe como necesidades en el área de atención o de la forma de solucionar el problema de salud.

Se realizará un muestreo por conveniencia debido a que no se cuenta con un marco muestral adecuado que permita caracterizar a los grupos maternoinfantil de la población de estudio. A partir de los datos iniciales se podrán realizar los ajustes posteriores que permitan abordar y captar las diferencias en los distintos grados de satisfacción de las necesidades de salud maternoinfantil y las características poblacionales.

El procesamiento y el análisis de los datos se efectuará mediante un programa de computación. Cuando se considere necesario se aplicarán pruebas de significancia estadística.

5. Aplicación

Este proyecto es parte de la red colaborativa que estudia los comportamientos de la población en relación con las necesidades de salud. Tendrá una duración aproximada de ocho meses y se realizará en seis etapas: a) diseño de instrumentos y escalas de medición; b) prueba piloto para adecuar, estandarizar y validar los instrumentos; c) selección de la población de estudio; d) trabajo de campo: entrenamiento de los encuestadores, colección de datos y control de calidad; e)

procesamiento y análisis de los datos, y f) elaboración del informe final y publicación de los resultados.

F. EVALUACION DE TECNICAS PARA LA MODIFICACION DEL COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL DE SERVICIOS DE SALUD ANTE SITUACIONES DE CRISIS PSICOSOCIAL

1. Definición del problema

A menudo existe disparidad entre los esfuerzos y desgastes del personal de los servicios de salud y los resultados obtenidos, lo que plantea la necesidad de modificar el modo de trabajo, la formación del personal y la distribución de los recursos disponibles.

Ciertas situaciones propias del ambiente de trabajo pueden producir un cambio en el comportamiento y modo de ser habitual del personal de salud que puede manifestarse en actitudes tales como la pérdida de la creatividad, cansancio, irritabilidad, ausentismo, entre otras, sufriendo por lo tanto, la relación del personal con el paciente y su dedicación a la tarea.

Progresivamente, se va produciendo un proceso de insensibilización en el personal de salud, que se deriva de las tensiones acumuladas en su ambiente de trabajo y la carencia de un medio de descargar sus ansiedades inherentes a su tarea, dando lugar a la aparición de comportamientos que implican un deterioro de la efectividad de su trabajo, del avance de sus conocimientos, e incluso la creación de patología en el usuario al dejar de brindarle un apoyo efectivo.

Este proyecto surge de la necesidad de evaluar nuevas propuestas tecnológicas para la incorporación de los aspectos psicosociales en la formación del personal de salud, en particular en el área de la atención perinatal. La modificación del comportamiento del personal de salud es un elemento decisivo en la orientación de políticas que permitan mejorar la asistencia al bienestar y la salud de la población.

2. Marco de referencia

El comportamiento del personal de salud se puede evaluar utilizando el criterio de calidad de la atención, que además de entregar tecnología y conocimiento, debe incluir la capacidad del personal de responder a las necesidades de salud tomando en cuenta los aspectos biopsicosociales de la población. Esta capacidad le permitirá percibir los estados de salud y enfermedad y poder dar apoyo efectivo no solo al usuario, sino también a la familia y la comunidad.

La relación agente de salud/individuo/familia/comunidad es esencial para el logro de la salud, dependiendo de la forma como el paciente describe su problema, su presencia en la consulta, el seguimiento del tratamiento y la utilización de los conocimientos del personal.

Se debe tener en cuenta que el personal de salud y el paciente provienen de culturas que encierran determinadas ideologías y escalas de valores respecto al significado de salud, enfermedad, muerte y otros conceptos similares, que influyen por una parte, en el modo que las personas describen, viven y sufren sus problemas de salud, y por otra, en la importancia que el personal le dará a esos problemas y características y en la actitud terapéutica que adopten.

Las situaciones de crisis que involucran un importante componente psicosocial (por ejemplo, la muerte) afectan la calidad de la asistencia, al producirse una crisis tanto para el usuario como para el personal de salud. La muerte perinatal es una de las situaciones de crisis en que el personal de salud generalmente no cuenta con una formación, información ni posibilidades de manejar adecuadamente la crisis con el usuario, consigo mismo y con sus compañeros de trabajo.

De acuerdo a Cullberg, los mecanismos de defensa más corrientes utilizados por el personal de salud frente a la muerte perinatal se manifiestan en los siguientes comportamientos: a) evitar la situación; b) proyección de sentimientos personales en el paciente, ya sea en la forma de un comportamiento agresivo o acusatorio, y c) negación y "reparación mágica". Estos comportamientos frecuentemente no permiten que se lleve a cabo un proceso normal de duelo en los padres, lo cual es un requisito indispensable para la salud del individuo afectado y su familia.

El grupo de trabajo considera que la técnica de videograbación es un medio efectivo para modificar el comportamiento frente a la situación de muerte perinatal, pudiendo aplicarse además en otras áreas de trabajo que sean fuentes de tensión para el personal de salud. La técnica consiste en presentar al personal material filmado que contenga entrevistas administradas a pacientes y personal de salud que hayan estado relacionados a situaciones de muerte perinatal. Así, el personal tendrá la oportunidad de apreciar la utilidad del enfoque integral del paciente e intercambiar experiencias y opiniones con otros miembros del personal de salud, lo que le permitirá identificarse y disminuir sus dificultades para responder frente a la crisis, el dolor y la muerte.

En forma complementaria, se distribuirá material escrito con información adicional sobre el duelo que sigue a la muerte perinatal, su importancia y aspectos prácticos del manejo clínico.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Contribuir a mejorar el comportamiento del personal de los servicios de salud frente a situaciones de crisis psicosocial que se presentan en el ejercicio de sus funciones.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Brindar a dicho personal la posibilidad de analizar sus propias vivencias y las de otras personas ante situaciones de crisis psicosocial, utilizando como ejemplo la muerte perinatal.
- 3.2.2 Facilitar la comprensión de los aspectos emocionales, reacciones defensivas y actitudes ante sus compañeros de trabajo y los familiares afectados por la situación citada.
- 3.2.3 Promover en el personal de salud la verbalización grupal de vivencias frente a situaciones de crisis.
- 3.2.4 Proveer al personal material educacional relativo al tema.
- 3.2.5 Proveer guías para la normatización de un manejo más adecuado de las crisis psicosociales.
- 3.2.6 Evaluar la efectividad del trabajo grupal con el personal de salud, así como la efectividad de las videograbaciones y el material educativo.

La investigación se basa en las siguientes hipótesis:

El comportamiento del personal de salud se puede modificar a través de un trabajo de colaboración grupal, utilizando material movilizador complementado por material escrito informativo.

La revisión y el análisis de situaciones de crisis compartidas por los usuarios y el personal de salud modifican favorablemente el comportamiento de estos últimos y disminuyen la crisis de los primeros.

La elaboración grupal de situaciones específicas de crisis psicosocial puede ser muy útil como instrumento educacional en el desarrollo de comportamientos deseables en otras situaciones de crisis en el ambiente de trabajo.

4. Metodología

La investigación será de carácter operativo y participativo dirigida a analizar el comportamiento del personal de salud frente a los aspectos psicosociales de la muerte perinatal. Se evaluará el comportamiento del personal antes, al mes de iniciada y una vez terminada la intervención educativa. Dicha intervención consta de tres elementos: el primero consistirá en la proyección de dos videograbaciones (La muerte de un niño antes de nacer: vivencias del equipo de salud y muerte neonatal: vivencias del equipo de salud) de 30 minutos de duración. Los videos muestran fragmentos de entrevistas psicológicas efectuadas a personal de salud del área materno-infantil y a los padres que han sufrido la muerte perinatal de un hijo.

A continuación se llevará a cabo una discusión grupal sobre el tema, en la que un psicólogo experto en el área perinatal actuará como coordinador. Durante la reunión se invitará a los participantes a expresar sus experiencias y reflexiones sobre el material presentado, ampliándolo a otras situaciones similares.

El segundo elemento consistirá en la distribución de material escrito sobre los temas de muerte perinatal y muerte neonatal a los participantes del grupo. En esta información se acentúan los aspectos psicosociales de la situación de crisis relativos a la familia y el personal, y se ofrecen recomendaciones para el manejo clínico.

El tercer elemento residirá en un trabajo con los miembros del personal que participa en la muestra. Se efectuarán reuniones una vez por semana durante seis meses para discutir las experiencias personales de los participantes en situaciones de crisis psicosocial en el área materno-infantil.

En el estudio participarán médicos, obstetras, personal de enfermería, asistentes sociales, psicólogos y otros integrantes del personal de salud, provenientes de instituciones asistenciales de atención perinatal ubicados en un medio urbano. Además participarán padres de mortimatos y padres de recién nacidos fallecidos en el período neonatal atendidos en las instituciones seleccionadas.

La recolección de los datos se realizará mediante cuestionarios, entrevistas y estudios de casos que incluyan indicadores que reflejen las dimensiones político-económica, socio-cultural e individual (legislación sobre muerte perinatal, cultura médica, hábitos y creencias respecto a la muerte y el duelo). Asimismo, se emplearán indicadores referentes al personal de salud (antecedentes, información sobre el tema, comportamientos habituales, vivencias) y usuarios (proceso de duelo, apoyo recibido por parte del personal de salud).

5. Aplicación

Este proyecto forma parte de un programa colaborativo que se llevará a cabo en Colombia, Chile, Perú y República Dominicana.

G. INTERVENCIONES INNOVATIVAS PARA MODIFICAR EL COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD

1. Definición del problema

El comportamiento del personal de los servicios de salud generalmente está condicionado dentro de un marco de una medicina tecnicista, disociadora de mente y cuerpo, deshumanizadora del vínculo con el paciente, y cuyo objetivo aislado es la curación de la enfermedad sin tomar en cuenta el componente biopsicosocial, indispensable para lograr una atención integral que satisfaga las necesidades de salud de la comunidad.

La comunidad tiene la capacidad, ya sea por su ubicación, contexto cultural, organización o ideología, de definir determinadas pautas de comportamiento de ciertos grupos de personal de salud, los cuales tienen gran influencia sobre el funcionamiento de instituciones o servicios. En otros términos, la calidad de la atención depende fundamentalmente de la escala de valores, actitudes y el comportamiento del personal de salud.

El concepto de una atención integral supone una participación activa de la comunidad. Paradojalmente, una de las principales barreras a la participación de los individuos y sus familias en los programas de salud es la actitud del personal de salud. Por consiguiente, es imprescindible establecer en los programas de formación de recursos humanos modalidades en el área psicosocial que respondan tanto a las necesidades de atención de la comunidad como al funcionamiento del personal como equipo interdisciplinario.

El análisis del comportamiento del personal de salud permitirá definir estrategias apropiadas que conduzcan a la innovación de tecnología en los organismos de salud, y así alcanzar una mejor concordancia entre el desempeño de las tareas y el concepto de humanización de la atención de salud.

2. Marco de referencia

La formación del personal de salud guarda estrecha relación con el comportamiento de dicho personal con la comunidad. Este comportamiento se puede modificar explorando ideas, actitudes y expectativas del personal de salud con respecto al trabajo con la comunidad.

Dentro de las actividades dirigidas a la modificación del comportamiento del personal de salud se encuentra el análisis de los factores psicosociales, económicos y políticos inherentes a la comunidad, lo que permite conocer el contexto de las necesidades de salud de la comunidad y a la vez desarrollar habilidades y procedimientos que se apliquen en actividades asistenciales y preventivas para la salud del individuo, la familia y la comunidad. Asimismo, la adquisición de mayor conocimiento en el área de la atención primaria y en disciplinas de las ciencias sociales, como también la utilización de metodologías y técnicas de trabajo comunitario y aplicaciones prácticas son relevantes para estimular la motivación del personal y mejorar la relación de éstos con la comunidad.

3. Objetivos

3.1 Objetivo global

Contribuir al desarrollo de la atención primaria de salud a través de cambios en el comportamiento del personal de salud mediante un programa de investigación y desarrollo.

3.2 Objetivos generales

- 3.2.1 Identificar procesos y factores determinantes del comportamiento de dicho personal en la satisfacción de las necesidades de salud de la comunidad.
- 3.2.2 Desarrollar y ejecutar tecnologías de intervención que sean capaces de modificar el comportamiento del personal respecto a las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad.
- 3.2.3 Sistematizar y evaluar el proceso de desarrollo tecnológico relacionado con el funcionamiento de los servicios y el comportamiento del personal frente a las necesidades citadas.

3.3 Objetivos específicos

- 3.3.1 Analizar el comportamiento del personal de salud en el nivel primario de atención.
- 3.3.2 Incorporar técnicas de intervención entre miembros del personal de salud, entre éstos y la comunidad, y entre la

comunidad misma, que den énfasis a una atención integral dentro del contexto psicosocial.

- 3.3.3 Medir el cambio deseado de comportamiento del personal y el grado de satisfacción de los usuarios en relación al comportamiento de dicho personal.

4. Metodología

Se utilizará la metodología "investigación-acción-participación", cuyas características principales son: está dirigida a obtener mayor conocimiento del papel de la comunidad y del personal de salud; el contexto forma parte del proceso; trabaja con situaciones reales; requiere una fuerte motivación; es flexible y promueve la participación; genera información y conocimiento para intentar el cambio o la transformación mediante la acción, y produce resultados inmediatos que se incorporan en el cambio.

La investigación se iniciará con el análisis del contexto organizacional y de las instituciones donde se pondrá en práctica la intervención. El estudio es de tipo evaluativo y se realizará en base al esquema tridimensional propuesto por la OPS (político-económico, socio-cultural e individual), tomando en cuenta los siguientes factores: a) determinantes del comportamiento del personal: políticas en salud y en otros sectores, variables de salud de la población, formación psicosocial del personal, características personales de los miembros del equipo de salud y concepto del proceso de salud-enfermedad por parte del personal y de los usuarios; b) determinantes del proceso: características de la institución donde se implantará la intervención, características socio-culturales de la población y comportamiento individual en el contexto organizacional, y c) resultados de la evaluación, medidos como cambios en el comportamiento de la comunidad y del personal.

Los resultados a corto plazo se medirán a través de los cambios alcanzados en el ámbito del comportamiento del personal de los servicios de salud. Los resultados a mediano plazo se apreciarán a través del comportamiento de los usuarios, evaluando sus estilos de vida, y aquellos a largo plazo se observarán a través de respuestas políticas en relación al funcionamiento de los servicios y la formación de recursos humanos.

La recolección de datos se efectuará mediante registros de consulta, encuestas, examen de la información existente, análisis de documentos, observación y entrevistas. El análisis de los datos se realizará antes y después de la intervención en los servicios de salud seleccionados, y en la etapa de evaluación se llevará a cabo un análisis después de la intervención, a fin de determinar los efectos a corto, mediano y largo plazo.

La muestra provendrá de las instituciones seleccionadas en los países donde se aplicarán las intervenciones.

5. Aplicación

El programa se pondrá en práctica en Colombia, Chile, República Dominicana y Perú, en instituciones oficiales de salud que desarrollen actividades docentes asistenciales y atiendan a una población de estratos socioeconómicos bajo y mediano.

Este programa tiene un enfoque de investigación-acción, basado en una estrategia de participación e interacción con un fuerte componente evaluativo del efecto de las innovaciones tecnológicas en la atención a nivel primario sobre el comportamiento del personal de salud.

El orden de actividades será el siguiente: a) selección de las instituciones; b) intercambio de documentos; c) conformación de los equipos encargados de la intervención; d) reunión de los equipos interpaíses; e) diseño comparativo del diagnóstico de los servicios; f) diseño de la metodología de la intervención; g) diseño de la evaluación; h) ejecución de la intervención; i) intercambio de experiencias, y j) evaluación final.

H. CARACTERISTICAS Y FACTORES DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SISTEMAS DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACION MATERNOINFANTIL

1. Definición del problema

Entre los principales problemas para el cuidado de la salud maternoinfantil se mencionan: bajas coberturas de los beneficios; la tecnología, aunque suficiente, no siempre es apropiada, tanto en función de su uso como de su costo; la prevalencia de políticas implícitas que favorecen a grupos socioeconómicos privilegiados, y el acceso diferencial al sistema de prestación de servicios determinado por factores geográficos, socioeconómicos y culturales.

Aún en zonas donde existen servicios de salud, políticas y tecnologías relativas a la salud maternoinfantil, todavía este grupo de la población tiene una baja cobertura de beneficios, lo que induce a suponer que existen factores que condicionan el acceso a esos servicios. Esta situación es particularmente grave dentro del contexto de crisis económica y social de los países latinoamericanos, donde solo a través de la racionalización de los recursos y el otorgamiento de servicios se logra satisfacer las demandas básicas de la sociedad.

El problema de acceso al sistema de atención de salud tiene hondas repercusiones en la extensión de la cobertura de la prestación de servicios de salud. A su vez, el acceso está condicionado por el tipo de políticas y la tecnología disponible.

Se presentan cuatro situaciones básicas con respecto al acceso de la población a los servicios: a) población con necesidades sin acceso al servicio; b) población con necesidades y acceso al servicio; c) servicios excesivos, y d) servicios ociosos. El problema del acceso y cobertura de los servicios de salud plantea la necesidad de buscar nuevas alternativas para hacer frente a las necesidades de salud y desarrollar tecnologías adecuadas al estudio de la estructura y el funcionamiento del sistema de salud, como también para investigar el comportamiento de la población con respecto a esos servicios.

Surge así el interés y la necesidad de investigar la presencia, incidencia, frecuencia e intensidad de los diferentes factores que facilitan o dificultan el acceso, a fin de formular propuestas de intervención que ayuden a una mejor racionalización de los recursos en el área de salud maternoinfantil.

2. Marco de referencia

La investigación utiliza como marco de referencia el enfoque de sistema social abierto, que consiste en estudiar un determinado subsistema y las transacciones que dicho subsistema lleva a cabo con su medio ambiente. La existencia y el desarrollo de cada subsistema dependen de su capacidad para realizar favorablemente esas transacciones. El subsistema obtiene insumos del medio para transformarlos cíclicamente en productos o servicios destinados al ambiente. La posibilidad de repetir el ciclo depende entonces de circunstancias tanto internas como externas al subsistema. En consecuencia, el subsistema no es visto como una unidad que trata de adaptarse a cambios que ocurren en el medio, sino que se adelanta a los cambios haciendo uso de su mecanismo de flexibilidad interna para cambiar internamente y enfrentar las nuevas situaciones con racionalidad.

Para los fines de esta investigación el subsistema está conformado por los organismos que ofrecen servicios de salud y los problemas de acceso y cobertura de la población, incluyendo el medio ambiente - general y específico - en el cual se opera.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Identificar los factores que condicionan el acceso de la población maternoinfantil a los servicios de atención, susceptibles de modificarse a fin de ampliar la cobertura de beneficios en dicha población.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Determinar los factores que condicionan (limitan o favorecen) el acceso.
- 3.2.2 Conocer los factores que condicionan (limitan o favorecen) el acceso.
- 3.2.3 Determinar la influencia de dichos factores en el acceso.
- 3.2.4 Determinar los factores que son susceptibles de modificación y proponer medidas que mejoren el acceso.

Se plantean las siguientes hipótesis:

Existiendo servicios de atención maternoinfantil, el acceso a los mismos está condicionado por múltiples factores de la oferta y la demanda.

El grado de acceso varía en función de la presencia y la intensidad de esos factores condicionantes.

El grado de acceso puede mejorarse con una acción más racional e innovadora sobre los factores condicionantes.

4. Metodología

El estudio es de tipo descriptivo y analítico y se realizará en tres etapas: a) caracterización del contexto socioeconómico y político de la zona de estudio; b) caracterización de la oferta de los servicios de salud, y c) descripción y análisis del acceso y de algunas características de la oferta y la demanda y sus factores condicionantes.

La información para definir el contexto socioeconómico y político se obtendrá a partir de censos de la población, documentos institucionales, estadísticas vitales, sociales y económicas, entre otros. Los datos para el análisis de la oferta se obtendrán a través de fuentes primarias y secundarias, y estudios de casos dirigidos a obtener información sobre instituciones de salud que caractericen la oferta en

los diferentes sectores - público, privado, de seguridad social - y por niveles de atención. Finalmente, para el estudio de la demanda se considerará un área urbana que represente los estratos socioeconómicos medio y bajo de la población. Sobre el área seleccionada se efectuará un muestreo probabilístico de la población.

La unidad de muestreo será la vivienda y la unidad de observación la familia. La información se obtendrá mediante entrevista estructurada en la forma de cuestionarios que se administrarán a mujeres embarazadas o madres de hijos menores de cinco años.

Las variables que se utilizarán en relación a la oferta de los servicios de salud serán las siguientes: políticas de salud (relativas a cobertura, presupuesto, grupos prioritarios y asignación de recursos, programas, proyectos y actividades específicos de salud materno-infantil); caracterización económica y socio-cultural de la zona geográfica (datos geográficos, ecológicos, demográficos, económicos, sobre infraestructura, educacionales y culturales), y servicios de salud (listado de instituciones y de los recursos humanos, costo de servicios básicos y otros).

En relación a los niveles de acceso y la utilización de los servicios de salud por la población se estudiarán los aspectos sociodemográfico y económico (composición familiar, ingresos individual y familiar, tipo de servicio de salud usado habitualmente, identificación de problemas o necesidades de la familia y medidas para solucionarlos, existencia de redes de apoyo y otros); los factores condicionantes del cuidado de la salud (atención relativa al embarazo, parto, recién nacido, control prenatal y evaluación de la atención recibida); la mortalidad, y el concepto de salud y enfermedad.

El plan de análisis comprende la descripción de la zona de estudio dentro del contexto regional y nacional, y las características de la oferta y la demanda de servicios en las instituciones seleccionadas.

5. Aplicación

El estudio se realizará en seis países de América Latina: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile y Venezuela, con objeto de establecer comparaciones, desarrollar y perfeccionar metodologías de investigación evaluativa en los servicios de salud, en términos de oferta y demanda, acentuando los problemas de acceso y cobertura de los programas de salud.

Este proyecto se llevará a cabo en seis etapas: a) diseño del proyecto en cada uno de los países; b) formación de los equipos nacionales interdisciplinarios; c) elaboración de presupuestos nacionales; d) conformación de un grupo asesor externo que garantice la

homogeneidad del material y métodos para efectos de comparación interpaíses, y e) reuniones periódicas para la adecuación de la metodología y el análisis de la información preliminar.

I. POLITICA Y LEGISLACION RELATIVA A TECNOLOGIA EN SERVICIOS DE SALUD, SU IMPACTO Y EFICACIA EN EL AREA MATERNOINFANTIL

1. Definición del problema

Las normas jurídicas y los mecanismos institucionales para abordar el problema de la atención de salud varían de acuerdo a las circunstancias y características sociopolíticas de cada país. En todos los países de América Latina existe legislación - en diverso grado de desarrollo y aplicación - relativa a la protección del recién nacido y del menor y la atención de la madre adolescente durante el embarazo, el parto y el puerperio. Sin embargo, debido a que aproximadamente el 40% de la población total de la Región son menores de 15 años, los esfuerzos necesarios para enfrentar la problemática de atención de salud de este grupo son cada vez mayores. Por ello, se requiere la atención particular de los gobiernos para identificar actividades que deben ser diseñadas y apoyadas políticamente.

El estudio de las tendencias legislativas como instrumento de políticas es esencial para abordar la solución de los problemas de atención de salud en el área maternoinfantil. En esta problemática inciden una serie de factores tales como la prevalencia de enfermedades infectocontagiosas, el incremento de las enfermedades crónicas, el desempleo, la pobreza extrema, la marginalidad y otros. A esto se suma la diversificación del sistema de servicios de salud, muchas veces inadecuados al contexto socioeconómico, con distintos grados de eficiencia y eficacia, y confuso en cuanto a la extensión de sus servicios a la población. Asimismo, la desintegración de la familia y la pérdida gradual de los valores entrañan una serie de consecuencias que atentan contra el bienestar físico y psicológico de sus miembros.

Tomando en cuenta esa perspectiva y utilizando un enfoque multidisciplinario, se debe estudiar las tendencias legislativas, su aplicación y evaluación de su eficacia, a fin de poder identificar la relación entre causa y efecto que conduzca a una visión integral del problema.

2. Marco de referencia

La atención de salud es un derecho social básico de todo individuo y es responsabilidad del estado proveer las normas e instituciones que protegen a la persona en sus necesidades individuales de salud.

Dentro de un marco social, la legislación se estima como la expresión formal de políticas y de la transacción de intereses destinada a regular la vida social en un campo determinado. La legislación actúa a través de normas e instituciones como componentes del estado o sociedad organizada. Las características de la legislación y su grado de aplicación dependen de la relación entre el sistema político, transacción de interés y el contexto social, económico y cultural imperantes, lo que explica la razón por la cual no siempre la legislación va a la par con la realidad social. A ello se agrega, la adopción indiscriminada de normas y mecanismos institucionales que al llevarlos a la práctica se demuestran ineficaces e incongruentes.

Para la satisfacción de las necesidades de salud es indispensable proporcionar un marco jurídico efectivo. El derecho a la atención de salud está estrechamente ligado al bienestar del individuo, constituyendo para todos los ciudadanos de un país un deber de preservar y proteger la salud como un fin para cada persona y como un medio para el bien colectivo. La atención de salud debe ser universal e integral para todas las personas y debe estar basada en valores como la justicia, la equidad y la solidaridad.

Atendiendo a este concepto, surge la necesidad de analizar y estudiar la legislación sobre salud entendida como "elemento principal de bienestar", investigando las diversas tendencias legislativas en los diferentes países, la forma de expresión de las medidas y la forma real y efectiva en que se enfrenta la problemática, por medio de los servicios de salud.

Es fundamental, por lo tanto, discernir qué grupos poblacionales cuentan con protección real y efectiva, parcial o total por parte del estado, por entidades del sector privado o de otras instituciones jurídicas, y qué grupos carecen de esa protección. Como también, es relevante determinar en qué medida la legislación declara la protección total y en qué medida dicha protección no se refleja en la realidad social.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Analizar la legislación como variable del sistema político en sus funciones normativa, reguladora e institucional de la transacción de intereses sociales con respecto al bienestar en el área de salud materno-infantil.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Identificar la legislación normadora, reguladora e institucionalizadora respecto a bienestar social en el campo de la salud.
- 3.2.2 Caracterizar el o los sistemas de la atención de salud, determinando y caracterizando las instituciones que lo conforman y sus fuentes de financiamiento.
- 3.2.3 Establecer la relación entre los propósitos políticos legislativos y el aparato de servicios y su efectividad en favor de la madre y el menor.
- 3.2.4 Identificar opciones de solución y proponer las que se consideren necesarias.
- 3.2.5 Analizar el impacto de la política, su traducción en legislación y su relación en la protección a la madre y el menor.

Se formulan las siguientes hipótesis:

La atención de salud como área específica del bienestar, está asociada a la resultante de la transacción de intereses sociales que se reflejan en la legislación.

Las formas institucionales que genera la legislación pueden originar la exclusión, en menor o mayor grado, a la accesibilidad de la atención de salud.

Se asume, asimismo, que la efectividad de la legislación de salud está asociada al contexto socioeconómico, político y cultural presente, a las fuentes y formas de funcionamiento, la provisión de recursos y el cumplimiento de los fines de las instituciones que ha generado. Dichas instituciones pueden reflejar en su configuración la influencia de determinados grupos de interés, lo que en parte contribuye a que la legislación no necesariamente responda a la realidad social en la cual se aplica, interviniendo además otros factores que dificultan u obstaculizan su plena aplicación.

4. Metodología

El estudio se orientará a una descripción y análisis de la legislación de salud del país en un período determinado. Dependiendo del objetivo que se proponga en la investigación, el estudio puede ser de corte transversal en el tiempo o de tipo retrospectivo.

Entre las variables independientes que se utilizarán se encuentran: el grado de desarrollo político social, la valoración de la atención de salud en la sociedad, cambios sociales y culturales, la migración y sus efectos, la cantidad y la calidad de servicios de atención de salud y otros. Las variables dependientes consistirán en: grupos de población con distintos grados de protección, demanda diferencial por extrasistemas formales e informales, modificación en las tendencias de la morbilidad, tanto como efectos de los programas de salud maternos como de los programas de salud del menor.

Los datos se obtendrán a partir de la revisión de la constitución política, cuerpos legislativos, diarios de debates parlamentarios, normas sobre salud y seguridad social, información estadística oficial y de organismos especializados. La red institucional del proyecto estará constituida por el ministerio de salud, otras instituciones de atención de salud, Proyectos Kellogg/OPS, PROASAS y universidades.

El análisis comprenderá la precodificación, la codificación, la construcción de código de consistencia y la construcción de cuadros de contingencia para la relación de las variables. El procesamiento y el análisis de los datos se efectuará mediante un sistema computacional de acuerdo a un programa específico de análisis multivariado.

5. Aplicación

El proyecto tendrá una duración de 12 meses y para llevarlo a cabo se deberá contar con la infraestructura y recursos humanos adecuados.

J. POLITICA Y LEGISLACION RELATIVA A TECNOLOGIA EN SERVICIOS DE SALUD, SU IMPACTO Y EFICACIA EN LA PROTECCION DEL MENOR

1. Definición del problema

El abuso del menor constituye una problemática de carácter universal que ha estado presente a través de la historia del hombre y, por tanto, en todas las sociedades. La prevalencia de esta patología social en los países latinoamericanos alcanza cifras estadísticas alarmantes, no obstante el proceso de evolución política, económica, social e institucional que ha tenido lugar en todas las sociedades. De ello se deduce que, el grado de desarrollo presente en una sociedad no es condición suficiente y necesaria para explicar la causa de esta patología.

La denuncia del abuso del menor, en lo que a sentido jurídico se refiere, no se interpreta de igual manera en los países latinoamericanos, pudiendo o no existir medidas institucionales que defiendan el derecho de protección del menor. Las políticas y la legislación sobre protección al menor en América Latina, así como su implantación en instituciones u

otros organismos afines, no siempre alcanzan el mismo grado de desarrollo, eficacia y eficiencia.

La situación del menor abusado no es independiente de su núcleo familiar. Ciertas situaciones y factores tales como la pobreza, la pérdida de valores y medios de comunicación nocivos, afectan negativamente la organización biológica y social de la familia, trayendo una serie de consecuencias nefastas para el menor como violencia, abandono de menores, drogadicción, mendicidad infantil, entre otras.

2. Marco de referencia

Los estudios realizados sobre la problemática del abuso del menor han sido más bien sectoriales y carecen de una perspectiva macrosocial, que permitiría identificar la relación entre causa y efecto. Parte de esta dificultad reside en la falta de precisión en el concepto de abuso del menor en los diferentes sectores que tienen que abordar el problema.

Los aportes en el estudio del abuso del menor provienen de las disciplinas que se relacionan en forma más directa con el problema. Así, las ciencias médicas y jurídicas actúan tomando acción sobre el daño inferido, o sea, más bien sobre el efecto que sobre la causa. Esto limita el conocimiento de la magnitud real del problema, siendo necesario identificar la causalidad y los factores asociados desde una perspectiva integral y multidisciplinaria.

En gran medida, el abuso del menor tiene su origen en la mala interpretación de lo que se denomina derecho de corrección que se le otorga a los padres o adultos encargados de menores. En muchos países, todavía se ejerce la patria potestad sin limitación alguna, lo que se presta para que padres y tutores utilicen la violencia física sobre sus hijos dentro de la legalidad.

El abuso del menor comprende tres situaciones: el trabajo del menor, el abandono y el maltrato, siendo este último el problema menos estudiado, como también menos protegido dentro del marco judicial, al tener lugar dentro del contexto familiar. La violencia sobre los menores en el núcleo familiar merece especial atención, considerando que la familia constituye el elemento básico para el desarrollo integral del menor.

Se requiere una revisión y adecuación del orden jurídico a la realidad social vigente para superar el actual desfase que existe entre la legislación y el problema de abuso del menor. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la legislación es solo un medio pero no un fin por sí misma y que para que tenga vigencia en la sociedad debe existir un equilibrio entre el nivel jurídico y político.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Lograr un mayor conocimiento de la frecuencia, la magnitud y la trascendencia del daño inferido al menor que enfrenta y sufre, ocasional o habitualmente, actos de violencia física y emocional ejecutados por acción u omisión, siempre en forma intencional por padres, tutores o personas responsables del menor.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Identificar a menores que presenten daños físicos o psicológicos ocasionados por adultos.
- 3.2.2 Determinar la frecuencia, el tipo de daño infringido y sus consecuencias e investigar las acciones adecuadas para subsanarlos.
- 3.2.3 Describir algunas características del menor maltratado y relacionarlas con la frecuencia del maltrato y el tipo de daño infringido.
- 3.2.4 Determinar cuántos daños infringidos han sido denunciados y cuántas denuncias han llegado a la justicia, y qué tipo de respuesta han recibido del sistema jurídico.
- 3.2.5 Analizar el marco institucional respecto del menor y del abuso del menor y señalar las necesidades de cambios institucionales.

Se plantea la siguiente hipótesis:

El síndrome del niño maltratado se asocia al modelo político-económico de una sociedad.

Dentro de este marco teórico se asume que algunas situaciones que implican modificaciones en la valoración del niño debida a cambios sociales y culturales inherentes al desarrollo y en las funciones de la familia, colocan al menor en situación de vulnerabilidad y riesgo de maltrato. Asimismo, en el contexto familiar, las frustraciones e insatisfacciones de la pareja se traducen en agresión y maltrato sobre sus hijos. En forma similar, los niños no deseados, supernumerarios y diferenciales presentan mayor riesgo de ser maltratados. Por último, la legislación a favor del menor no cumple con sus objetivos, ya sea por indebida aplicación o por falta de aplicación de la misma.

4. Metodología

La investigación consistirá en estudios de caso que se efectuarán en menores que presenten síndrome de maltrato, ubicados en diferentes contextos (jardines infantiles, escuelas de enseñanza básica y media y otros). La muestra dependerá del contexto elegido. La unidad de observación será el menor maltratado y la unidad de análisis serán los adultos responsables de los menores.

A fin de determinar las características de la normatividad jurídica en el problema de estudio se examinará el conjunto de normas que al tema se refieren (paneles, civiles, de familia), su origen, características y mecanismos normativos de efectividad, y el aparato institucional pertinente (consejos o patronatos del niño, justicia, salud, guarderías, cárceles, orfanatos). Además, se considera conveniente realizar un análisis de instituciones jurídicas tales como adopción, tutela, patria potestad y otras.

Como variables independientes se utilizarán: el grado de desarrollo político social, la valoración de la niñez, cambios sociales y culturales y la salud mental de la familia. Entre las variables dependientes que se emplearán se encuentran: el maltrato físico, el maltrato o daño psicológico y la magnitud y trascendencia del daño.

Para la recopilación de los datos se diseñarán dos tipos de cuestionarios: uno para los encargados de menores en los diferentes contextos seleccionados, y otro para administrarlo entre los adultos del núcleo familiar responsables del menor.

La red institucional del proyecto comprende los ministerios de salud, educación y justicia, a través de sus instituciones pertinentes y el Proyecto Kellogg/OPS.

El análisis comprenderá la precodificación y la codificación de los datos, la construcción de código de consistencia, tabulaciones y construcción de cuadros de contingencia para la relación de las variables. El procesamiento de los datos se realizará mediante un sistema computacional.

5. Aplicación

El proyecto tendrá una duración de 12 meses. Se cuenta con la infraestructura y recursos humanos adecuados.

K. IMPACTO DE LA POLITICA Y LA LEGISLACION SOBRE PROTECCION DE LA ADOLESCENTE EN LA CONCEPCION, EL EMBARAZO Y EL DESTINO DEL RECIEN NACIDO

1. Definición del problema

El embarazo de la adolescente constituye una problemática social que tiene impactos a nivel médico, psicosocial, socioeconómico y político-económico. Desde un punto de vista epidemiológico, las madres adolescentes conforman un grupo de alta incidencia, vulnerable debido a su inmadurez, de alto riesgo obstétrico, de alta probabilidad de exposición al riesgo y de alta susceptibilidad. El incremento de adolescentes embarazadas ha significado una diversificación en la distribución de recursos, a fin de dirigir la atención de las necesidades de salud y de servicios sociales hacia este grupo.

La problemática de la adolescente embarazada no es de pertinencia de un solo sector, sino que está asociada a otros sectores por las consecuencias jurídicas y sociales que implica el ser madre adolescente y por la necesidad de procurar legislación proteccional para ella y su hijo.

2. Marco de referencia

La conducta reproductiva de la mujer y sus tendencias está condicionada por tres estructuras: sociopolítica, familiar y de la personalidad. A esto se suma algunas variables intermedias que están directamente relacionadas con la concepción, tales como la frecuencia de las relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y la valoración cultural de los nacimientos y de los hijos. Dichas variables relacionan una serie de aspectos que van desde los hábitos sexuales, el deseo de embarazo, influencia cultural, hasta los métodos tradicionales o científicos accesibles a las mujeres en edad fértil.

Numerosos estudios han demostrado que la conducta reproductiva de la mujer está determinada por múltiples factores asociados a la edad de la mujer, el estrato social, la condición urbana o rural, la posición relativa ocupacional, la condición matrimonial y otros. Asimismo, en este aspecto se debe considerar el contexto del marco de la sociedad de cada país en particular. Las tendencias de los países latinoamericanos muestran un fuerte componente de una ideología cultural sobre los productos de la procreación.

En algunos países de América Latina, las curvas de fecundidad que relacionan la variable edad de la mujer con la frecuencia de nacimientos se han modificado, produciéndose un desplazamiento hacia una curva tardía o intermedia, gracias al efecto de los programas de salud pública y de las políticas tanto explícitas como implícitas. Pese a ello, todavía persiste una proporción alta de adolescentes embarazadas.

Em América Latina existe legislación que establece el derecho de atención a la madre adolescente durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la protección del recién nacido. La norma jurídica y los mecanismos institucionales al respecto varían según las características propias de cada país.

3. Objetivos

3.1 Objetivos generales

- 3.1.1 Dimensionar el problema desde una perspectiva epidemiológica, política y cultural y determinar su impacto en los servicios de salud y en el marco normativo e institucional vigente.
- 3.1.2 Analizar el impacto de la política, su traducción en legislación y su aplicación en relación a la protección de la adolescente, la concepción, el embarazo y el destino del recién nacido.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Identificar, estratificar y dimensionar el grupo de edad afectado.
- 3.2.2 Determinar la frecuencia y las causas (sociológicas, económicas, antropológicas, políticas, jurídicas) de embarazos en adolescentes.
- 3.2.3 Analizar críticamente el régimen normativo jurídico que se relaciona con el problema de estudio.
- 3.2.4 Analizar los aspectos institucionales, públicos y privados que tienen competencia formal o informal con la adolescente.
- 3.2.5 Identificar las tendencias conceptuales y relativas a procedimientos en la legislación comparada, tanto en lo normativo como en lo institucional.

Las hipótesis que se plantean asumen que el problema de la adolescente embarazada está asociado al modelo social y económico de un estado, cuyo proceso de desarrollo con sus cambios sociales y políticos, establece una situación de vulnerabilidad de la adolescente embarazada, lo que a su vez tiene relación con la

probabilidad de disminución de la esperanza de vida al nacer. Varios factores están asociados al aumento o disminución del riesgo, entre los cuales se encuentran embarazos e hijos no deseados que se traducen en altas tasas de mortalidad materna e infantil, oportunidades de trabajo e ingreso determinadas por el modelo social y económico, la respuesta a corto, mediano y largo plazo del nivel político, el nivel de escolaridad de la joven y el grado de eficiencia y eficacia de la legislación en favor de la adolescente embarazada.

4. Metodología

Se realizará un análisis normativo e institucional, examinando el conjunto de normas relativas a la problemática de estudio (penales, civiles, de familia), su origen, características y mecanismos normativos de efectividad, y el aparato institucional pertinente.

Se incluirán las siguientes variables independientes: el grado de desarrollo político social, la valoración de la adolescente en la sociedad, cambios sociales y culturales en la mujer adolescente, migración rural/urbanomarginal de la adolescente, calidad y cantidad de servicios de atención para madres adolescentes, oportunidades de trabajo y el paternalismo institucional en el cuidado de la adolescente embarazada y adolescente madre. Entre las variables dependientes se incluirán: marginalización diferencial de la adolescente embarazada en la sociedad, progresos de la liberalidad de la mujer, conceptos acerca del matrimonio, hacinamiento y promiscuidad por cambio del medio ambiente de origen, aumento de la morbilidad materna debido al embarazo en adolescentes y otras.

Los datos se obtendrán mediante cuestionarios que contendrán preguntas estructurales simples y preguntas abiertas que necesiten información complementaria. Se diseñarán dos cuestionarios: uno para las adolescentes embarazadas y otro para el equipo de salud que les brinda atención. Complementariamente se utilizarán estadísticas oficiales.

La red institucional del proyecto estará integrada por los ministerios de salud, educación y justicia, Juzgado de Menores de la Región Metropolitana y el Proyecto Kellogg/OPS.

El procesamiento y el análisis de los datos se efectuarán a través de un sistema computacional de acuerdo a un programa específico de análisis multivariado.

5. Aplicación

El proyecto tendrá una duración de 12 meses. Se cuenta con la infraestructura y recursos humanos adecuados.

L. UTILIZACION DEL CONOCIMIENTO CIENTIFICO Y TECNOLOGICO EN LA PRACTICA DEL CONTROL DE SALUD DEL NIÑO MENOR DE DOS AÑOS. FACTORES LIMITANTES Y FAVORECEDORES

1. Definición del Problema

Pese a que existen medidas de control de salud del niño que son fáciles de utilizar, de bajo costo, y que comprenden un conjunto de conocimientos y prácticas que implican tecnologías sencillas y accesibles, no obstante, un porcentaje significativo de la población infantil no se beneficia de ellas.

El control de crecimiento y desarrollo del niño es una medida eficaz en la reducción de la morbilidad y la mortalidad de niños menores de dos años. Dicho control puede efectuarse por distintos miembros del equipo de salud, lo que ayuda a la ampliación de la cobertura del programa de control. Para el éxito del programa se requiere la participación activa de la comunidad, especialmente de las madres.

No se conocen con exactitud las causas que impiden o limitan el uso adecuado del conocimiento científico y tecnológico para aplicarlo en la práctica en forma efectiva. Por lo tanto, se considera necesario evaluar los factores limitantes o favorecedores que intervienen en el proceso, utilizando como caso de estudio el control de crecimiento y desarrollo del niño menor de dos años, basado en la prioridad que representa la salud infantil en la mayoría de los países latinoamericanos y en la implantación de tecnologías de fácil aplicación y bajo costo.

Este estudio reviste especial importancia debido a que un daño permanente en la salud de un niño tiene repercusiones individuales, familiares y colectivas.

2. Marco de referencia

En el proceso de transformación de la investigación científica y tecnológica en conocimiento aplicado en la práctica, interactúan variables de orden político, económico y cultural.

Las políticas explícitas orientadas al fomento de la investigación en un área del conocimiento o su aplicación, no son suficientes para determinar la ejecución de una acción, ya que aquí intervienen otras fuerzas, orientadas en la misma o en opuesta dirección.

El proceso se explica en forma esquemática de la siguiente manera: la política científica y tecnológica nacional estimula la formación de investigadores y la asignación de fondos para la investigación. A su vez, estos elementos permiten que se realice la investigación científica y tecnológica nacional que da lugar al conocimiento científico y tecnológico. Antes que dicho conocimiento se aplique en la práctica pasa por distintas etapas en las que intervienen variables que interactúan entre sí tales como organizaciones políticas y gremiales, formación de recursos humanos, el presupuesto, la comunidad y otras políticas. Sin embargo, hay otras variables no determinadas que impiden o dificultan estas interacciones, obstaculizando la utilización efectiva del conocimiento.

Varios investigadores han abordado el tema, buscando las razones por las cuales el conocimiento no se utiliza íntegramente en la práctica y en la prestación de servicios para la atención de salud del niño. La mayoría de los autores han postulado que la utilización del conocimiento es insuficiente y buscan causas específicas para explicar este hecho. Entre las principales razones se mencionan la falta de una política nacional de salud (K. Evang) y las relaciones de las condiciones socioeconómicas con la atención y el desarrollo infantil (L. Eisenberg, J. Weaver y R. Tompkins).

La identificación de los factores limitantes y favorecedores de la utilización del conocimiento en la práctica es uno de los objetivos del presente estudio. La investigación se plantea con el fin de contribuir a proporcionar elementos de juicio que permitan a los gobiernos adoptar medidas y decisiones para la mejor utilización del conocimiento científico y tecnológico, particularmente en el área materno-infantil. Se prevee que los resultados de la investigación tendrán un impacto favorable a nivel individual-familiar y a nivel social colectivo, al contribuir a la optimización de los recursos y del conocimiento para ofrecer una atención integral al grupo infantil.

3. Objetivos

3.1 Objetivos generales

- 3.1.1 Determinar la relación entre el conocimiento existente sobre el control de la salud del niño y la calidad de la práctica, incluyendo la cobertura.
- 3.1.2 Identificar los factores intervinientes en el proceso de transformación del conocimiento en práctica, y en lo posible, medir su importancia relativa.

3.2 Objetivos específicos

Se proponen varios objetivos, de los cuales se destacan los siguientes:

- 3.2.1 Identificar los elementos de la práctica incluidos en el control de salud de los servicios ofrecidos por el centro de estudio.
- 3.2.2 Determinar qué factores se perciben por el personal como limitantes para la mejor aplicación de los conocimientos a la práctica.
- 3.2.3 Identificar el grado de utilización de los servicios de control del niño por la comunidad, y los posibles factores limitantes.
- 3.2.4 Identificar las creencias o prácticas de medicina tradicional que favorezcan o interfieran en dicho control.
- 3.2.5 Identificar los factores (estructurales, organizativos y otros) que limiten o favorezcan la práctica adecuada.
- 3.2.6 Analizar los programas de estudio sobre crecimiento y desarrollo del niño y sobre la práctica de su vigilancia.
- 3.2.7 Describir los recursos presupuestarios asignados al sector salud y específicamente a la atención primaria.

Se formulan las siguientes hipótesis:

El conocimiento científico y las tecnologías existentes en el área de la salud maternoinfantil, no llegan o llegan en forma limitada a la población infantil.

El control del crecimiento y desarrollo que incorpora un conjunto de conocimientos y tecnologías para la atención integral del niño, no cubre en su totalidad a la población infantil.

Entre las causas que impiden o limitan el uso adecuado del conocimiento y de las tecnologías existentes se encuentran limitaciones relativas a: la formación de recursos humanos, la organización sanitaria, normas legales y técnicas, la situación socioeconómica deficiente de algunos grupos de la población y el presupuesto nacional destinado al sector salud.

4. Metodología

En cada país participante se escogerán tres centros de salud urbano populares o marginales y otros tres rurales, que sean representativos de la mayoría de los centros de su tipo en el país y que cuenten con registros de calidad suficiente para permitir la realización de la investigación.

El estudio se realizará en tres niveles: de los centros seleccionados, de la comunidad y general. En los centros de salud se llevará a cabo una encuesta entre el personal, a fin de determinar su nivel de conocimiento relativo al control del niño, la forma en que lo aplican a la práctica y las limitaciones que perciben en ese sentido. Complementariamente, se realizarán otras actividades para establecer la racionalidad del uso de recursos (físicos, materiales y humanos) y la relación con la comunidad. A nivel de esta última, se llevará a efecto una encuesta para apreciar el nivel de conocimiento de la población respecto a la utilización de los servicios e instituciones afines, conocimientos y prácticas sobre cuidado infantil y el grado de participación comunitaria. Finalmente, a nivel general se buscará información respecto al contenido y orientación de los programas de formación del personal, existencias de normas de atención de salud infantil, organización sanitaria, políticas de salud y recursos económicos, humanos y materiales disponibles.

Las variables dependientes que se utilizarán son: la práctica del control del niño sano y conocimientos de la madre sobre el cuidado del niño. Las variables independientes se establecieron de acuerdo a los niveles mencionados: a) a nivel del centro en estudio (conocimientos del personal de salud, percepción de las limitaciones a la práctica, ubicación del centro dentro de la estructura sanitaria, relación con la comunidad, recursos humanos y físicos); b) a nivel de la comunidad (información sobre la existencia de servicios, utilización de los mismos, educación de la madre, número de miembros de la familia), y c) a nivel general (contenido de los programas de formación, normatización y recursos asignados al sector salud).

Se originarán dos tipos de datos: cualitativos, que provendrán de la descripción de componentes del sistema, y cuantitativos, que provendrán de la información obtenida a partir de las variables y pueden expresarse en unidades de medida relativa. El proceso y el análisis de estos datos se realizará mediante un sistema computarizado.

5. Aplicación

Inicialmente, el estudio se llevará a cabo en Argentina, Canadá, Chile y Perú, y tendrá una duración aproximada de 18 meses.

M. MODELOS PARA LA ASIGNACION DE RECURSOS HUMANOS Y TECNOLOGICOS EN LA SALUD PERINATAL

1. Definición del problema

La mortalidad perinatal constituye un importante problema de salud en América Latina que en gran parte se debe a las deficientes condiciones de desarrollo social y económico, intensificado por la falta de equidad en la distribución y la utilización de los servicios de salud.

Debido a la escasez de recursos económicos en la Región es fundamental formular políticas que permitan seleccionar y difundir, en forma más racional, los recursos humanos y tecnológicos de mayor costo/efectividad. Actualmente, no se dispone de conocimientos suficientes acerca del impacto que puede producir el uso de las distintas alternativas de innovación tecnológica, lo que se traduce en un vacío de información que afecta la toma de decisiones en relación a los procesos de elaboración de políticas y planeamiento de servicios de salud.

Se pueden distinguir dos tipos de tecnologías utilizadas en los servicios de salud: las propiamente médicas, que comprenden los procedimientos médicos, aparatos y medicamentos, y las no médicas, que incluyen intervenciones de carácter higiénico, nutricional, educativo, procedimientos administrativos, entre otros. La mejoría de la situación social y económica - que refleja la difusión de las tecnologías no médicas - ha sido la principal responsable de la disminución de la mortalidad infantil en los países desarrollados. Aunque se reconoce que la difusión de innovaciones tecnológicas en las áreas de diagnóstico y tratamiento médico ha contribuido notoriamente a esa reducción.

Este proyecto se orienta a la búsqueda de modelos alternativos para la salud perinatal, a partir de dos supuestos básicos: el primero asume que existe un interés común en buscar patrones para la distribución de servicios que resulten más equitativos para la población que los recibe, y el segundo sugiere que, pese a las restricciones que imponen las condiciones socioeconómicas, la correcta utilización de los recursos humanos y tecnológicos en salud permitirá reducir los niveles actuales de mortalidad materno-infantil.

En vista de las limitaciones económicas y las necesidades de atención de salud en la Región, es indispensable identificar los paquetes tecnológicos apropiados y definir los recursos humanos necesarios para su difusión y uso, de acuerdo a las características propias de los países.

2. Marco de referencia

Un enfoque amplio de tecnologías de salud considera que existen una serie de tecnologías individuales además de las tecnologías clínicas

propiamente tales. Se ha propuesto agrupar las tecnologías individuales que se utilizan en la atención perinatal en paquetes tecnológicos que tengan la capacidad de producir el mayor impacto sobre la salud.

Debido a la falta de evaluaciones apropiadas sobre la eficacia de la mayoría de las tecnologías perinatales durante la fase de innovación, existe gran incertidumbre acerca del beneficio real de la innovación tecnológica. Las limitantes tecnológicas de diseño muestral, diseño del estudio y análisis y la interpretación inadecuada de los resultados obtenidos, sumado a las distorsiones que se introducen durante la fase de utilización rutinaria de la tecnología son los principales obstáculos para realizar una evaluación acabada.

Las metodologías que se emplean para la evaluación de tecnologías procuran integrar las mediciones de las efectividades estimadas, el costo, la seguridad y el impacto social que significa la difusión de determinadas tecnologías.

No hay un consenso unánime para medir la efectividad de una tecnología de salud. Con respecto a la mortalidad, el impacto de las tecnologías terapéuticas generalmente se mide por el número de años de sobrevida. En un nivel más avanzado, dicho impacto se mide por el número de años de sobrevida corregidos por la calidad (QALY), parámetro propuesto por Weinstein y Straton, que además de cuantificar la sobrevida del recién nacido, considera la calidad de vida y la probabilidad de sobrevivencia futura (supervivencia).

Panerai y Attinger definen una función tecnológica como el objetivo ideal del uso de tecnologías individuales para precisar un problema de salud determinado. Para estimar el impacto potencial de las tecnologías se necesita seleccionar y evaluar las diversas funciones tecnológicas que tienen relación con los tres períodos de la atención perinatal (atención prenatal, atención del parto y atención neonatal) mediante la utilización de técnicas de "opinión de los especialistas". entre las que se destaca el método Delphi. El grupo de trabajo empleará el método Delphi modificado, evitando así, las tendencias extremas de las posibilidades.

A fin de establecer prioridades de acuerdo a la relación costo/beneficio, es importante considerar el costo de cada alternativa tecnológica incorporando datos de distintas fuentes, lo que permite racionalizar el proceso de asignación de recursos. De esta manera se llega a un análisis de costo/efectividad, o más específicamente, a un análisis de recurso/efectividad (REA), que consiste en la relación entre la asignación de funciones tecnológicas y la necesidad de recursos humanos, financieros, mantenimiento, instalaciones y los impactos sociales y riesgos para la salud ocasionados por la iatrogenia.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Diseñar modelos para la asignación de recursos humanos y tecnológicos para apoyar decisiones en la prestación de servicios de salud perinatal y en su administración.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Identificar las funciones tecnológicas apropiadas para la prestación de servicios de salud perinatal en los países participantes.
- 3.2.2 Estimar la efectividad de las funciones tecnológicas identificadas.
- 3.2.3 Integrar los paquetes tecnológicos en modelos apropiados a cada nivel de atención.

4. Metodología

Se revisarán las funciones tecnológicas propuestas y se determinarán aquellas que serán objeto de un análisis de efectividad. Paralelamente, en cada país se recolectará la información necesaria para alimentar el modelo de análisis simultáneo de múltiples tecnologías.

Se realizarán tres reuniones con especialistas del área de salud perinatal, para estimar los coeficientes de la matriz de impacto (A_{ik}), que interrelaciona las funciones tecnológicas (i) con el perfil de mortalidad, es decir, la reducción en cada una de las causas de mortalidad infantil (k) que conforman el perfil regional (por ejemplo, síndrome de insuficiencia respiratoria, bajo peso al nacer, trauma al nacer), a partir del uso de diferentes funciones tecnológicas (por ejemplo, nutrición materna, tratamiento de anomalías congénitas, analgesia obstétrica).

La estimación de los coeficientes de la matriz de impacto se efectuará mediante el método Delphi modificado. Con este fin se realizará una reunión de expertos en salud perinatal para discutir la efectividad de las funciones tecnológicas y obtener un consenso acerca de cuáles funciones serán las que integrarán el estudio. Además, mediante estudios de sensibilidad se obtendrán perfiles de especialidad, lo que permitirá estimar el rango en el cual se ubica el impacto potencial de cada paquete tecnológico.

Los coeficientes de impacto alimentarán una matriz, que a su vez permitirá hacer estimaciones de la efectividad individual de cada función tecnológica (L_i). La suma de los estimadores de efectividad permitirá calcular el impacto global de cada submodelo de atención perinatal.

5. Aplicación

En primera instancia, el estudio se realizará en Brasil, Colombia y México, en seis etapas: a) revisión y clasificación de las funciones tecnológicas; b) planeación de los paneles Delphi; c) realización del panel Delphi; d) procesamiento y análisis de datos; e) desarrollo de submodelos para estimar el impacto, y f) informe de los resultados.

Se debe tener en cuenta que parte de las diferencias que se encuentren entre los resultados se deberán a las características de salud y desarrollo tecnológico de los países. El análisis de esas diferencias permitirá adaptar la tecnología a las condiciones locales y definir las estrategias de innovación y adopción tecnológicas apropiadas a los países, tanto por su viabilidad técnica, como por el impacto social y aceptabilidad cultural.

Una vez que se han identificado los modelos de atención, en una segunda y tercera fase del proyecto se podrán estimar los costos que conlleva cada alternativa y poner en práctica los modelos en zonas geográficas definidas, mejorando de este modo la eficiencia de su utilización.

N. REGIMENES DE SALUD Y POLITICAS PUBLICAS: UN ESTUDIO COMPARATIVO (1940-1985)

1. Definición del problema

A pesar de la abundante información que existe sobre problemas de salud, programas de salud, organizaciones, tecnologías y políticas relativas a la atención de salud, la utilidad de esta información es limitada debido a que se encuentra dispersa, desorganizada y muchas veces es incompleta.

Esto se traduce en la ausencia de una visión integradora y comparativa de la experiencia en América Latina, que facilitaría - al utilizar una visión retrospectiva y prospectiva de los enfoques, tendencias y políticas aplicadas - una mejor comprensión general y particular de los problemas de la atención de salud.

Este proyecto propone un estudio que integre los enfoques teóricos y metodológicos de equipos internacionales e interdisciplinarios.

2. Marco de referencia

Los procesos de atención de salud de una sociedad involucran no solo intervenciones médico tecnológicas orientadas a curar la enfermedad o prolongar la vida, sino también, comprenden un complejo de actividades sociales, culturales, económicas y políticas que se reflejan en el mejoramiento de la calidad de vida.

En este aspecto existe una relación entre las tecnologías de salud y el contexto socioeconómico, cultural y político en el cual se aplica la tecnología. Basándose en dicho concepto, se formula la siguiente hipótesis: la efectividad de una tecnología depende del grado de correspondencia entre la intervención tecnológica y el contexto en que la tecnología se aplica y desarrolla.

A partir de esta hipótesis se deduce: a) el desarrollo científico y tecnológico requiere un conocimiento sistemático del contexto en el cual se ubica la tecnología; b) en la formación de recursos humanos encargados de desarrollar y aplicar la tecnología se debe acentuar la importancia de comprender y manejar el problema dentro de su respectivo contexto, y c) la aplicación sistemática de tecnologías y su evaluación permanente conduce a una mayor racionalidad que se traduce en un incremento del conocimiento tecnológico y la formulación y renovación de las teorías que lo sustenta.

En América Latina y el Caribe el principal factor limitante de desarrollo tecnológico se debe al inadecuado entendimiento y manejo de las variables contextuales. A esto se suma la escasez de información sobre el tema. La importancia de realizar el estudio comparativo que se propone, radica en los elementos de juicio que brinda la información para el fortalecimiento de los sistemas científico tecnológicos y las decisiones de política y de gestión institucionales involucradas.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Realizar un estudio comparativo de los sistemas nacionales de salud de los países participantes.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Proveer una base preliminar descriptivo-analítica general, para estudiar la relación entre el contexto y problemas de salud, políticas de salud, tecnologías de salud y consecuencias de las aplicaciones político-tecnológicas.

- 3.2.2 Proveer una base de información permanente para América Latina y el Caribe, para la ampliación y la actualización de conocimientos en la formación de recursos humanos en el campo de la salud.
- 3.2.3 Elaborar un marco de referencia global para aplicar metodologías y estrategias de investigación específicas en diversas áreas de salud, con énfasis en el área de salud maternoinfantil.
- 3.2.4 Proponer la organización de una red operativa de información que partiendo de la situación actual, plantee alternativas para la articulación e intercambio de conocimientos.

4. Metodología

El trabajo se basa en la relación sistemática - estructural e histórica - entre cuatro grupos de variables: a) relativas al contexto del problema; b) relativas a políticas de salud; c) funciones tecnológicas ("duras" y "blandas", formales e informales), y d) efectos de la aplicación de políticas y tecnologías de salud.

Para la realización del estudio se propone una conferencia sobre regímenes de salud, en la que participarían un máximo de 30 panelistas. La organización de la conferencia estaría a cargo de un comité coordinador ejecutivo, cuya responsabilidad primordial sería la elaboración de pautas metodológicas para el diseño de las ponencias.

Los trabajos de los participantes versarán sobre los sistemas de salud de los países integrantes del estudio, y se centrarán en los regímenes de salud y su evolución durante el período 1940-1985.

La conferencia constará de cuatro sesiones: una introductoria, otra para conclusiones y dos reuniones de trabajo sobre la propuesta de redes de información. En la sesión introductoria se empleará una metodología uniforme basada en el documento "Regímenes políticos y políticas públicas. Un enfoque conceptual" (J. Nef, 1986).

Se confeccionará una batería de preguntas que comprendan las variables mencionadas y sus interrelaciones, las cuales se dirigirán a los expertos participantes en la conferencia. Las conclusiones se obtendrán a partir de la reunión.

5. Aplicación

En el proyecto colaborativo participaran 20 países de la Región, incluyendo Puerto Rico y dos o tres países del Caribe de habla inglesa. Los resultados de la conferencia se publicarán en un volumen sobre Regímenes de salud y políticas públicas en América Latina: un enfoque comparativo (1940-1985). Además, se instaurará una línea de trabajo para el establecimiento de sistemas de recuperación y difusión de información.

VII. RELACIONES ENTRE LOS PROYECTOS

En el siguiente gráfico se muestran las interrelaciones entre los proyectos presentados al taller.

PRESTACIONES DE SERVICIOS	INTERACCION OFERTA Y DEMANDA		SOCIEDAD
	COBERTURA DE SALUD	BUSQUEDA DE SALUD	NECESIDADES/ PROBLEMAS
ZONA DE PROYECTOS DE LOS OTROS		3	
GRUPOS DE TRABAJO	6	4	
. Prenatal			1
. Parto 13	7	5	2
P O L I T I C A S			
	9	10	11
	13		

VIII. PROPUESTAS DE COLABORACION EN RED Y PLAN DE TRABAJO

A. REVISION DEL AVANCE DEL PROYECTO

El programa de colaboración en el área de salud materno-infantil que viene desarrollándose desde 1974 entre la OPS y la Fundación Kellogg, inició una nueva fase de tres años a partir de enero de 1985. En esta fase se pretende cumplir un plan de acción que avanzaría en tres líneas interconexas:

1. Líneas interconexas

- 1.1 Apoyo a una extensa red de proyectos que están en proceso de desarrollo o se han desarrollado en países de la Región y que pueden servir de infraestructura para el trabajo coordinado en los países o entre países (redes nacionales y subregionales).
- 1.2 Desarrollo de recursos humanos para: a) los programas de salud y de formación de recursos humanos para la salud; b) para la colaboración de los proyectos y c) con la colaboración de los proyectos.
- 1.3 Desarrollo y evaluación de tecnologías de salud para la atención materno-infantil.

Dentro de esta línea de trabajo se han estado diseñando proyectos de investigación y desarrollo en seis áreas que se consideran básicas para la salud materno-infantil:

2. Áreas básicas para la salud materno-infantil

- 2.1 Estilos de vida y sistemas culturales y su relación con la salud materno-infantil.
- 2.2 Innovaciones y políticas tecnológicas relacionadas con la satisfacción de las necesidades de salud.
- 2.3 Tecnologías apropiadas durante la atención prenatal.
- 2.4 Tecnologías apropiadas durante la atención del parto y el nacimiento.
- 2.5 Tecnologías para el cuidado del recién nacido.

2.6 Tecnologías para el control del crecimiento y el desarrollo, y para la adolescencia.

En relación a las dos primeras áreas, las etapas más importantes realizadas se describen a continuación:

3. Etapas importantes

3.1 La elaboración de documentos de referencia.

3.2 La revisión de dichos documentos y la definición de criterios para elaborar proyectos por grupos de trabajo en una reunión que se llevó a cabo en Santiago, Chile, de los dos grupos con algunas sesiones conjuntas.

3.3 La reunión de dos grupos de trabajo (una para cada área) para capacitación en la elaboración de protocolos, utilizando los perfiles o protocolos que algunos grupos nacionales aportaron a la reunión efectuada en Lima, Perú.

De esta reunión resultó, como un producto valioso, un grupo de protocolos relacionados con los cuatro temas seleccionados para cada área estilos de vida y políticas tecnológicas, los cuales se encuentran en estado de desarrollo relativamente avanzado pero no final.

Es necesario aclarar que los trabajos en estas dos áreas serán muy importantes para los grupos de trabajo que se encargarán del desarrollo de las otras cuatro áreas específicas. Debe destacarse que los temas seleccionados y los trabajos o protocolos que se proponen representan una oportunidad única para iniciar el proceso de integración de los aspectos psicosociales y para la optimización del factor político y de la toma de decisiones en la programación de salud.

B. FUNDAMENTACION

Cada vez más se hace sentir la necesidad de conceptualizar y dirigir la atención de la salud en base al desarrollo y la aplicación de un enfoque epidemiológico que integre los aspectos biomédicos con los sociales y psicológicos. En dicho enfoque, la identificación y el análisis de los factores asociados al estado de salud de personas, familias y - grupos - factores emanados de las varias dimensiones y sistemas permitirán un cabal entendimiento de la naturaleza y la magnitud de las necesidades de salud y, por ende, de las medidas para

satisfacerlas. El acoplamiento de este enfoque epidemiológico con una organización apropiada de los servicios de salud, permitirá la adecuación de las acciones a las necesidades de manera diferencial. Si lo anterior se acompaña de una política idónea en lo tecnológico que permita la selección, la innovación y la evaluación de las tecnologías para cada caso, condición y nivel de complejidad, se dará al servicio prestado un mayor sentido de equidad y se lograrán la eficiencia y la eficacia deseadas.

Como fue previsto en el enunciado de la atención primaria de salud, la participación efectiva de la comunidad y la articulación intersectorial son indispensables para la implantación y el éxito de la estrategia. Los aspectos relativos a conocimientos, actitudes, valores y comportamientos por parte de las personas a las cuales los servicios están destinados y del personal del sector salud y de otros sectores complementarios, adquieren gran trascendencia ya que son factores determinantes del éxito de la interfase y de la articulación intersectorial.

El intenso dinamismo social, político y económico que caracteriza los tiempos presentes influye en la naturaleza y en los factores determinantes de los niveles de salud y bienestar del individuo. El entendimiento de dicho impacto constituye un aporte importante para el éxito en la aplicación de los enfoques y estrategias mencionados dentro de un proceso de verdadera humanización de la atención de salud y para ello se requiere la incorporación de los elementos psicosociales y políticos en los diagnósticos y en la formulación de políticas y programas relativos al campo de la salud.

C. OBJETIVOS

1. Objetivo global

El objetivo global es contribuir a reforzar la viabilidad de la aplicación de la filosofía de la atención primaria de la salud a través de la incorporación de los aspectos psicosociales y políticos en el diagnóstico de las condiciones de salud de mujeres, niños y adolescentes y en la promoción y protección de la salud, así como también en la solución de los problemas que la afectan.

2. Objetivos generales

- 2.1 Apoyar la formulación, ejecución y aplicación de investigación para el desarrollo en las áreas de estilos de vida (vistos desde el punto de vista políticoeconómico, cultural, familiar e individual) y de desarrollo y evaluación de tecnologías de salud.

- 2.2 Apoyar el trabajo colaborativo (en redes) entre individuos y grupos dentro de los países y entre países a partir del intercambio de información y del desarrollo de estudios colaborativos o complementarios que refuercen los programas de salud y de formación de recursos humanos.
- 2.3 Asegurar que los proyectos que cumplan con los requisitos técnicos sean aprobados para financiamiento por fuentes nacionales o internacionales y que dichos proyectos puedan contribuir al conocimiento y promover su aplicación en los temas seleccionados o prioritarios dentro de las áreas de estilos de vida y políticas e innovaciones tecnológicas.

D. PLAN DE ACCION

1. Actividades preparatorias

- 1.1 Revisión y resumen de los proyectos propuestos y estudiados en la reunión de Lima. (OC-OPS).
- 1.2 Reformulación de los proyectos de países, a cargo de los grupos conformados localmente por iniciativa de los participantes en la reunión de Lima.
- 1.3 Información a los países, a través de las Representaciones, sobre el Programa, con el fin de dar apoyo político a los grupos proponentes de los protocolos.

2. Actividades de programación de las investigaciones

Elaboración de planes de investigación para el desarrollo en las dos áreas de trabajo (estilos de vida y políticas e innovaciones), en base a estudios o paquetes de estudios complementarios en los temas específicos de cada área y cuyos protocolos ya hayan sido revisados desde el punto de vista de su importancia y de su metodología.

Dentro de estos planes se incluirán:

- . Marco institucional y contactos
- . Actividades preparatorias para cada área y tema
- . Actividades de control de calidad del estudio
- . Comunicaciones preliminares de resultados
- . Efectos esperados de cada investigación y utilización de los hallazgos
- . Publicaciones

3. Actividades de movilización de recursos

Revisión de algunos estudios o conglomerados de estudios complementarios (por temas) con el objeto de presentarlos a agencias internacionales para búsqueda de apoyo financiero.

E. ESTRATEGIAS

1. Propuestas

- 1.1 Es importante que las propuestas revisadas por la OPS sean presentadas por los investigadores a las instituciones financiadoras como parte o componente de un esfuerzo conjunto para incorporar los aspectos socio culturales, psicológicos y políticos en los procesos de determinación de los estados de salud y programación.
- 1.2 Cada grupo debe elaborar su(s) propia(s) propuesta(s), en lo posible en forma interdisciplinaria e interinstitucional. En el caso de los proyectos colaborativos interpaíses desarrollados en Lima, los protocolos presentan realmente un marco de referencia que debe adaptarse a las necesidades y recursos de cada lugar.
- 1.3 Dentro de cada país los grupos de investigación tratarán de involucrar los recursos técnicos y financieros en una primera instancia. Uno de los mecanismos más eficaces de desarrollo es la participación. El involucramiento de los recursos humanos de la universidad y de los servicios de salud (y órganos de bienestar social) es especialmente importante.
- 1.4 Los proyectos colaborativos (el mismo estudio realizado por varios grupos) o complementarios (varios grupos estudiando aspectos diferentes del mismo tema) se caracterizan por un alto rendimiento en la ejecución y la utilidad de los resultados. Siempre que sea posible, se promoverán reuniones de los investigadores principales en tiempos convenientes.
- 1.5 Un criterio fundamental a tener en cuenta es no limitarse a saber por qué se hace y qué se espera de cada estudio o investigación sino más bien recordar que cada esfuerzo debe contribuir al desarrollo de personas, instituciones, programas, salud y bienestar, además del simple hecho de generar un nuevo o mejor conocimiento.

ANEXO I

LISTA DE PARTICIPANTES

Lic. Omayra Aguirre
Coordinadora de Investigaciones
Psicóloga del Departamento de Organización
y Educación Comunitaria
Ministerio de Salud
Apartado 2048
Panamá, PANAMA

Srta. Elena Alvarado
Psicóloga
Asociación Desafío y Respuesta
Av. Velasco Astete 1751 - 202
Las Gardenias
Lima 33, PERU

Dr. José Manuel Alvarez-Manilla
Director General de Enseñanza en Salud
Secretaría de Salud
Leibnitz 32 - 5° Piso
Col. Anzures
México D.F., MEXICO

Dr. Rodrigo Barceló M.
Jefe, Departamento de Medicina Preventiva
y Social
Universidad del Norte
Carrera 38-A No. 74-311
Barranquilla, COLOMBIA

Sr. Manuel E. Bernal Alvarado
Director General
Dirección Técnica de Coordinación Sectorial
de la Investigación y Desarrollo de Tecnologías
Ministerio de Salud
Av. Paso de los Andes 556
Lima 21, PERU

Dr. Gilles Bibeau
Profesor
Universidad de Montreal
C. P. 6128 Succ "A"
Montreal, CANADA H3C 3J7

Dra. Melba Franky de Borrero
Director Centro Salud Siloé
Distrito de Salud Cali
Apartado Aéreo 9784
Cali, COLOMBIA

Sra. Mirtia A. Caballero de Tessada
Técnica en el Area de Estudios Sociales
Ministerio de Educación
Departamento Curriculum
15 de Agosto y Haedo, 1er Piso
Asunción, PARAGUAY

Srta. Ana María Canesqui
Profesora Universitaria
Universidade Estadual de Campinas
Departamento Medicina Preventiva y Social
Rua das Camelias 422
Campinas 13.100, BRASIL

Dr. Allan Castelnuovo
Docente Etnopsicología
Pontificia Universidad Católica
Bosmediano 440
Quito, ECUADOR

Dra. Vianney Castro López
Encargada Unidad de Investigación
Proyecto Maternoinfantil Kellogg
Ministerio de Salud/Seguro Social/
Universidad de Costa Rica
Apartado 3487 - 1000
San José, COSTA RICA

Dra. Eleonora A. Cebotarev
Profesora Asociada de Sociología-Antropología
Universidad de Guelph
Guelph, Ontario
CANADA N1G 2W1

Dra. Gloria Coe
Oficial Técnico
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington D.C. 20037
E.U.A.

Dr. Alvaro Chabes y Suárez
Director de Investigación y Desarrollo
en Salud y Nutrición
Consejo Nacional de Ciencia y
Tecnología - CONCYTEC
Camilo Carrillo 402
Lima 11, PERU

Psic. Denise Defey
Centro Latino Americano de
Perinatología - OPS/OMS (CLAP)
Casilla de Correo 627
Montevideo, URUGUAY

Dr. Bartolomé Finizola C.
Médico Adjunto
Departamento de Enfermedades Cardiovasculares
Centro Cardiovascular
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
Calle 12 con Carrera 18
Barquisimeto, VENEZUELA

Dr. Ramón Florenzano U.
Director
Oficina de Educación Médica
Facultad de Medicina (Oriente)
Universidad de Chile
Ricardo Matte 584
Santiago, CHILE

Dr. Hernán Fuenzalida
Asesor Jurídico
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington D.C. 20037
E.U.A.

Dra. Mary Fukumoto
Profesora
Pontificia Universidad Católica del Perú
Av. Pardo 975 - Dpto. 604
Lima 18, PERU

Antrop. Elisa Gayoso V.
Jefe de Prácticas
Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Av. Nicaragua 2720
Lima 14, PERU

Dr. Alberto Giesecke
Jefe Area Investigación - PROASA
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Av. Honorio Delgado s/n
Apartado 11236
Lima 14, PERU

Srta. Olga María González Castañeda
Jefe de Programas Preventivos
Centro de Evaluación, Diagnóstico y
Asesoramiento Psicopedagógico (CEDAP)
Scipión Llona 280
Lima 18, PERU

Dr. Rodolfo González Enders
Coordinador PROASA
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Apartado 5045
Lima 100, PERU

Sra. Nina Horwitz
Socióloga - Docente
Facultad de Medicina
Universidad de Chile
División Ciencias Médicas Oriente
Las Peñas 3397, Las Condes
Santiago, CHILE

Dra. Ana Kaempffer Ramírez
Jefe División de Medicina Preventiva
y Salud Materno Infantil
Escuela de Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad de Chile
Independencia 939
Santiago, CHILE

Dr. Narciso Kestelman
Director de Maternidad e Infancia de Tucumán
Sistema Provincial Salud
General Paz 1192
Tucumán, ARGENTINA

Enf. Ilta A. Lange
Enfermera Jefe
Centro de Diagnóstico
Universidad Católica de Chile
Vicuña Mackenna 4686
Santiago, CHILE

Dra. Ines Lessa
Professora
Departamento de Medicina Preventiva
Universidade Federal da Bahia
Parque Lucaia - Quadra E Lote 3
Salvador 40.000, BRASIL

Dr. Malaquías López Cervantes
Jefe del Departamento de Epidemiología
Escuela de Salud Pública de México
Secretaría de Salud
Francisco de P. Miranda No. 177
Col. Merced Gómez
México D.F., C.P. 01600
MEXICO

Dra. Matilde Soledad Maddaleno Herrera
Médico Pediatra Unidad Adolescencia
Departamento de Salud Pública
Universidad de Chile
Condell 303
Santiago, CHILE

Dra. Delia Matos Sánchez
Jefe de Psicología
Hospital Víctor Larco Herrera
Ministerio de Salud
José Morales Alpaca 251
Lima 21, PERU

Dr. Aarón Francisco Méndez
Asesor en Maternoinfantil
Proyecto Kellogg - Tijuana
656 East J. Street
Chula Vista, California 92010
E.U.A.

Dr. Antonio Meza Cuadra
Profesor Principal de Pediatría
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Mayor de
San Marcos
Jr. Zepita 538 - Ofic. 702
Lima 100, PERU

Dr. Agustín Montoya de la Cadena
Sociólogo - Investigador, Docente
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Av. Honorio Delgado 932
Lima 31, PERU

Dr. Fausto Montoya
Profesor Legislación Sanitaria
Universidad Peruana Cayetano Heredia
PROASA
Av. Honorio Delgado 932
Lima 31, PERU

Dra. María del Carmen Morasso de Ahumada
Asesora en Nutrición
Dirección Nacional de Maternidad e Infancia
Ministerio de Salud y Asistencia Social
Canning 2553 9° G
Buenos Aires, ARGENTINA

Enf. I. Cecilia Moya S.
Programa Alternativo de Salud
PAESMI
Av. Egaña 1288
Santiago, CHILE

Dra. Susana Nava F.
Coordinadora Proyecto "La Planificación Familiar
en la Atención Integral a la Salud de los
Adolescentes, Estrategia para Ampliar la
Cobertura"
Dirección General de Planificación Familiar
Frontera No. 82
Col. Progreso, San Angel
México D.F., MEXICO

Dr. Jorge Nef
Profesor de Estudios Políticos y
Director del Programa de Graduados
Universidad de Guelph
Guelph, Ontario
CANADA N1G 2W1

Dra. Lucila Niño de Peña
Directora Proyecto PROINAPSA
Universidad Industrial de Santander
Apartado 678
Bucaramanga, COLOMBIA

Srta. Myriam Ordóñez G.
Investigadora - Docente
Programa de Población
Facultad de Estudios Interdisciplinarios
Universidad Javeriana
Carrera 10 No. 65 - 4B
Bogotá D.E., COLOMBIA

Dr. Fernando Orihuela
Profesor Asociado
Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Francisco de Zela 2619
Lima 14, PERU

Dr. Ronney Panerai
Jefe Departamento Engenharia Biomédica
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Caixa Postal 68510
Rio de Janeiro - RJ
CEP 21944
BRASIL

Dra. Rita María Edith Pastoriza Alzabe
Directora
Centro de Atención Primaria de Salud
SIPROSA
Av. Mitre 548, Aguilares
Tucumán, ARGENTINA

Dr. Duncan Pedersen
Consultor en Salud Maternoinfantil
Organización Panamericana de la Salud
Casilla 2117
Lima 100, PERU

Dr. Jorge Peña M.
Asesor Regional en Tecnología de Salud
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington D.C. 20037
E.U.A.

Dr. Alberto Perales C.
Jefe de Departamento
Instituto Nacional de Salud Mental
"Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"
Departamento de Investigación
Av. Javier Prado Este 2372
Lima 41, PERU

Dra. Sylvia E. Pessoa Olejnik
Académico, Administrador Público, Sociólogo
Universidad de Chile
Facultad de Medicina
Escuela Salud Pública
División de Administración y Organización
de la Atención Médica
Independencia 939
Santiago, CHILE

Dr. Tiburcio Puga R.
Secretario Académico
Facultad de Medicina de León
Secretaría de Salubridad de León
Pintores No. 113-A, Col. Panorama
León, Guanajuato
MEXICO

Sr. Henrique Rattner
Professor Titular
Faculdade de Economia e Administração
Universidade de Sao Paulo
Caixa Postal 11498
CEP 05508 Sao Paulo
BRASIL

Dr. Guillermo Robles Arias
Director
Proyecto Maternoinfantil Kellogg
Ministerio de Salud/Seguro Social/
Universidad de Costa Rica
Apartado 3487 - 1000
San José, COSTA RICA

Dr. Edgar Rodríguez Ospina
Investigador
Universidad Javeriana
Instituto Nacional de Salud
Calle 127 No. 41-A 69 - Apto. 220
Bogotá D.E., COLOMBIA

Dra. Luz F. Rojas C.
Psicóloga
Programa PAMI
Universidad Javeriana
Transversal 27 No. 37-35 (501)
Bogotá, COLOMBIA

Dr. Fernando A. Rojas M.
Director Ejecutivo PROSAFA
Universidad Católica Madre y Maestra
Secretaría de Estado de Salud Pública
y Asistencia Social
Santiago de los Caballeros
REPUBLICA DOMINICANA

MSc. Carmen María Romero R.
Consultora
Instituto Centroamericano de
Administración Pública (ICAP)
Apartado 10025
San José, COSTA RICA

Dr. Luis Ruiz C.
Asesor Regional en Enfermedades Crónicas
Programa de Salud del Adulto
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington D.C. 20037
E.U.A.

Dr. Domingo A. Sánchez C.
Profesor - Investigador Universitario
Facultad de Ciencias Económicas y
Administrativas
Universidad de Chile
Tatio 1037
Santiago, CHILE

Dra. Delia M. Sánchez
Residente en Salud Internacional
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington D.C. 20037
E.U.A.

Dra. Dalva Sayeg
Investigadora en Salud Materno Infantil
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Av. Borges de Medeiros 2475
Lagoa CEP 22470
Rio de Janeiro - RJ
BRASIL

Prof. Jaime Scherb
Professor
Faculdade de Ciências Médicas
Universidade de Pernambuco
Av. Boa Viagem 3962 - Apt. 101
Recife, BRASIL

Srta. Alicia Sebastiani C.
Universidad Peruana Cayetano Heredia
PROASA
Pasaje Ostolaza 123
Lima 14, PERU

Dr. Carlos Serrano
Asesor Regional en Salud Materno infantil
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington D.C. 20037
E.U.A.

Dr. Augusto Sola
Jefe de Neonatología
Primera Cátedra de Pediatría
Hospital de Clínicas
Facultad de Medicina
Universidad de Buenos Aires
Uriburu 1555
Buenos Aires, ARGENTINA

Lic. Rosa María Suárez V.
Coordinadora de la Unidad de Apoyo
y Seguimiento a los Proyectos
Maternoinfantil
Comisión Nacional para el Bienestar
de la Madre y del Niño
Los Gladiolos No. 1
Los Jardines del Norte
Santo Domingo, REPUBLICA DOMINICANA

Dr. David Tejada Pardo
Profesor e Investigador
Departamento de Salud Pública y PROASA
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Av. Honorio Delgado 932
Lima 31, PERU

Dr. Kenny Tejada Tejada
Jefe del Departamento de Epidemiología
Instituto Nacional de Salud Mental
"Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"
Víctor Maúrtua 580
Lima 27, PERU

Psic. Cristina Terra
Centro Latino Americano de
Perinatología - OPS/OMS (CLAP)
Casilla de Correo 627
Montevideo, URUGUAY

Dr. Michel Tousignant
Profesor de Psicología
Université de Québec a Montreal
5415 Jeanne-Mance
Montreal, CANADA H2V 4K5

Dr. Joao Yunez
Secretaría de Salud
Sao Paulo
Brasil

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OPS/OMS Propuesta para un programa regional de apoyo al desarrollo de la salud maternoinfantil y familiar. Organización Panamericana de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, septiembre 1984.
2. OPS/OMS Informe de la Reunión de Programación del Proyecto Regional de Apoyo al Desarrollo de la Salud Maternoinfantil. Rio de Janeiro, 20-24 mayo, 1985.
3. OPS/OMS Informe de grupos de trabajo sobre: Estilos de vida y sistemas culturales. Innovación y políticas tecnológicas en salud maternoinfantil. Santiago, Chile, 21-25 octubre, 1985. PNSP 86/14/34.
4. OPS/OMS Documento de referencia para el Grupo de Trabajo sobre Innovación y Política Tecnológica en Salud Maternoinfantil. Washington, D.C. PNSP 86/06/32.
5. OPS/OMS Documento de referencia para el Grupo de Trabajo sobre Estilos de Vida y Sistemas Culturales. Washington, D.C. PNSP 86/23/33.