

**CRITERIOS MINIMOS EN PREVENCIÓN  
Y PROMOCIÓN DE LA SALUD  
MATERNO-INFANTIL**

**MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA**  
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

24 de Junio de 1992

Este documento es consecuencia del trabajo de coordinación durante 10 años de diversos grupos de trabajo, de publicaciones y del trabajo de muchos profesionales dedicados a diferentes áreas de salud materno-infantil. Destacamos, por ejemplo el grupo de trabajo que elaboró el Plan de Centros de Planificación Familiar, presentado el 13 de febrero de 1.984 ó el que elaboró el Programa y la Guía de apoyo sobre PPO en 1.985. Pero específicamente se ha trabajado en la elaboración de criterios mínimos por parte de dos grupos técnicos, uno dedicado a prevención, cuyas conclusiones fueron en su día aprobadas por el Consejo Interterritorial de Salud y otro dedicado a criterios mínimos de promoción de la salud materno-infantil. Los profesionales integrantes de estos dos últimos grupos de trabajo que han dado lugar realmente a este documento se relacionan a continuación:

**D. José Domingo Alvarez**

**C.A. de Cantabria**

**D<sup>a</sup> Mercedes Andrés Celma**

**C.A. de Valencia**

**D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Jesús Armendariz Alonso**

**C.A. de Castilla-León**

**D<sup>a</sup> Carmen Azcárate Bang**

**C.A. de Canarias**

**D. Joaquín Bellón Martínez**

**C.A. de Baleares**

**D. José Luis Bilbao**

**Ministerio de Sanidad y Consumo**

**D. Javier Cerrolaza**

**C.A. de Madrid**

**D. Juan Delgado**

**C.A. de Galicia**

**D. Miguel Angel Fisac de Diego**

**C.A. de Castilla-León**

**D. Jesús García Cuadrado**

**C.A. de Murcia**

**D<sup>a</sup> Eva Lamote de Grignón**

**C.A. de Aragón**

**D. Francisco López Rois**

**C.A. de Galicia**

**D. Pablo Martín Fontelles**

**C.A. de Madrid**

**D. Luis Martín Alvarez**

**C.A. de Madrid**

**D. Juan Mellado**

**C.A. de Andalucía**

**D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Jesús Redondo Gallego**

**Ministerio de Sanidad y Consumo**

**D<sup>a</sup> Dolores Salas Trejo**

**C.A. de Valencia**

**Coordinadores**

**D<sup>a</sup> Sagrario Mateu Sanchís**

**Dirección General de Salud Pública**

**D. José Luis Prieto Alonso**

**Dirección General de Salud Pública.**

## 2.- PRESENTACION.

La Ley 30/85 General de Sanidad faculta a las Comunidades Autónomas para que asuman las competencias en salud pública, teniendo el Ministerio de Sanidad la obligación de armonizar y homogeneizar las actividades que realicen en aras de conseguir los principios básicos que la inspiran, de atención universal y equidad en todo el territorio.

La Salud Materno-Infantil es un área fundamental en tanto que comprende al individuo en todo su proceso vital, la reproducción, la mujer, el niño y su desarrollo hasta que se inicia la etapa de la reproducción, cerrando así el ciclo.

Puesto que el proceso vital no es una enfermedad, no lo es el embarazo, ni la menopausia, ni el crecimiento, ni la adolescencia, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son consustanciales a este área de la salud.

Pero las peculiaridades de las etapas de la vida hacen que se precisen en cada una de ellas las actuaciones sanitarias específicas.

Existen un conjunto de objetivos, criterios para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y actividades con los mismos fines que constituyen un **programa básico de salud materno-infantil**. Este programa viene desarrollándose en todas las CCAA. de forma más o menos dispersa en sus diversos subprogramas, con desigual cobertura en cada unas de ellas, con prioridad de unos aspectos sobre otros según el territorio de que se trate.

Hace ya tiempo que las administraciones sanitarias, local con competencias en salud, autonómica y central vienen haciendo un esfuerzo real para homogeneizar las actuaciones de los diversos

subprogramas y por llegar a la elaboración de unos criterios básicos, mínimos y homogéneos que permitan en lo fundamental garantizar una igualdad de atención en salud materno-infantil a todos los españoles.

En el seno del Consejo Interterritorial empieza a plasmarse este trabajo y el pleno del 4 de junio de 1.990 aprueba un conjunto de **criterios mínimos** y unos compromisos para continuar trabajando en este sentido y poder implantar en todas las CCAA un programa de salud materno-infantil, común en sus contenidos fundamentales.

Este documento fruto de la continuidad del trabajo en el tiempo y de las aportaciones de numerosos profesionales en todos los aspectos que tienen relación con la salud materno-infantil, pretende recoger esos criterios básicos que en prevención y en promoción de la salud se necesitan.

### 3.- INTRODUCCION

La situación actual que enmarca hoy la atención en salud materno-infantil está definida por las siguientes características:

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

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

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

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

d) **La aparición de nuevas tecnologías**. Que permiten una detección precoz de factores condicionantes, situaciones de riesgo, así como de daños potencialmente evitables a la embarazada,

al feto y al niño, mayor accesibilidad al control del embarazo, atención al parto y puerperio.

Por razones didácticas el programa de salud materno-infantil debe dividirse en subprogramas, todos naturalmente interrelacionados entre sí, pero con características y actividades específicas diferentes entre ellos.

Está fundamentalmente dividido en dos grandes áreas:

**Salud de la mujer**

**Salud del niño.**

**La salud del niño** se promocionará a través de **seis grandes grupos** de actividades:

- \* Prevención de minusvalía psíquica.
- \* Vigilancia del niño hasta los 14 años.
- \* Promoción de la salud de los escolares.
- \* Nutrición.
- \* Prevención de accidentes.
- \* Salud bucodental.

**La promoción de la salud de la mujer** abarcará las siguientes grandes áreas de actividades:

- \* Atención a la planificación familiar.

\* Detección precoz de cánceres ginecológicos.

\* Atención a los trastornos del climaterio.

\* Atención al embarazo, parto y puerperio.

\* Consejo genético y diagnóstico prenatal.

El embarazo, parto y puerperio, incluido el Diagnóstico Prenatal en aquellos embarazos que presentan riesgo de malformaciones constituyen el tema fundamental dentro del área de la mujer así como la satisfacción del derecho a que los embarazos sean deseados y en condiciones óptimas a través de la planificación familiar.

También la promoción de la salud en el climaterio y los procesos prevalentes en esta etapa de la vida, incluidos la detección precoz de cáncer de cervix y de mama.

En el área de la salud del niño son prioritarios los programas de seguimiento del niño sano, incluidos los que se refieren al ambiente escolar, nutrición, etc. Siendo fundamental en este programa la detección precoz de minusvalías bien debidas a malformaciones congénitas, o debidas a accidentes infantiles cuya prevención es otro de los aspectos importantes del programa de salud materno-infantil.

## **4.-OBJETIVOS DEL DOCUMENTO.**

### **4.1.- General.**

El objetivo de este documento es proporcionar directrices a los profesionales que realizan atención en salud materno infantil en el área de la promoción de la salud y la prevención de procesos patológicos, a través de la detección de los factores de riesgo que puedan permitir la realización de actuaciones sanitarias.

El ámbito de aplicación de este programa es fundamental en la Atención Primaria de Salud, como ya quedó plasmado en el pleno del Consejo Interterritorial donde se aprobaron los criterios mínimos de prevención por todas las CCAA., naturalmente en coordinación imprescindible con la Atención Especializada en el ámbito del área de salud.

Los objetivos generales, por tanto de la promoción y prevención de la salud materno infantil son alcanzar cobertura universal en todos aquellos aspectos básicos de este área y disminuir la morbimortalidad materna e infantil, que en estos momentos es comparable al resto de los países desarrollados, a través de los factores principales que son causa de la misma, como son la atención obstétrica, la prematuridad, las malformaciones congénitas y los accidentes infantiles.

### **4.2 Específicos**

El problema fundamental son las minusvalías, por lo tanto es objetivo específico disminuirlas, bien debidas a alteraciones congénitas, genéticas o ambientales, o bien debidas a accidentes.

Sobre todo hay que disminuir la incidencia de alteraciones congénitas durante el embarazo, mediante el diagnóstico prenatal y en el niño mediante el diagnóstico neonatal precoz.

Los embarazos de riesgo son básicamente los debidos a menores de 19 años y los de mujeres mayores de 35 años, también aquellos que se producen en mujeres de poblaciones marginales,

como drogadictos, pero la dificultad es hacer llegar los servicios de salud a poblaciones marginadas, porque suelen presentar características específicas, como en la población gitana la consanguinidad, que precisa también actuaciones concretas.

Es imprescindible disminuir además la mortalidad por causas externas (accidentes) en la población infantil y la debida a cáncer de mama y de cervix en las mujeres.

## **5.- ACTIVIDADES.**

### **5.1.- De promoción:**

En lo que se refiere al embarazo, incluyendo el diagnóstico prenatal, parto y puerperio, es preciso concienciar a la madre en primer lugar y también al padre de la importancia de su salud para ella misma, y como transmisora de vida y de salud que es potenciar sobre todo su responsabilidad ante la propia salud y la importancia de su autocuidado. Estas actividades se desarrollaran sobre todo a través de la Educación Maternal y del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.

Este da una respuesta satisfactoria a la necesidad de que la Maternidad sea una vivencia positiva para la mujer, el hijo y su entorno. Una adecuada aplicación del mismo debe incidir, de manera directa, en el aumento de la salud y bienestar de la familia.

La Psicoprofilaxis Obstétrica reúne las siguientes características sanitarias:

Es muy importante la magnitud de población susceptible de ser atendida (todas las embarazadas), así como facilitar la información y educación sanitaria de la embarazada respecto a la preparación al parto, puerperio y cuidados del recién nacido.

Es una medida preventiva de morbilidad y mortalidad maternal, fetal e infantil y representa un elemento básico para un sistema humanizado de atención sanitaria del embarazo y parto.

Es un mecanismo útil para la distribución y evaluación de la Cartilla Sanitaria de la Embarazada y de la Cartilla de Salud Infantil, considerados instrumentos básicos de promoción de la salud.

La Psicoprofilaxis Obstétrica satisface el derecho que toda gestante y su familia tienen a una

participación activa, positiva y consciente en el proceso de su embarazo, parto y puerperio, armonizando la nueva tecnología obstétrica con el máximo respeto a la humanización de las

relaciones neonato-unidad familiar, imprescindibles para el correcto desarrollo biopsicosocial del recién nacido.

La recuperación del parto como acontecimiento familiar, vivido con la alegría del protagonismo y la seguridad de la técnica, marcan las tendencias actuales de la asistencia obstétrica.

Por ello, las actividades básicas de la Psicoprofilaxis Obstétrica son:

Promocionar hábitos de conducta que aumentan el nivel de salud y bienestar de las mujeres ofreciendo a la mujer y a la pareja y la información y atención necesaria que facilite su protagonismo en el proceso de cambio que supone el nacimiento de un hijo, eliminando las ideas erróneas y distorsionadas referentes al embarazo, parto y puerperio.

Colaborar con las mujeres gestantes y sus familiares para que afronten el embarazo, parto, puerperio y crianza del hijo como un período crítico pero no mórbido, de modo que la mujer pueda desarrollar su ser madre, ser mujer y ser social, promocionando en las parejas actitudes más sanas sobre las relaciones familiares y atendiendo la relación materno-infantil, de cara a la consecución de mayores niveles de salud infantil.

Desde este programa se realizará promoción de la lactancia materna, ya que es el mejor método para una adecuada nutrición y desarrollo físico y emocional del niño.

También contempla contenidos de educación sanitaria sobre cuidados del puerperio, cuidados del recién nacido y planificación familiar apropiada para esta etapa, siendo muy importante la visita puerperal a domicilio en todos aquellos embarazos de riesgo físico y psicosocial, pudiendo realizarse también en los demás.

Debe informarse igualmente a la población general sobre los riesgos de malformaciones en el embarazo. Es muy importante la información individual a través del profesional sanitario.

Es igualmente preciso realizarla a toda la población con aquellos mensajes que se refieren a temas de riesgo definido, tales como personales, familiares, biológicos, debidos a agentes físicos, químicos y hábitos personales y sociales.

Entre los personales y familiares se encuentra la **edad de los padres**; fundamentalmente la edad de la madre. A partir de los 35 años aproximadamente está comprobado que a medida que aumenta la edad aumenta el riesgo de malformaciones, como por ejemplo el síndrome de Down. La edad paterna cuando supera los 55 años también puede influir en la presencia de alteraciones cromosómicas. El origen en ambos casos estaría en que a partir de estas edades los gametos en la meiosis sufrirían errores que originarían estos defectos.

Asimismo hay que considerar dentro de este grupo la **cosanguinidad** por los conocidos efectos de manifestar defectos recesivos y la existencia de antecedentes de **niños anteriores malformados**.

Los **problemas de fertilidad en los padres** se ha visto que también están estadísticamente asociados con una mayor presencia de defectos congénitos en su descendencia, que por razones parecidas a los de la edad de los padres.

Algunas **enfermedades maternas** como la diabetes o distiroidismos.

En diabetes sobre todo se han visto asociadas anencefalias y displasias caudales. Las alteraciones del metabolismo tiroideo se han visto asociadas a una mayor frecuencia de malformaciones cromosómicas aunque no muy específicas.

Entre los agentes **biológicos**, destacaríamos:

Enfermedades infecciosas maternas. Desde el estudio clásico de Gregg en Australia sobre la

producción de malformaciones tras una epidemia de rubeola se ha visto que las enfermedades infecciosas pueden producir este tipo de alteraciones, algunas veces con patrones muy específicos.

Las enfermedades agudas maternas pueden producir alteraciones, también por los efectos que producen en el organismo; así por ejemplo el aumento de temperatura que producen algunas enfermedades comunes puede ser la causa de abortos o de alteraciones congénitas cuando no se produce el aborto.

De todos es conocido que las **radiaciones y el calor extremo** pueden influir en la producción de malformaciones congénitas.

Entre los **factores químicos** hay un grupo de fármacos como los antineoplásicos o como determinados colorantes o sustancias químicas laborales que se asocian con la presentación de determinadas malformaciones o de abortos espontáneos más o menos precoces.

De los **hábitos sociales** vamos a destacar tres, el primero de ellos es el tabaco que se asocia no sólo con un bajo peso al nacer que puede ser lo más llamativo, sino también con una serie de problemas de crecimiento del niño postnatalmente y defectos madurativos de la organogénesis.

El alcohol en grandes cantidades está asociado a un síndrome perfectamente definido; pero en pequeñas cantidades no se sabe el efecto que puede producir como tóxico celular que es, se le considera hoy el primer agente externo causante de malformaciones.

Las drogas recreativas per se o por los estilos de vida que llevan las personas que las consumen se asocian con problemas durante el embarazo y con síndromes de abstinencia en el recién nacido.

las actuaciones en **planificación familiar** van a incidir directamente y sobre todo en la calidad de vida de la población.

El criterio fundamental para la promoción de la salud es el potenciar la conciencia de que es una

decisión personal ante la propia salud y la reproducción y que es un derecho de la persona a vivir de manera sana y satisfactoria su sexualidad y su reproducción, independientemente de que tenga o no

pareja y que constituya o no con ella una familia.

En este tema hay que hacer una especial incidencia en los grupos riesgo.

Para menores de 19 años es fundamental la información en educación sexual y anticoncepción postcoital por ser grupo que la precisa especialmente, facilitándoles el acceso con medidas como que no precisen cita previa, no precisen cartilla mientras no exista la cartilla individual, posibilidad de atención en grupo, pandilla, etc, atención "informal", métodos anticonceptivos gratuitos, espacio propio, etc.

Es preciso elaborar estrategias adecuadas para facilitar y mejorar el acceso de los jóvenes.

Durante la edad adulta hay que incidir en los hábitos saludables que pueden interferir en el proceso de la gestación, los espacios intergenésicos adecuados y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

En las mujeres mayores de 35 años es clave la información sobre los riesgos sobre todo de malformaciones de causa genética y la necesidad de controlar el embarazo que se produzca a esa edad bajo las actuaciones específicas de diagnóstico prenatal.

Hay que elaborar estrategias de captación, información y educación para aquellos grupos de mujeres pertenecientes a poblaciones marginadas como la gitana o los que sufren marginación social, por drogas, emigración, etc.,incidiendo en este último caso, especialmente, en todos aquellos mecanismos de cooperación sectorial.

Hay que realizar actividades de promoción respecto a las ETS especialmente ante la población joven y recordar su importancia en la producción de infertilidad. Estas ETS se tratarán más

ampliamente por el área de enfermedades transmisibles.

La esterilidad es un problema hoy importante debido al descenso de la natalidad y al hecho concomitante de que los hijos son cada vez más deseados y es un tema en el que se debe realizar una labor de información y educación además de importantes acciones preventivas.

Los cambios fisiológicos que ocurren en la mujer durante el climaterio necesitan ser atendidos fundamentalmente mediante una labor de educación sanitaria e información. Esta atención puede y debe prestarse en gran parte a nivel de Atención Primaria.

Se deben fomentar en la población general, previamente a llegar a esta etapa hábitos de vida sanos, especialmente el ejercicio que debe practicarse con regularidad desde la juventud y la nutrición correcta, y en la etapa del climaterio aquella que específicamente puede prevenir procesos prevalentes, como el consumo de calcio para evitar osteoporosis y fracturas consiguientes.

En lo referente al niño, la promoción de la salud debe descansar básicamente en la educación y en la iniciación de hábitos saludables y en la promoción del deporte, haciéndolo además como alternativa a otros comportamientos sociales negativos. Es imprescindible la información e implicación de los padres en la promoción de la salud del niño.

La educación durante la etapa escolar abarcará los temas fundamentales de alcohol, tabaco, droga, deporte, nutrición, ETS, educación sexual, prevención de embarazos, uso de TV, accidentes infantiles, integración social, salud mental, alteraciones del comportamiento y salud bucodental.

En lo que se refiere a la **nutrición** hay que identificar las situaciones que requieren atención especial, insistiendo en los hijos de las primiparas y de madres solteras que no suelen tener suficiente información y apoyo.

Hay que realizar actividades de promoción de la salud orientadas a informar a la población para cambiar hábitos y comportamientos que puedan llevarnos a disminuir los accidentes infantiles.

## 5.2.-De prevención.

Las actividades de prevención de procesos patológicos durante el embarazo, el parto y puerperio más importantes son:

La captación precoz de la embarazada por su probada relación con la mejora de la morbimortalidad materna e infantil y el **seguimiento del embarazo normal** mediante controles periódicos que incluirán como mínimo las siguientes pautas:

2 consultas en el primer trimestre, la primera lo antes posible y la segunda antes de las 12 semanas.

Una visita en el segundo trimestre alrededor de la 20 semana y siempre antes de la 22.

2 consultas en el tercer trimestre, la primera entre la 26 y la 28 semana y la siguiente entre la 34 y 36 semanas.

Durante el control del embarazo se deberá estudiar la posibilidad de realizar **tres**

**ecografías**. Consideramos que deben hacerse tres ecografías a lo largo del embarazo por las siguientes razones:

La primera antes de las 12 semanas para confirmar la fecha de la última regla y valorar la vitalidad del feto. Puede producirse por ejemplo un aborto diferido y en este caso por la producción de PDF cuanto más tiempo pase más problemas de coagulación se pueden presentar en la mujer.

La segunda ecografía pensamos que debe ser alrededor de la semana 18-20, porque en este momento se pueden detectar algunas malformaciones y porque estamos dentro del periodo legal

para la interrupción del embarazo por malformación fetal.

La tercera ecografía en la 28-32 semanas nos va a permitir una valoración del crecimiento fetal y de la madurez de la placenta y así podremos tener más datos sobre el bienestar fetal y descartar factores de riesgo obstétrico.

En estos controles se realizarán las pruebas analíticas y exploratorias protocolizadas en cada área de salud pero que como mínimo incluirán:

Control de peso, tensión arterial, crecimiento uterino y vitalidad fetal (cuando sea posible) en cada consulta.

Pruebas analíticas habituales en la práctica y además en la primera visita se incluirá: grupo sanguíneo, RH, TORCH (Toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus, herpes) y sífilis. En el último trimestre del embarazo se determinarán los marcadores de hepatitis B.

Actividades de educación maternal y preparación al parto comprendidas en el programa de psicoprofilaxis obstétrica, tales como gimnasia, técnicas de relajación muscular, técnicas para aprender la respiración costal, necesaria durante el embarazo y técnicas para que la mujer participe activa y conscientemente en el proceso del parto. También de recuperación física durante el puerperio.

Llevar a cabo un adecuado **consejo y orientación prenatal** que es un concepto más amplio que el de consejo genético incluido al mismo tiempo en la atención en planificación familiar e integrado en las actividades de la atención puerperal y de la atención al niño.

Deben conocerse de una manera clara por el personal sanitario todos aquellos factores de riesgo que producen malformaciones y deficiencias de una manera probada.

Deben considerarse situaciones de riesgo y por tanto susceptibles de realizar actividades propias del programa de diagnóstico prenatal, bien en el nivel de Atención Primaria, o en el de Especializada,

las siguientes **situaciones de riesgo**:

Embarazo de más de 35 años.

Hijo previo con alteraciones cromosómicas.

Hijo previo con enfermedad metabólica diagnosticable.

Mujeres portadoras de enfermedades ligadas a cromosoma X.

Padres portadores de cromosomatías balanceadas.

Historia familiar de malformaciones congénitas o defectos del tubo neural diagnosticables prematuramente.

Historia de abortos repetidos o mortinatos

Procesos infecciosos que puedan producir alteraciones diagnosticables prenatalmente.

En el caso concreto de **mujeres que hayan tenido un hijo con defectos del tubo neural** y esto no es aplicable a sus familiares (hermanas, primas etc...) **recomendamos** que cuando planeen quedarse embarazadas sean avisadas para iniciar una ingesta suplementaria de ácido fólico desde un mes antes de la concepción y durante el primer trimestre del embarazo. La dosis debe ser de 5 mg/día preferiblemente repartida en dos tomas. Esta suplementación no debe ir incluida dentro de un complejo multivitamínico, sino como medicación específica.

En planificación familiar hay que captar a los grupos en los que el **embarazo** suponga algún tipo de

**riesgo:**

Mujeres con patología que pueda agravarse con el embarazo: cardiopatías,hepatopatías,nefropatías o trastornos graves en anteriores embarazos.

Pacientes con más de 4 hijos.

Infeción por HIV.

Edad mayor de 35 años o menor de 19.

Circunstancias sociales **marginales** como emigrantes, etc. y grupos específicos de población, siempre **marginados**, como gitanos.

Drogadicción

Factores de riesgo genético.

Los métodos anticonceptivos se dividen básicamente en tres grupos:

a) **de barrera** como son el preservativo y el diafragma

b) **químicos** como son las cremas y óvulos espermicidas

C) **intrauterinos**, son los DIUS inertes o con sustancias activas

d) **hormonales**, orales o inyectables.

Para hacer una valoración de su eficacia nos vamos a basar en el índice de Pearl que viene a indicar

los fallos en cien mujeres que utilizan el método durante un año.

De menor a mayor eficacia el orden sería como sigue:

Cremas y ovulos espermicidas-i.p. 8-10.

Preservativo y diafragma+ crema espermicida-i.p. 3-6.

DIUS i.p. 1-2.

Métodos hormonales inyectables i.p. 1.

Métodos hormonales orales i.p.0.07.

Aunque según esta tabla lo idóneo sería utilizar siempre métodos hormonales orales esto no puede ser siempre así por varias razones que van desde la aceptación personal por parte de la mujer del método anticonceptivo que quiere elegir hasta por las circunstancias médicas de cada mujer.

Teniendo en cuenta el factor edad aconsejaríamos los siguientes métodos.

- 1) En mujeres de menos de 19 años. En general y dependiendo de las circunstancias personales de cada mujer lo aconsejable son métodos de barrera dado que no suelen tener unas relaciones y estables. También puede utilizarse aunque con bastante control anticonceptivos hormonales de muy baja dosis. Únicamente aconsejaríamos el DIU en mujeres de esta edad que hayan tenido un parto. Hay que recordar el riesgo de ETS, incluido SIDA que sólo puede prevenirse con el preservativo.
- 2) En mujeres de 20-35 años el método ideal es el anticonceptivo hormonal oral siempre que no haya contraindicaciones médicas para su uso. Deben realizarse unos controles periódicos en el

tiempo en que se están tomando estos anticonceptivos. En mujeres que han tenido hijos puede utilizarse también el DIU como método de segunda elección.

3) En mujeres de más de 35 años el método de elección es el DIU, no obstante a medida que la mujer se acerca o pasa de los 40 años hay que advertirla sobre los riesgos de tener un hijo por encima de esa edad y si ha tenido ya alguno y no desea tener más aconsejar un método irreversible, a los que no habíamos hecho alusión y que son la ligadura tubárica y la vasectomía, naturalmente de absoluta eficacia.

Para lograr los objetivos en cuanto a disminución de la morbimortalidad por **cánceres ginecológicos** las únicas medidas posibles son actuaciones de diagnóstico precoz de estos cánceres. Estos programas de detección precoz deben cumplir unos requisitos que serán detallados por el área de cáncer.

En el **climaterio** hay que realizar detección precoz de procesos prevalentes en esta etapa de la vida, especialmente el cáncer de mama y otros cánceres ginecológicos.

Para la prevención de enfermedades en el **niño**, son **fundamentales** la realización sistemática de exámenes de salud con la siguiente cronología y contenido:

En los primeros **18 meses**, se realizarán las siguientes visitas:

- al mes,
- a los dos meses,
- a los tres meses,
- a los cinco meses,
- a los siete meses,
- a los diez meses,
- a los doce meses,
- a los quince meses,
- a los dieciocho meses.

En cada uno de los controles se realizará: anamnesis, medida del peso, talla y perímetro craneal, exploración física, sensorial y del desarrollo psicomotor o intelectual, control de la alimentación, educación para la salud.

**2 años:** peso, talla, perímetro cefálico y tensión arterial, historia, hábitos alimenticios, control de esfínteres, examen físico, caderas, ojos, genitales, audición, educación para la salud, normas de accidentes, higiene dental.

**4 años:** peso, talla, perímetro craneal, examen físico completo, desarrollo psicomotor educación para la salud, evaluación control de esfínteres, ejercicios y obesidad, profilaxis de las caries.

**6 años:** peso, talla, perímetro cefálico, historia, examen físico selectivo, educación para la salud, dieta equilibrada, higiene personal, desarrollo psicomotor, control de esfínteres, mantoux, vacunas (tétanos, polio).

**9-II años:** peso, talla, perímetro cefálico, historia, examen físico selectivo, desarrollo psicomotor, educación para la salud, hábitos alimenticios, ejercicio físico, prevención de toxicomanías.

**14 años:** peso, talla, perímetro cefálico, historia, examen físico selectivo, desarrollo psicomotor, educación para la salud, hábitos alimenticios, ejercicio físico, educación sexual, higiene personal, tabaco, prevención de toxicomanías.

En todas las revisiones se valorará el riesgo social, los malos tratos y los problemas de bajo rendimiento escolar.

Serán temas fundamentales a contemplar: Alcohol, tabaco, droga, deporte, nutrición, ETS educación sexual, prevención de embarazos, uso de TV, accidentes infantiles.

Se considera la detección precoz de metabolopatías que causan hipotiroidismo y fenilcetonuria como imprescindibles y con carácter universal, por estar absolutamente consolidada su validez.

Para la detección de hipotiroidismo la prueba utilizada más habitualmente en España y en la mayoría de los laboratorios europeos es la técnica de la TSH por ser la más fiable y la más barata, no obstante cuando se detecta un posible caso se realiza como complementaria la técnica de la T4.

En un estudio realizado sobre encuesta nacional por la Dirección General de Salud Pública se vieron los siguiente datos de validez:

Valor Predictivo Positivo: 43.8%(118 casos sobre 269 positivos)

Valor Predictivo Negativo: 100% (no hubo ningún falso negativo)

Sensibilidad: 100%

Especificidad: 99.95% (hubo 151 falsos positivos sobre 355554 estudiados)

Para la fenilcetonuria la técnica más habitual es la cromatografía por permitir detectar otras aminoacidopatías.

Los datos de validez en el citado estudio fueron:

Valor Predictivo Positivo: 5.28%(13 casos sobre 246 positivos)

Valor Predictivo Negativo:100% (no hubo ningún falso negativo)

Sensibilidad: 100%

Especificidad: 99.93% (233 falsos positivos sobre 349894)

La técnica de la toma habitualmente es realizar la primera muestra mientras el recién nacido está en el hospital y la segunda cuando han pasado unos días y ya se puede detectar sin plantear problemas la fenilcetonuria, en la Atención Primaria. Para conseguir que la captación este en los niveles actuales (por encima del 95%) debe seguir así la realización de las pruebas.

Hay que garantizar además la atención específica en el desarrollo evolutivo y físico, psíquico, sensorial y de comportamiento mediante técnicas de detección precoz de trastornos, como el test de maduración, evolutivos, etc.

La prevención de los **accidentes** en el niño es imprescindible, pues en la actualidad son la **segunda causa de morbilidad y mortalidad infantil**, tras las malformaciones congénitas, aumentando también las minusvalías pues se calcula que por cada muerte por accidente se producen de una a cuatro secuelas invalidantes.

En el estudio realizado por el Comité Nacional de prevención de accidentes en la infancia, que tiene un carácter intersectorial se encuentran los siguientes resultados, que son similares a los obtenidos en aquellas CCAA que han realizado trabajos similares como son Zaragoza y Cantabria.

Con un censo de 9.580.577 el número de accidentes por año en España que han necesitado atención médica fue de 195.400.

La frecuencia de accidentes fue más alta en las familias de status socioeconómicos alto (10,81%) que en las de status socioeconómicos bajo (6.993).

En las poblaciones de más de 100.000 habitantes la proporción de accidentes fue del 9,52 %, mientras que en las de menos de 10.000 habitantes fue del 7,86%.

La accidentabilidad es mayor en los niños que en las niñas, en la proporción 2,5/1.

Globalmente, los accidentes tienen una mayor incidencia en el grupo de edad de 5-9 años, motivada especialmente por la gran afectación en el sexo masculino. En las niñas el grupo más afectado es de 0-4 años.

Las causas principales de accidentes, ordenadas según frecuencia, son las siguientes:

1. Caídas.....	52,6
al mismo nivel.....	30,4
a diferente nivel.....	22,2
2. Tráfico.....	12,2
peatón.....	10,7
ocupante de vehículo.....	1,5
3. Intoxicaciones.....	10,7
medicamentos.....	4,2
productos de limpieza.....	2,0
pesticidas.....	1,0
otras.....	3,0

Los accidentes en casa son más frecuentes en las niñas (45%) que en los niños (28%); en cambio, en la calle, son más frecuentes en los niños (40,4%) que en las niñas (33,3%).

Los accidentes en la calle son más frecuentes en los niños de status bajo.

La **prevención del accidente** se debe plantear en cada etapa cronológica e incluso desde el

**período pregestacional y prenatal**, con un seguimiento secuencial previo que evite yatrogenismo (patología malformativa, deficiencias nutricionales y orgánicas).

La orientación en esta etapa hacia adecuados hábitos y actitudes, alimentación óptima regulada y controles clínicos es ineludible.

En el **recién nacido** la prevención del accidente pasa por procurar una manipulación adecuada, desde el parto hasta el régimen higiénico-dietético, junto con el proveer un traslado de la maternidad al domicilio adecuado.

De la misma manera en el **período de lactante**, los traslados en vehículo ocupan un capítulo fundamental de la prevención; demasiadas veces se observan niños en los brazos de su madre, en asientos delanteros de vehículos, etc. que deben ser totalmente prohibidos. En este momento la manipulación correcta de los útiles y sistemas de alimentación evitará daños accidentales; recordar como actitudes menores (aspirar mucosidad nasal previamente a la ingesta) hace que se evite una aspiración de alimento a la vía aérea y una asfixia relativamente frecuente.

**Los juguetes** deben reunir unas características específicas a la edad del niño. En el lactante se exigen romos, sin pequeñas piezas que se puedan soltar e ingerir. De esta manera la manipulación de objetos diminutos, se constituye como un peligro mayor, lo mismo que trozos de alimentos o golosinas, frutos secos, pilas, etc., totalmente prohibidos durante el período preescolar.

**Las cunas** tendrán una altura que se irá compensando con el crecimiento del niño, al tiempo que los barrotes mantendrán una separación máxima que evite la penetración de la cabeza. Las pinturas utilizadas para estas cunas y muebles carecerán de la toxicidad absorbible al ser chupadas.

**La accidentabilidad en el hogar** está medida por múltiples vectores, que incluyen: electricidad, instrumentos punzantes, vidrios, herramientas, fuego, electrodomésticos, útiles de limpieza, medicamentos, gases, animales domésticos, etc..En este sentido se consideran como lugares de

mayor riesgo: **la cocina** (70 por cien de los accidentes; el **baño** (20 por cien); **las escaleras** (5-10 por cien) y **el garaje** (5 por cien).

Se seguirán normas estructurales actualmente obligatorias en cuanto a balcones, escaleras, cocinas y sistemas de gases y de electricidad, que disminuyan al máximo estos riesgos.

En el **hogar rural**, otros agentes de inducción se suman a los especificados, como : maquinaria, herramientas, útiles de labranza, animales, barreras naturales, etc.

En el **niño preescolar** y escolar debe hacerse una especial referencia al **medioambiente exterior**. Se reglará y educará al niño, desde muy joven en las normas de seguridad vial, tanto en la circulación como peatón, como conductor de vehículos (bicicletas, patines). No debe autorizarse sistemas de juego como los toboganes de alta peligrosidad. El suelo será preferiblemente de tierra batida o hierba. En la playa se evitará insolaciones excesivas (con exposiciones muy breves y progresivas-nunca superiores a diez minutos y con una protección de filtros de alto grado). Hay que prevenir los ahogamientos, instando a una instrucción precoz en las técnicas y prevenciones de natación básicas.

En **el campo** la alerta hacia animales que pueden ser lesivos (perros, gatos, vacas, alimañas...), junto con plantas venenosas y el uso indiscriminado de productos químicos "a granel", ocuparán nuestra prevención.

En la **etapa escolar**, a los riesgos anteriores, se añaden otros condicionados por la **osadía propia de esta cronología**. Se suman la venta indiscriminada y manipulación de **petardos, soluciones inflamables, armas de fuego, armas blancas**, circulación en ciclomotores y consumo de drogas, con especial referencia al **alcohol**.

El **deporte** debe ser fomentado para promoción de la salud, pero también puede ser causa de accidente; así regirán las siguientes premisas: adecuación a la edad, características físicas del niño;

adecuación en intensidad y valoración de acuerdo a ello de su nivel de riesgo.

En la **etapa de la adolescencia** y en la actualidad cobra importancia mayor la valoración de

peligros en cuanto a hábitos y actitudes; régimen de vida contrapuestos con la salud (**nocturnidad**); consumo frecuente y en cantidades excesivas de **alcohol**; consumo y **adicción a drogas** y estimulantes; manipulación de **vehículos** sin cuantificación de riesgos, etc. La prevención pasa por una **información** exhaustiva, **adaptada a la mentalidad** de estos jóvenes, sobre los niveles de riesgo a los que están sometidos y sus límites reales. Al mismo tiempo se buscarán actividades alternativas creativas, que puedan suplir a las anteriores.

Al margen de los factores de causalidad relativos a los períodos de edades vistos, existen elementos que convierten a algunos niños en **niños propensos a accidente**; se incluyen: deficientes psicomotrices, hiperkinéticos-hiperactivos, conductabilidad-propensión y elementos familiares negativos. La adecuación educacional en los tres primeros casos evitará el accidente; la adecuación educacional en algunas familias es frecuentemente difícil. Las deficiencias económicas, inestabilidad de las parejas, alcoholismo, drogadicción etc., conlleva asiduamente a **malos tratos** físicos y psíquicos, de cuya responsabilidad somos todos culpables.

Las actividades preventivas en **salud bucodental y las vacunaciones** como actividad básica de prevención de actividades infecciosas se tratan detalladamente en las áreas correspondientes.

## 6.- REQUISITOS.

La complejidad y variedad de actividades que reúne la atención en salud materno-infantil, unido a las necesidades que han aparecido en los últimos años, que ha dado lugar a nuevas técnicas y nuevos programas de salud, exige que para llevar a cabo todos los contenidos expresados en este documento, de una manera normalizada y generalizada a toda la población, sea imprescindible que se lleven a cabo una serie de medidas, con carácter intersectorial, que permitan una correcta atención a la mujer y al niño y prevenir de verdad sus procesos patológicos y una adecuada promoción de su salud.

La **formación** del personal de salud implicado en la atención materno-infantil, fundamentalmente del personal de los Equipos de Atención Primaria, que debe ser interna y articularse dentro del propio centro, el equipo debe priorizar los temas, según sus necesidades. Dando la Administración (central o autonómica) directrices y documentación de apoyo a los profesionales. y realizando formación de formadores, con un carácter unificado en todo el territorio nacional y sobre todo unificado en cada CCAA. Los temas más necesarios son la psicoprofilaxis, la planificación familiar, el diagnóstico prenatal, atención a la esterilidad, el IVE y la atención al climaterio.

Es fundamental el cambio de curriculum en la formación del pregrado y postgrado.

Respecto a la información que los profesionales sanitarios deben impartir a la población no debe ser agresiva en su planteamiento y deberá ofertar servicios.

La Administración central deberá elaborar: guías de criterios mínimos y recomendaciones, recopilar bibliografía y ponerla a disposición de las CCAA, en lo que se refiere a publicaciones científicas en general; crear un catálogo de publicaciones de salud materno-infantil nacional y de CCAA e informar a los profesionales de temas en salud materno infantil importantes.

Deberán elaborarse **protocolos** de atención unificados en relación con los criterios mínimos aprobados.

Es imprescindible la **investigación básica** en salud pública en el área materno-infantil en los siguientes temas de manera prioritaria:

Diagnóstico prenatal, situación de esta atención e investigación básica en técnicas no cruentas.

Un conocimiento real de los embarazos de menores de 19 años y sus problemas y patologías importantes. También la necesidad de conocer la situación actual de la toxoplasmosis, por ser problema fundamental hoy en las mujeres embarazadas.

Técnicas de atención a la esterilidad y no excesivamente complicadas.

Planificación familiar, sobre todo métodos masculinos y para jóvenes.

La **cooperación intersectorial** es clave en toda el área e imprescindible para la promoción de la salud materno-infantil.

Deberá seguir el mecanismo de delegar competencias sin perder la interrelación. Será al menos con servicios sociales, redes de apoyo social, sociedades científicas y otras administraciones.

La **participación comunitaria** será a nivel de zona de salud. Consideramos instituciones importantes los consejos escolares y los consejos de juventud.

Deberá ofrecerse a la comunidad un catálogo de servicios y buscar líderes comunitarios. El diagnóstico de la comunidad deberá hacerse entre profesionales intersectoriales, sobre todo para no presentar ofertas contradictorias. Las necesidades fundamentales en **normativa** son sobre:

La regulación de la objeción de conciencia (para múltiples actividades del área materno-infantil).

Sobre sistemas de información y recogida de datos.

El descanso preparto obligatorio incluido en la baja maternal.

Relativa a accidentes infantiles, seguridad en los juguetes, viviendas y medio escolar. Vehículos.  
Normas de fabricación industrial de productos utilizados por los niños, etc.

Lactancia artificial, anticoncepción en jóvenes y métodos anticonceptivos.

Es imprescindible una mejora de la **información sanitaria y epidemiológica**, especialmente es preciso conocer los datos reales sobre malformaciones congénitas y accidentes infantiles.

Las tasas conocidas de salud materno-infantil no son reales y sobre todo no son homologables con otros países, ya que partimos de diferentes definiciones.

Existe una situación diversa en cuanto a atención en salud materno-infantil, en lo que se refiere a la organización de la misma, los profesionales que la atienden, las prestaciones que se ofrecen a la población, etc., por lo que consideramos muy importante la definición de criterios mínimos, tanto de promoción de la salud, de prevención y asistenciales.

## **7.- CONCLUSIONES.**

Los contenidos de este documento pretenden ser los criterios mínimos que en prevención y en promoción de la salud materno-infantil deben seguirse para hacer llegar a toda la población una correcta atención materno infantil.

La conclusión que se deduce de las mismas es que la atención en salud materno infantil precisa unas actividades realizadas de forma integrada según las necesidades planteadas por los procesos biológicos y por la situación social y demográfica de nuestra época.

Y en este momento tienen una gran importancia en las cifras de salud materno-infantil, todos aquellos datos referentes a los grupos de riesgo que en el documento hemos definido, las cuales precisan actuaciones específicas y prioritarias para llegar a conseguir los objetivos planteados en este documento.

## **8.-BIBLIOGRAFIA.**

Programa de Salud Materno-Infantil de las CCAA de Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Cataluña, Murcia, País Vasco y Valencia.

Programa de Salud Materno-Infantil de las Direcciones Territoriales del INSALUD de Madrid, Zaragoza, Badajoz, Valladolid, Asturias, Ciudad Real, Segovia, Cantabria, Logroño.

Informe para la realización de un programa de adolescentes en el Area de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Madrid. Enero 1.992.

Control de la Natalidad en España. J.D. Nicolás-Jesús M. de Miguel.-1.984.

Congenital Malformations Worlwide the International Clearing House for Birth Defectits Monitoring Systems.-1.991.

Integrating Maternal and Child Health Services with primary Health Care.-OMS.-1990.

Las maternidades en Europa. OMS.-1.988.

Problemas en la Práctica Obstétrica.-Ian Donald.-1989.

Biología y ecología fetal. J.M. Carreras.- 1.990.

Programa de prevención, atención y tratamiento del Maltrato en la C.A. de Madrid.-1.991.

Estado Mundial de la Infancia. UNICEF.-L.989.

Contracepción. P.F.-Iglesia Cortit y Cols.-1989.

Encuesta Nacional de Fecundidad.INE.- Madrid 1.985.

Actitudes hacia la contracepción entre las mujeres españolas en edad fértil. Schering España.-  
Noviembre 1.988.

Informe sobre la juventud en España. Instituto de la Juventud.-1.989.

SIDA y adolescencia. C.A. de Murcia.- 1.991.

Menopausia. Investigación cualitativa. Sociedad Española de Menopausia.-1.989.

La menopausia. R.Comino.-1.990

Menopausia aspectos médicos y sociales. E. Fdez.Villoria y cols.-1989.

Demografía sanitaria de la ancianidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.-1.989.

La nueva salud pública. John Ashton.-1990.

Informe del estudio colaborativo de la OMS sobre lactancia natural.OMS.-Ginebra 1.981.

Guía para la elaboración del programa de la mujer en Atención Primaria de Salud.-Ministerio de  
Sanidad y Consumo.-1.991.

Guía para la elaboración del programa del lactante y preescolar en Atención Primaria de Salud.-  
Ministerio de Sanidad y Consumo.-

1.991.

Guía para la elaboración del Escolar y Adolescente en la Atención Primaria de Salud.-Ministerio de

Sanidad y Consumo.-1.991.

Defectos congénitos en España.-Ministerio de Sanidad y Consumo.- 1.989.

Estudio del Síndrome de Down en España.-Ministerio de Sanidad y Consumo.-1.990

Manual de Diagnóstico Prenatal para Sanitarios.-Ministerio de Sanidad y Consumo.-1.991.

Guía para la detección precoz de minusvalías en el niño.-Ministerio de Sanidad y Consumo.-1991.

Prevención y Salud: minusvalías.- Informe de la Dirección General de Salud Pública.-1991.

Adolescencia, juventud y salud.-Informe de la Dirección General de Salud Pública.-1.991.

Guía de Psicoprofilaxis Obstétrica.-Ministerio de Sanidad y Consumo.- 1986.

Embarazo, aborto y maternidad entre las adolescentes de la C.A. de Madrid.-Informe de la C.A. de Madrid.-1.992.

Manual de Prevención de accidentes infantiles.-M. Suarez Losada.-1.989.

Los accidentes de la infancia en España.-Ministerio de Sanidad

1.981.

Mínimos para una asistencia perinatal.-Ministerio de Sanidad.- 1982.

Demografía Sanitaria Infantil.-Arbelo y cols.-1980.

Panorámica de la discapacidad.-D.Casado.-1.990.

Programa de acción mundial para las personas con discapacidad.-Naciones Unidas.-1.988.

Protocolos de obstetricia.-J.M. Carrera y Cols.-1986.

Estrategia de Salud para todos en el año 2.000 en España.-Ministerio de Sanidad y Consumo.-1989.

Introducción al trabajo de la matrona en Atención Primaria de Salud.-Ministerio de Sanidad y Consumo.-1.987.

Defectos del cierre del tubo neural.-Tesis doctoral de M. Cándenas.-1.991.

Lactancia natural.-E.Casado de Frias.-1.983.

Community genetics services in Europe.-WHO.-1991.

Programa de promoción de la lactancia materna.-Tesis doctoral. C.Tembury.-1990.

## **RESUMEN.**

Este documento es consecuencia del trabajo de coordinación durante 10 años de diversos grupos de trabajo, de publicaciones y del trabajo de muchos profesionales dedicados a diferentes áreas de salud materno-infantil.

La Ley 30/85 General de Sanidad faculta a las Comunidades Autónomas para que asuman las competencias en salud pública, teniendo el Ministerio de Sanidad la obligación de armonizar y homogeneizar las actividades que realicen en aras de conseguir los principios básicos que la inspiran, de atención universal y equidad en todo el territorio.

Existen un conjunto de objetivos, criterios para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y actividades con los mismos fines que constituyen un **programa básico de salud materno-infantil**, que permitan en lo fundamental garantizar una igualdad de atención en salud materno-infantil a todos los españoles.

La situación actual que enmarca hoy la atención en salud materno-infantil está definida por las siguientes características:

- a) **El descenso de la mortalidad.**
  
- b) **El descenso de natalidad.**
  
- c) **Un cambio de la morbilidad.**
  
- d) **La aparición de nuevas tecnologías.**

Por razones didácticas el programa de salud materno-infantil debe dividirse en subprogramas, todos naturalmente interrelacionados entre sí, pero con características y actividades específicas diferentes entre ellos.

Está fundamentalmente dividido en dos grandes áreas:

### **Salud de la mujer**

### **Salud del niño.**

**La salud del niño** se promocionará a través de **seis grandes grupos** de actividades:

- \* Prevención de minusvalía psíquica.
- \* Vigilancia del niño hasta los 14 años.
- \* Promoción de la salud de los escolares.
- \* Nutrición.
- \* Prevención de accidentes.
- \* Salud bucodental.

**La promoción de la salud de la mujer** abarcará las siguientes grandes áreas de actividades:

- \* Atención a la planificación familiar.

\* Detección precoz de cánceres ginecológicos.

\* Atención a los trastornos del climaterio.

\* Atención al embarazo, parto y puerperio.

\* Consejo genético y diagnóstico prenatal.

El embarazo, parto y puerperio, incluido el Diagnóstico Prenatal en aquellos embarazos que presentan riesgo de malformaciones constituyen el tema fundamental dentro del área de la mujer así como la satisfacción del derecho a que los embarazos sean deseados y en condiciones óptimas a través de la planificación familiar.

También la promoción de la salud en el climaterio y los procesos prevalentes en esta etapa de la vida, incluidos la detección precoz de cáncer de cervix y de mama.

En el área de la salud del niño son prioritarios los programas de seguimiento del niño sano, incluidos los que se refieren al ambiente escolar, nutrición, etc. Siendo fundamental en este programa la detección precoz de minusvalías bien debidas a malformaciones congénitas, o debidas a accidentes infantiles cuya prevención es otro de los aspectos importantes del programa de salud materno-infantil.

El objetivo de este documento es proporcionar directrices a los profesionales que realizan atención en salud materno infantil en el área de la promoción de la salud y la prevención de procesos patológicos, a través de la detección de los factores de riesgo que puedan permitir la realización de actuaciones sanitarias.

El ámbito de aplicación de este programa es fundamental en la Atención Primaria de Salud.

Los objetivos generales, por tanto de la promoción y prevención de la salud materno infantil son alcanzar cobertura universal en todos aquellos aspectos básicos de este área y disminuir la morbimortalidad materna e infantil

Los contenidos de este documento pretenden ser los criterios mínimos que en prevención y en promoción de la salud materno-infantil deben seguirse para hacer llegar a toda la población una correcta atención materno infantil.

La conclusión que se deduce de las mismas es que la atención en salud materno infantil precisa unas actividades realizadas de forma integrada según las necesidades planteadas por los procesos biológicos y por la situación social y demográfica de nuestra época.

Y en este momento tienen una gran importancia en las cifras de salud materno-infantil, todos aquellos datos referentes a los grupos de riesgo que en el documento hemos definido, las cuales precisan actuaciones específicas y prioritarias para llegar a conseguir los objetivos planteados en este documento.