

CAPÍTULO CUARTO

LA SALUD MATERNO-INFANTIL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS

José Antonio MORENO SÁNCHEZ*

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *La atención médica deseada.* III. *Derechos sexuales y reproductivos y la salud materna preconcepcional.* IV. *Malos tratos hacia las personas dentro de las unidades médicas.* V. *Violencia y falta de respeto durante el embarazo, parto y puerperio.* VI. *El nacimiento pretérmino.* VII. *La salud neonatal e infantil.* VIII. *Nutrición y desnutrición.* IX. *Hábitos saludables.* X. *Vacunación infantil.* XI. *El maltrato infantil.* XII. *Conclusiones.* XIII. *Fuentes de consulta.*

I. INTRODUCCIÓN

No resulta difícil percatarse de las deficiencias en los servicios de salud materno-infantil, en los que se evidencia el rechazo cotidiano de pacientes en las unidades médicas de cualquier nivel de atención: el acceso diferenciado a sus instalaciones, servicios ineficaces, reiteradas quejas médicas, pérdidas continuas o dispendio de insumos, abuso de los recursos financieros por compras a costos elevados, material de mala calidad, equipo insuficiente, obsoleto, o sin mantenimiento, insatisfacción de los usuarios externos e internos. La conjunción de algunos de estos factores hoy afecta la credibilidad de las instituciones o del sector en su conjunto. Todo lo anterior se agrava cuando los resultados se traducen directa o indirectamente en daños permanentes a la salud o muertes prematuras o injustificadas.

* Médico gineco-obstetra; doctor en Bioética por la Universidad Anáhuac; tutor en la División de Estudios de Posgrado, UNAM. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. ORCID: 0000-0001-7653-7363. drjamoreno@gmail.com.

Constitucionalmente plasmados en el artículo 1o. de la carta magna, se reivindicán las garantías individuales al traspasar la barrera de lo elementalmente jurídico hacia la naturaleza que le da origen y esencia al propio derecho, es decir la defensa del derecho a la vida, a la salud, a la libertad, a la individualidad, a la educación, tal como se expresa a continuación:

Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Por lo anterior, todas las personas tienen el derecho a la protección de la salud y, por ende, a obtener servicios oportunos, profesionales, idóneos y responsables; así el Estado está obligado a garantizar el otorgamiento de estos de acuerdo con lo establecido en la ley (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 28/05/2021, Derecho a la salud).

Una visión diferente de la salud desde los derechos humanos ha tomado una importancia capital en la vida de la sociedad mexicana. No puede hablarse de temas que afecten a las mujeres y sus hijos, sin tomar en cuenta dichos derechos.

II. LA ATENCIÓN MÉDICA DESEADA

Adquirido por mandato de ley, el derecho a la atención médica directa, oportuna y eficaz que deben recibir todas las personas, sin excepción cada vez que la requieran, debiera ser por mucho, el objetivo principal del Sistema Nacional de Salud si pretende cumplir con su responsabilidad social y el compromiso ético, acordes con los derechos humanos.

La atención médica representa el elemento nuclear dentro del contexto de la salud, y los esfuerzos institucionales deben orientarse en priorizar esta trascendente actividad cuyas acciones oportunas, eficaces y con alto grado de satisfacción de los usuarios, reflejan sin duda, el nivel de cumplimiento de su razón de ser.

La enseñanza y educación dentro de las unidades médicas son también fundamentales, frente a una rigurosa y delicada labor que exige un nivel de conocimiento y capacidad de respuesta frente a las enfermedades,

sin embargo se ubican en un plano de jerarquía subordinada frente a las necesidades urgentes de salud; es decir que ningún centro de salud, clínica u hospital tendría razones para priorizarlas en tanto no tenga resuelta la demanda de atención médica, pues aun cuando es esencial contar con un procesos internos de enseñanza-aprendizaje para el desarrollo académico y la capacitación de sus integrantes, no debe significar el descuido en la atención a los pacientes que propicia las malas prácticas, especialmente donde hay personal en formación.

La investigación, tradicionalmente ubicada en la cúspide de las funciones sustantivas en las unidades de tercer nivel de atención, si bien representa una actividad fundamental para el progreso del conocimiento científico y el crecimiento institucional, debe ser cuidadosamente estructurada y monitoreada, cuidando que contribuya a resolver los problemas de salud que afectan más a la población.

También la investigación, implica madurez, seriedad y compromiso, con un alto nivel de preparación de sus investigadores, y es obligado mantener una infraestructura adecuada, equipo y recursos financieros que hagan posible el posicionamiento tanto de la institución como de sus integrantes y al mismo tiempo, que genere conocimiento nuevo, de evidente utilidad para resolver los problemas de salud más importantes que causan enfermedad y muertes prematuras o injustificadas; es de destacarse la importancia que tiene en este rubro evitar conflictos de interés con empresas u organismos dedicados a la comercialización del desarrollo biotecnológico mediante proyectos que promueven fármacos o equipo médico.

Los mecanismos jurídicos establecidos en la Constitución para garantizar los derechos humanos, se vinculan con la obligatoriedad del Estado de tutelar el derecho a la protección de la salud, a partir de acciones que garanticen el acceso a los servicios necesarios sin restricción, no han sido suficientes ya que suceden de manera selectiva, bajo el argumento de la organización por niveles de atención, que si bien ha servido para ordenar el sistema, también ha sido justificación para deslindarse de la atención a una gran cantidad de personas que requieren y demandan servicios de manera urgente, frente a instituciones cuyos criterios y de admisión varían e impiden o afectan el otorgamiento de servicios.

En este contexto, el Sistema Nacional de Salud de México tiene aún grandes carencias y deficiencias en la prestación de servicios médicos que no han sido resueltas a pesar de tener elementos de diagnóstico para la mejora de la gestión, como ejemplo está el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, planteado por la *Joint Commission International*, modelo de evaluación que ha sido adaptado para México y

cuya utilidad aún es cuestionable no tanto por lo que pretende, sino porque está desfazado, toda vez que rebasa en sus exigencias a la realidad imperante en la mayoría de las unidades médicas, logrando no sólo, que no se cumplan los criterios, sino que se distraigan recursos y tiempo para preparar una evaluación externa, que frecuentemente no se aprueba.

Aún más resulta cuestionable la pertinencia de dicho modelo de evaluación que se orienta a mejorar la estructura, procesos y resultados, toda vez que se aplica dentro de ámbitos asistenciales tradicionalmente descuidados, con recursos insuficientes y con una discordancia organizativa entre las diversas instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, SSCDMX, SESA, Pemex, Sedena, Semar y por supuesto, la medicina privada, cuya eficiencia y capacidad resolutive frecuentemente está reducida, lo que genera una gran insatisfacción en los usuarios.

Tradicionalmente gran parte de los resultados se han medido más por la cantidad que por la calidad de los servicios ofertados y se recurre a las estadísticas partiendo de parámetros como: mortalidad, tasas de sobrevivencia, años de vida saludables, frecuencia de reacciones adversas a medicamentos, incidencia de caídas de camillas por mes, semestre o año; tasa de infecciones nosocomiales, por institución o por servicio, número de iatrogenias (Secretaría de Salud, 2012, s. p.).

Por otra parte, se ha hecho rutinario hablar de “calidad y calidez”, como atributos obligados para el otorgamiento de los servicios de salud, conceptos incorporados por una cultura administrativa contemporánea que ha permeado e influenciado todos los ámbitos de atención médica pero que cada uno los entiende diferente ya que frecuentemente es lo que menos perciben los enfermos o sus familiares.

Independientemente de las definiciones, conceptos y teorías sobre calidad, la satisfacción derivada de trámites expeditos y buenos resultados durante todo el proceso de atención seguirá siendo el mejor indicador que distingue si un establecimiento o institución cumple o no con el servicio esperado u ofertado.

Para lograr la satisfacción de los pacientes y su familia respecto a la calidad de los servicios, bajo el contexto de los derechos humanos, se requieren procesos adicionales como supervisión, monitoreo y corrección inmediata, continua con personal responsable; que identifique oportunamente y resuelva de manera prudente y respetuosa los problemas que se presentan en el día a día de la atención.

Con el fin de coadyuvar al buen desempeño en las unidades médicas, es menester conocer la opinión los pacientes y de sus familiares, mediante

una comunicación permanente, accesible, respetuosa y empática; no basta con apreciaciones subjetivas y tardías al finalizar el proceso y mediante empleados no vinculados directamente a la atención médica, más con el fin de cumplir con sus tareas administrativas; en ese sentido se plantean ejemplos de preguntas que permiten detectar algunas deficiencias sentidas:

1. ¿Cuántas veces tuvo que hacer largas filas esperando obtener una consulta o cita médica?
2. ¿Logró el ingreso al hospital cuando lo requirió y no obtuvo negativas o demoras injustificadas?
3. ¿La atención médica o quirúrgica urgente fue oportuna y eficaz para resolver su problema de salud?
4. ¿Le proporcionaron los medicamentos apropiados para calmar el dolor cada vez que los requirió?
5. ¿Cuántas veces recibió el apoyo del personal de salud (médicos, enfermeras, camilleros y afanadores) cuando lo requirió?
6. ¿Conoce usted su problema de salud y le han explicado con claridad y sencillez sobre el pronóstico?
7. ¿Ha recibido usted o sus familiares malos tratos, indiferencia, discriminación o falta de respeto?
8. ¿Está satisfecho hasta el momento, con la atención recibida?
9. ¿Ha obtenido lo que necesitaba para resolver su problema de salud?
10. ¿Fue atendido por alguna autoridad o personal responsable cuando lo solicitó?
11. ¿Recomendaría los servicios de esta unidad médica?

Un hecho frecuente que resulta contradictorio sucede cuando a pesar de que una unidad médica que está certificada o se ostenta como unidad médica de alta especialidad, recibe quejas frecuentes por insatisfacción de las personas usuarias originadas por carencias, deficiencias, malos tratos, falta de espacios dignos para atenderlas, malos resultados o malas prácticas.

La necesidad de contar con un espacio y personal destinado a orientar, resolver dudas o gestionar necesidades de paciente o familiares dentro de las unidades médicas, ha sido una idea despreciada. Si bien algunas instituciones cuentan con módulos u oficinas proyectadas para esos fines, los usuarios de los servicios desconocen de su existencia o su capacidad resolutive es muy restringida.

Un sistema fragmentado en el que las graves deficiencias administrativas repercuten en la operación de la atención médica a la población, atenta contra los derechos humanos y requiere algo más que declaraciones auto-

complacientes o comparaciones con sistemas de salud otros países. Visto de una manera seria y objetiva, requiere centrar la atención en la persona más que la enfermedad para humanizar la atención y a la vez aplicar los conocimientos científicos buscando mejores resultados, medidos en satisfacción comprobada, así como ampliar las capacidades de quienes trabajan en salud, y reorientar la atención mediante procesos más simples pero contundentes.

La innovación en salud debe tener como eje las necesidades de la población, pues mucho más allá de la modernidad tecnológica, requiere descubrir y crear nuevas maneras de prestar los servicios, potenciar nuevas capacidades laborales, nuevas formas de comunicarse y nuevas relaciones entre todos los involucrados.

Las “buenas ideas”, o “buenas intenciones” de nuevos gerentes o directivos no son suficientes para alcanzar los objetivos institucionales, cuando se adolece de inexperiencia o ignorancia, sumada a restricciones financieras o presupuestales, ya que conducen a las unidades médicas al incumplimiento de su misión de servicio por vicios reflejados en gestión irracional, desorden administrativo, áreas sucias o descuidadas, incompetencia técnica del personal, falta de definición clara de funciones, apropiación personal del cargo, conflictos de interés, o sueldos indecorosos (Sánchez, 2020, pp. 11-19).

Una administración ejemplar evita el desperdicio, contiene costos, genera mejores indicadores de impacto y de desempeño basados en evidencias recolectadas con disciplina y exigencia, obligadamente tiende puentes, no levanta barreras, y se conduce con una visión orientada por el respeto a los derechos humanos (Rincón, 2012, pp. 11-13).

El valor indiscutible pero limitado que tienen las estadísticas básicas que como profesionales de salud y como ciudadanos requerimos, no permite estimar los avances reales alcanzados y consecuentemente, la información resulta limitada y frecuentemente obsoleta y no es raro que provenga de fuentes poco confiables cuyos datos no necesariamente resultan veraces y menos aún comprobables; desafortunadamente la estadística mal usada conlleva el riesgo de hacer afirmaciones falsas.

III. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y LA SALUD MATERNA PRECONCEPCIONAL

Los derechos sexuales y reproductivos están reconocidos en leyes nacionales y documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros aprobados por consenso. Se basan en el reconocimiento del derecho elemental de todas

las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los embarazos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones respecto a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1994, s. p.).

Estos derechos juegan un papel fundamental en el diseño de políticas de salud que benefician a las mujeres antes y durante la gestación, pues es cuando se configura el futuro de las personas por lo que la salud pregestacional es un aspecto que no debe descuidarse a fin de procurar el desarrollo normal de los seres humanos antes de nacer.

Como ejemplo importante podemos mencionar el fenómeno de programación fetal que es un proceso de adaptación mediante el cual, la nutrición y otros factores ambientales pueden alterar las vías de desarrollo durante el periodo de crecimiento prenatal, induciendo con ello cambios biológicos en la nutrición intrauterina y el metabolismo postnatal, todos estos, responsables de los efectos a largo plazo y sus consecuencias para la salud de la descendencia y la susceptibilidad de los adultos a las enfermedades crónicas (Castro, 2020).

Algunos de estos factores resultan más importantes para el desarrollo de un individuo sano, y debieran considerarse prioritarios durante la atención prenatal: la edad materna, la nutrición, la ausencia de infecciones bucales, digestivas, genitales, urinarias, y en general la integridad del aparato reproductor para el buen desarrollo del embarazo y su resolución.

Por lo anterior también el Estado debe asumir su papel rector en favor de la salud de este sector de la población, mediante programas y acciones orientadas a resguardar la mayor cantidad de condiciones favorables para las futuras madres y sus hijos.

IV. MALOS TRATOS HACIA LAS PERSONAS DENTRO DE LAS UNIDADES MÉDICAS

En cualquier época de la vida la mujer enfrenta tratos irrespetuosos y ofensivos en las unidades médicas; estos se evidencian al recibir una negativa en la atención de urgencia, o en la falta de confidencialidad, el consentimiento informado incompleto, la negativa a proporcionarle sus medicamentos, la falta de privacidad o el realizar procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos, o por retenerlas al egreso por falta de pago. Esto puede acentuarse más en personas vulnerables.

Estos abusos dentro de diversos entornos sanitarios están relacionados frecuentemente con mal comportamiento del personal en clínicas y hospitales, centros de detención, orfanatos, centros de tratamiento para adicciones y de readaptación social, cuando llegan a negar manera injustificable, discriminatoria o arbitraria el tratamiento, o suministran tratamientos basados sólo en las existencias, que no eliminan el dolor o el sufrimiento, o que no tiene un propósito médico fundamentado. Según Amon Joseph (2010) estas acciones —e inacciones— pueden responder a la existencia o la ausencia de políticas médicas oficiales o por estar en contra de ellas, pero cuando ocurren, pueden configurar tortura, trato cruel, inhumano o degradante, en cuyo caso deben responder por sus acciones u omisiones.

V. VIOLENCIA Y FALTA DE RESPETO DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Una sección especial amerita este problema por su impacto sociomédico y biojurídico, y toda vez que las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto se hace indispensable abordar el tema del derecho a no sufrir violencia ni discriminación.

El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto representan una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales sobre la materia. En particular, las embarazadas tienen derecho a recibir un trato igual de digno que cualquier otra persona, a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información, a no sufrir discriminación y a obtener el mejor nivel de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva, por lo que esta anomalía no cabe hoy dentro de las relaciones sociales en nuestra sociedad.

Esta modalidad de violencia contra la mujer, ampliamente discutida pero poco aceptada, en particular por los obstetras, dada la terminología que adoptaron grupos diversos, generalmente no pertenecientes a la comunidad médica, es la mal denominada desde su origen, “violencia obstétrica”, término importado, desafortunado e inapropiado en el contexto de la práctica médica responsable, que tuvo un gran impacto mediático, por su facilidad para recordarse y para encuadrarla en un esquema de formas clasificadas del maltrato hacia las mujeres.

Resultaría paradójico considerar que en un acto médico dirigido a cuidar la salud y prevenir complicaciones, existiera alguna intención violenta implícita, sin embargo, cuando se analiza más a fondo el contenido del con-

cepto, se puede percibir aquella vieja, desatendida y reiterada conducta, que transcurrió en silencio durante décadas: el maltrato y la falta de respeto por parte del personal de las unidades médicas hacia las mujeres antes, durante y después del embarazo, que hoy se enarbola en un contexto por demás ignominioso (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Dado que los servicios de salud en general operan bajo esquemas asistenciales diversos, observamos cómo muchas mujeres sin cobertura de servicios de salud, a punto de parir buscan afanosamente el ingreso a una unidad médica, y cuando son recibidas, se enfrentan a una serie de prácticas —muchas rutinarias— por parte del personal de salud, tendientes más a desahogar el trabajo acumulado, bajo condiciones frecuentemente desfavorables que impiden un buen desempeño profesional y no siempre concordantes con la naturaleza del evento, con la intensidad de la experiencia que enfrentan las pacientes y sus familiares, sobre todo por la esperanza de recibir una atención que las haga sentirse seguras, máxime cuando perciben que este proceso es despersonalizado, bajo un esquema asimétrico donde emerge una diferencia entre quienes padecen la dolencia y los que tienen los medios para su alivio, todo esto agravado por el miedo de agudizar el maltrato por el simple acto de reclamar sus derechos (Castro, 2014, pp. 37-42).

El problema innegablemente es grave y vergonzoso, sin embargo, el tema resultó tan atractivo para varios sectores que aprovecharon el fenómeno ancestral vigente, y cotidiano en las áreas de consulta externa y hospitalización donde se atienden mujeres embarazadas o púerperas, por el ya conocido maltrato, que puso en las agendas emergentes la inequidad en las relaciones de saber/poder que regula la práctica médica dominante en los procesos reproductivos, sin importar si quien lo genera es hombre o mujer, profesional, practicante de salud, empleado administrativo y hasta el personal de vigilancia.

Lo preocupante es que estos comportamientos sigan sucediendo y además que puedan ser vistos como parte del sufrimiento obligado, especialmente por quienes acuden a servicios de salud gratuitos, al considerar que someterse a tratos diferenciados, irrespetuosos o indignos es parte del precio que deben pagar por recibir la atención médica. Estos comportamientos se hicieron parte de lo cotidiano y así, para muchas mujeres todavía les resulta difícil levantar la voz para reclamar el respeto a sus derechos primordiales, peor cuando ni siquiera los conocen. Esta situación es más notoria en los casos de mujeres en condición de pobreza, o por su pertenencia a diferentes etnias y grupos vulnerables.

Si a todo lo anterior, sumamos las dificultades en el acceso a los servicios de salud por la distancia, los gastos de traslado, alimentación, además

de que algunas indicaciones y procedimientos que aunque en su naturaleza no necesariamente implican violencia, sí en muchas ocasiones resultan excesivos, innecesarios o inapropiados (la tricotomía, los tactos vaginales repetidos, la aplicación de enemas, el uso de oxitocina, la amniorrexis, la aplicación de fórceps, la episiotomía y la cesárea), se refuerza la idea popular de agresión o violencia durante el proceso del parto, que aunque pueda resultar de utilidad para algunas personas es denostador para quien ejerce la obstetricia, más cuando trata de proyectar un entorno con bajos niveles de desarrollo moral y dentro de un sistema en el que poca importancia se le da a estos aspectos.

El momento cuando más se detecta reiteradamente el maltrato hacia la mujer, por medio de agresión verbal o psicológica, es durante el parto; estas agresiones se manifiestan mediante muestras de insensibilidad frente al dolor de la mujer, manteniendo silencio frente a sus preguntas, por medio de diversas formas como la infantilización de la parturienta, la discriminación y los tratos o comentarios humillantes (Belli, 2013, pp. 25-34).

Ante esto, han surgido puntos de vista distintos a la cultura médica dominante, como lo expresado por Feltri y Arakaki (2006):

Las acciones sanitarias, especialmente las intervenciones médicas, no son neutras. En ellas se producen y reproducen relaciones y enfrentamientos de poder, políticos, económicos, de saberes, de culturas, en la extensa variedad que la sociedad genera. Estas relaciones reflejan claramente una asimetría entre los actores formales e institucionalizados de la cultura dominante frente a las personas que se acercan solo porque necesitan ayuda médica.

En este orden de ideas surge la necesidad de refrendar el compromiso del personal de salud con los derechos humanos, toda vez que su actividad para el diagnóstico y tratamiento esté no sólo respaldada en la literatura científica avalada internacionalmente, sino equilibrada con un comportamiento humanizado hacia las mujeres en un momento de alta vulnerabilidad y con conducta empática con los compañeros de trabajo y con la propia institución que no sólo les brinda una fuente de trabajo sino que les demanda un comportamiento a la altura de su profesión.

La ruptura de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, desincentiva el que ellas busquen asistencia médica o que reaccionen negativamente ante ésta, por lo que para lograr mejorar el acercamiento a las unidades médicas resulta indispensable promover y exigir que, durante el embarazo, el parto y el puerperio se elimine el trato denigrante o despótico; aunque para eso se requiere tener en la mente tres

ideas: primera, que todo ser humano tiene dignidad; segunda, que la vulnerabilidad especial de la mujer durante el embarazo, el parto y después de éste requiere ahondar más el cuidado integral hacia ellas, y tercera, que cualquier práctica anómala no sólo generará consecuencias adversas en la salud de la madre y de su hijo sino el desprestigio de la obstetricia como especialidad.

VI. EL NACIMIENTO PRETÉRMINO

Un capítulo relevante en este contexto es el nacimiento prematuro no sólo por su alto impacto en la mortalidad, sino también por la discapacidad derivada de los daños orgánicos transitorios y permanentes principalmente neurológicos. Además de las consecuencias individuales y familiares que condicionan las secuelas —a veces permanentes—, también resulta económicamente grave para los sistemas de salud, debido al costo que implica la asistencia de un bebé prematuro (10 veces más que un bebé de término). (Instituto Nacional de Pediatría. Prematuridad y Retos Prevención y Manejo, 2018, Fascículo INP-CAV).

Desde otra perspectiva y dada la necesidad, tanto de generar conciencia social como de fortalecer la cultura sobre la protección de la salud y el cuidado perinatal, referente al embarazo, el parto y puerperio, se determinó en México, a partir de 2018, conmemorar el 9 de mayo el Día Nacional de la Salud Materna y Perinatal, que entre sus objetivos principales tiene: retomar la importancia de la salud en los primeros mil días de vida de un ser humano (desde el momento de la concepción hasta los dos años de edad), a partir de acciones y directrices orientadas a mejorar el estado nutricional, metabólico y sistémico de los futuros padres, de la gestante, del feto y los primeros dos años de la vida posnatal, por ser el período de mayor plasticidad y vulnerabilidad en el que se establece la seguridad o el riesgo para la salud presente y futura.

Por lo anterior, todo sistema de salud debe considerar en todo momento, varias acciones en beneficio de las mujeres en etapa reproductiva con el fin de disminuir al máximo la mortalidad neonatal y los daños perinatales derivados de una gestación complicada, a saber:

- Educación sobre implicaciones y responsabilidades derivadas del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente durante la adolescencia.
- Estrategias de planificación familiar y anticoncepción.

- Prevención de embarazos y espaciamiento de los nacimientos.
- Prevenir, detectar y tratar oportunamente infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Promover la nutrición saludable, incluyendo la suplementación con micronutrientes.
- Promover estilos de vida saludables y evitar adicciones.
- Disminuir riesgos ambientales (contaminación del aire exterior e interior, exposición al “humo de segunda mano” en fumadores pasivos).
- Disminuir los factores que originan estrés materno, violencia intrafamiliar y laboral.

Como puede apreciarse el asunto es muy complejo y sólo puede atacarse por medio de planes de acción donde la corresponsabilidad sea el factor que haga posible lograr disminuir la incidencia de complicaciones.

VII. LA SALUD NEONATAL E INFANTIL

Dado que el recién nacido se configura desde antes de la concepción, es indispensable considerar que tanto la mujer como el varón deberían contar con un estado de salud óptimo antes de buscar el embarazo. La nutrición sana, el consumo de ácido fólico y evitar la exposición a cualquier sustancia nociva al organismo, debiera ser el común denominador durante esa etapa en la que los cambios de crecimiento y maduración son tan rápidos, sobre todo los del cerebro que determinan muchas de las habilidades futuras, por ello es vital apoyar, reforzar, y cuidar estas capacidades en esta etapa en la que se favorecen las oportunidades que ese niño tendrá en la edad adulta.

Tal como lo declara la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud tiene diversas determinantes sociales y la salud de la infancia es quizá el mejor ejemplo, toda vez que “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. Estas fuerzas involucran a los sistemas económicos, políticos y sociales. En ese orden de ideas, el nivel de salud de la niñez se debe en gran parte a los avances del desarrollo económico y social de los países, la consolidación de los procesos democráticos, el fortalecimiento de los sistemas de salud y el compromiso político de los países para atender las necesidades de salud de sus poblaciones, especialmente en grupos vulnerables (Organización Panamericana de la Salud, s. f.).

Reconociendo que millones de niños del mundo entero no logran desarrollar todo su potencial, invertir en ayudas amplias al desarrollo en la primera infancia, accesibles para todos los niños, es un paso fundamental hacia la consecución de la justicia para la salud durante toda la vida; los gobiernos deben realizar esfuerzos para superar la exclusión, la inequidad y los obstáculos para el acceso y la utilización oportuna de los servicios de salud integrales. También deberían adoptar mejores medidas intersectoriales para influir en las políticas, los planes, la legislación y los reglamentos que abordan dichos determinantes sociales de la salud, así como en la acción conjunta en este sentido más allá del sector de la salud (Asamblea Mundial de la Salud, 2009).

VIII. NUTRICIÓN Y DESNUTRICIÓN

Los niños, niñas y adolescentes se ven afectados por la doble carga de malnutrición (tanto desnutrición como sobrepeso y obesidad):

- 1 de cada 10 niños y niñas menores de 5 años en México registra desnutrición crónica.
- 1 de cada 3 niños y niñas de 6 a 11 años presenta sobrepeso y obesidad.

Para atender la doble carga de la malnutrición en México, el Sistema Nacional de Salud en un acto de congruencia y sensibilidad hacia el trabajo de grupos de profesionales organizados como UNICEF (2018a) debería no sólo mantener sino fortalecer los mecanismos de detección oportuna de todas las formas de malnutrición, promover la práctica de la lactancia materna y los entornos escolares saludables, así como reducir la ingesta de alimentos ultra procesados y de bebidas azucaradas, sobre todo en las zonas más pobres.

Crecimiento y desarrollo en entornos favorables

El crecimiento y desarrollo son los elementos de mayor utilidad para determinar el estado de salud de los pacientes en edad pediátrica. Sólo por medio de observaciones y mediciones repetidas con intervalos regulares y graficadas en curvas estandarizadas, puede evaluarse el crecimiento, a diferencia del desarrollo que está relacionado con la adquisición de funciones

mediante procesos bioquímicos y fisiológicos progresivamente complejos a través del tiempo, vinculados tanto a la maduración como a la adaptación (UNICEF, 2018a, s. p.).

Al revisar el análisis sobre la situación de la infancia en México, avances y retos para la garantía de sus derechos, UNICEF (2018a) señala lo siguiente:

- Ocho de cada diez niñas y niños de 6o. de primaria no alcanzan los logros esperados en las áreas de lenguaje y comunicación.
- Casi 3 de cada 10 adolescentes de entre 15 y 17 años se encuentran fuera de la escuela.
- 6 de cada 10 niñas y niños de 1 a 14 años han experimentado algún método de disciplina violenta.

Por lo anterior y con la finalidad de aumentar los índices de aprendizaje y calidad educativa en México, es necesario hacer pertinentes los procesos educativos mediante una mayor responsabilidad y compromiso social con una conciencia que respete el derecho humano a la educación y superación por medio del conocimiento universal, sin dogmatismos, tomando en cuenta los contextos en que viven niñas, niños y adolescente; asimismo, fortalecer los sistemas de alerta temprana en todos los niveles para que la información recibida por las autoridades educativas sea aplicada en la prevención del abandono escolar (UNICEF, 2018, s. p.).

IX. HÁBITOS SALUDABLES

Especialmente para los niños, es importante que los gobiernos asuman el gran compromiso que significa el crecimiento y el desarrollo saludables y para ello, tanto en los hogares como en las escuelas se hace necesario inculcar una cultura orientada a cuidar su salud mediante alimentación integral variada y balanceada propiciando que se haga en familia; facilitar el acceso al agua para beber y enseñarlos a evitar las bebidas envasadas; la higiene dental; dormir bien, hacer ejercicio físico; el aseo frecuente de manos; disminuir el uso de pantallas, videojuegos, televisión; fomentar el hábito de la lectura, deportes, manualidades, música o cualquier otra actividad constructiva, que además les permita socializar con otros niños, aprender valores como el respeto, la solidaridad y la tolerancia y a la vez evitar conductas violentas (UNICEF, 2018b, s. p.).

La cultura del orden y la limpieza ayudará a los niños a valorar más lo que tienen, aprenderán también el respeto por el medio ambiente y los animales y desde luego a fomentar los principios y valores universales, deseables en todas las sociedades contemporáneas en un mundo por demás convulsionado por las adicciones, la violencia, la inseguridad y el crimen organizado y la falta de compromiso.

X. VACUNACIÓN INFANTIL

Las vacunas constituyen uno de los avances más importantes en materia de salud y desarrollo en el mundo. Durante más de dos siglos, las vacunas han reducido de manera segura el flagelo de enfermedades como la poliomielitis, el sarampión y la viruela, y han ayudado a los niños a crecer con mucho menor riesgo de enfermar.

Las vacunas se consideran hoy uno de los medios más rentables para promover el bienestar mundial. Funcionan como un escudo protector, pues mantienen a las familias y a las comunidades a salvo de las enfermedades. A pesar de estos beneficios duraderos, los niveles de inmunización siguen siendo bajos.

La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), advirtieron que en todo el mundo se ha producido una alarmante reducción en el número de niños que reciben vacunas para salvar sus vidas. Esto se debe a las interrupciones en la prestación y la asimilación de los servicios de inmunización causadas por la pandemia de COVID-19. Según los nuevos datos de la OMS y UNICEF, estas interrupciones amenazan con revertir los avances logrados con tanto esfuerzo para llegar a un mayor número de niñas, niños y adolescentes con una gama más amplia de vacunas; estos progresos ya habían sufrido los efectos de una década de estancamiento de la cobertura (UNICEF, 2020).

En México no se dispone de información confiable que permita estimar las coberturas reales de vacunación toda vez que las coberturas de vacunación reportadas en diferentes encuestas nacionales y locales ponen de manifiesto una divergencia sustancial. En los reportes oficiales hay una constante sobrestimación de las coberturas que ha creado a una “falsa sensación de seguridad”. Además de limitarse la posibilidad de proteger a toda la población, esto constituye en una barrera que impide el análisis crítico del Programa Universal de Vacunación y sugiere que la cobertura real de vacunación en México podría ser mucho menor que la que se informa oficialmente (Hernández-Ávila, 2020, s. p.).

XI. EL MALTRATO INFANTIL

En México, 6 de cada 10 niñas y niños de 1 a 14 años han experimentado algún método de disciplina violenta y los factores de riesgo para el maltrato infantil existen en los ámbitos individual, familiar, comunitario y social, como mala alimentación que se traduce en: desnutrición, sobrepeso u obesidad; faltar a la escuela con frecuencia, pedir comida o dinero, o bien robarlos; carecer de atención médica o dental (caries, pérdidas de piezas dentales, gingivitis); no tener el esquema de vacunación o estar incompleto para su edad; no tener ropa suficiente para protegerse del clima; oler mal, estar sucio o desaliñado, inclusive con parásitos externos o internos, usa alcohol u otras drogas, presenta mal comportamiento o trastornos conductuales (UNICEF, 2018a).

Todo lo anterior, orienta a la probabilidad de que el maltrato haya ocurrido, ocurra, se repita o cese; como quiera que sea, toda agresión u omisión intencional, física, sexual, psicológica o negligente, contra una persona menor edad, antes o después de nacer, afectará gravemente su integridad biopsicosocial a corto, mediano o largo plazo.

XII. CONCLUSIONES

La salud es un bien supremo, sin el cual difícilmente se pueden ejercer los demás pues si bien “la salud no lo es todo, sin ella todo lo demás es nada” (Schopenhauer).

La salud no se valora lo suficiente ni por las personas a quienes afecta directamente, mucho menos a los gobiernos para los cuales, la salud, junto con la educación nunca han sido redituables para las estructuras del poder.

Para quien reconoce y respeta la dignidad de las personas, es de esperarse que su primera consideración sea siempre la persona misma, el reconocimiento y respeto de su condición humana, por lo que jamás aceptará que en el ámbito médico una mujer o un niño sean ignorados, maltratados, discriminados, humillados o utilizados como medio para obtener un beneficio personal o grupal. Esta postura permea hacia todas las esferas de su vida y defiende la igualdad jurídica, social, familiar, laboral y política.

Los sistemas de salud requieren algo más que asignar un presupuesto suficiente que garantice servicios oportunos y eficaces, es decir que resuelva las necesidades de la gente en el momento en que se puede detener la enfermedad y evitar daños mayores, también debe trabajar sobre el trato digno y respetuoso en todos sus espacios donde tiene trato con el público a quien se debe.

Los profesionales de la salud tienen doble o triple obligación profesional pues no sólo deben conocer de su materia, también deben apearse al marco jurídico y normatividad vigente y además poseer un marco axiológico que les permita definir no solo sus límites y formas de trabajar y de actuar en situaciones frecuentemente complejas o adversas, sino todas las consideraciones de corte ético y humanístico que pueda brindarle desinteresadamente a toda persona que siente amenazada o tiene afectada su salud.

El mínimo ético para cumplimiento obligado es la ley pero quien no respeta la ley escrita y vinculante, difícilmente respetará la ley moral y carecerá de un marco de principios y valores morales que le ayude a tomar las decisiones menos malas frente a los graves problemas que la pérdida de la salud impone a todos.

A pesar de que pareciera que todos los profesionales de la salud saben cómo comportarse frente a una persona que carga un enorme peso físico y emocional: dolor, cansancio, angustia, incertidumbre, temores, todavía sienta la agresión de quien espera recibir si no solución efectiva para su enfermedad, cuando menos algo de compasión o empatía.

XIII. FUENTES DE CONSULTA

- Amon, J. (2010). Maltrato a los pacientes. La complicidad de los profesionales de la salud en la tortura y el trato cruel, inhumano o degradante. *Human Rights watch*. <https://www.hrw.org/es/world-report/2010/country-chapters/259051#293575>
- Asamblea Mundial de la Salud. (2009). *WHA62.14 Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-sp-P2.pdf
- Belli, L. F. (enero-junio 2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, Año 4, 1 (7), 25-34.
- Castro, M. J. (2020). Programación fetal. *Revista Digital de Postgrado*, 9(2), Universidad Central de Venezuela, DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2020.9.2.e214>
- Castro, R. y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 19(1), 37-42.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (CNDH) (s.f.). *Derechos humanos*. <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/derecho-la-salud>
- Diario Oficial de la Federación. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (fecha de consulta 28-05-2021).

- Feltri A., Arakaki, J., Justo, F., Maglio, F., Pichún, F., Rosenberg, M., Spinelli, H., Testa, M., Torres, A., Ynoub, R. (2006). Salud reproductiva e interculturalidad. *Salud Colectiva*, 2(3), 293-310.
- Hernández-Ávila M., Palacio-Mejía, L., Hernández-Ávila, J., Charvel, S. (abril 2020). Vacunación en México: coberturas imprecisas y deficiencia en el seguimiento de los niños que no completan el esquema. *Salud pública de México*, 62(2), 215-224 (fecha de consulta 23 de febrero de 2023).
- Instituto Nacional de Pediatría. (2018). *Prematuridad y retos, prevención y manejo. Fascículo INP- CAV*. https://www.pediatría.gob.mx/archivos/fasciculo_prematurez.pdf
- ONU (septiembre,1995) *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, 5-13.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (s. f.). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*.
- Rincón Gama S. (2012). Los sistemas de salud y la triple meta en Latinoamérica. *Revista Vía Salud*, 16(3), 11-13.
- Sánchez Canales, A. (2020). ¿Cuánto dura una curva de aprendizaje? *UNAM. Seminario de Educación Superior Campus Milenio*, 876, 11-19.
- Secretaría de Salud (2012). El hexágono de la calidad. Alcántara Balderas, M. (Coord.) *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*. Secretaría de Salud.
- Torres Serrano, A. R. (2002) Crecimiento y desarrollo. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 14, 54-57.
- UNICEF México. (julio 2020). *La OMS y UNICEF advierten sobre una reducción en la cobertura de vacunación durante la COVID-19*. <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa>.
- UNICEF.(2018a). *Análisis sobre la situación de la infancia en México. Avances y retos para la garantía de sus derechos*.<https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/analisis-sobre-la-situacion-de-la-infancia-en-mexico>
- UNICEF.(2018b). *Guía para facilitadores y facilitadoras del programa de promoción de hábitos saludables*. <https://www.unicef.org/bolivia/media/251/file/bol-unicef-sesamo-listos-a-jugar-2018.pdf>