

# ANALISIS HISTORICO DE LOS PROGRAMAS DE REDUCCION DE LA MORTALIDAD DE LA PRIMERA INFANCIA EN AMERICA LATINA\*

A. YANKAUER, M.D.

*Asesor Regional en Higiene Maternoinfantil de la Oficina Sanitaria Panamericana*

Un motivo frecuente de queja por parte de los trabajadores de salud latinoamericanos es el mal estado de los servicios de higiene maternoinfantil. Si estas quejas se limitaran a las deficiencias cuantitativas, serían fáciles de comprender. Sin embargo, con frecuencia atañen a aspectos cualitativos, y expresan sentimientos de fracaso y falta de confianza en que los servicios existentes estén realizando algo constructivo. Si esto es así, el simple incremento de los servicios prestados no tendrá otro efecto que aumentar la decepción.

Un análisis histórico puede ayudar a comprender el actual estado de cosas, y a buscar la manera de remediarlo. Lo que sigue pretende contribuir a este fin. Es, por necesidad, breve y se refiere a tendencias y generalidades. Dado que el planeamiento actual concentra sus esfuerzos en la reducción de la mortalidad de niños menores de 5 años, el análisis se limitará a lo que atañe a la salud del niño de los servicios de higiene maternoinfantil en cuanto parte del programa general de salud pública.

Los servicios de salud infantil nacieron a principios de este siglo y se incorporaron a los servicios generales de salud pública ya constituidos en el primer cuarto de él. En la época del referido nacimiento, los programas de salud pública comprendían tres clases de actividades bien establecidas. Eran ellas el saneamiento del medio (cuyas raíces como empeño colectivo se remontaban a millares de años y se nutrían de una teoría ambiental, miasmática, de la enfermedad, y de las reacciones de repugnancia provocadas por la suciedad). Esta teoría había sido fortalecida poco antes por la emergencia de la ciencia sanitaria, que permitía abordar con eficacia el suministro de agua, la construcción de

alcantarillado y la provisión de alimentos no contaminados. En segundo lugar, se hallaban las actividades de control de las enfermedades transmisibles (cuyas raíces se remontan a una antigüedad similar a las anteriores y estaban nutridas por la idea del contagio de la enfermedad y por temores muy profundos con respecto al enfermo), fortalecidas con la aparición de la ciencia bacteriológica, que proporcionó una base racional al referido control. La estadística sanitaria, establecida científicamente durante el siglo anterior, especialmente en Inglaterra, facilitó datos que contribuyeron a despertar el interés colectivo por el bienestar del niño.

El interés que condujo al establecimiento de un servicio de salud infantil organizado no constituyó un fenómeno aislado. Su nacimiento coincidió con una nueva orientación de muchos valores y con una nivelación de privilegios que afectó a la totalidad de la sociedad. El siglo veinte ha sido llamado el siglo del niño, y la vida familiar actual ha sido objeto de acerbos críticas porque el niño ha absorbido gran parte del enfoque y significado de la misma. La creación de los servicios de higiene infantil coincidió, asimismo, con el principio de muchos otros nuevos tipos de servicios sanitarios, tales como el servicio social de hospitales, de Richard Cabot, y los planes de seguro médico y social, de la mayoría de los países europeos. Estos servicios, junto con otros acontecimientos tan dispares como los primeros intentos realmente eficaces de promulgar una legislación protectora en la industria, las campañas de educación popular y los comienzos de la enseñanza de medicina social en las escuelas europeas de medicina, fueron otras tantas manifestaciones del interés de la sociedad por el bienestar de sus miembros. Es notable que todas estas nuevas manifes-

\* Manuscrito recibido en septiembre de 1962.

taciones de ayuda, incluso los mismos servicios de higiene infantil, surgieron de la iniciativa voluntaria, más bien que de la decisión gubernamental, en agudo contraste con los orígenes de los servicios de salud pública, los cuales, por su propia naturaleza, sólo podían establecerse mediante el esfuerzo gubernamental.

Los servicios de higiene infantil creados a principios de siglo, tenían por objeto reducir el tributo de defunciones de lactantes, muchas de las cuales eran claramente evitables puesto que el peligro variaba mucho según la clase social. Se reconoció que la pobreza, el hacinamiento y las malas condiciones higiénicas no podían cambiarse mediante la atención personal prestada directamente a las familias. Sin embargo, se vio que la nutrición deficiente, la ignorancia de las atenciones requeridas por el niño y el consumo de alimentos contaminados, que acompañaban a las condiciones antedichas, podían mejorarse en beneficio de una reducción de la morbilidad y mortalidad de niños.

Se asignó a los nuevos servicios un personal de médicos cuya tarea y ética profesional derivaban de la antigüedad. También se asignó a dichos servicios una nueva clase de profesionales, la enfermera de salud pública, cuyo campo de acción era de origen muy reciente y cuya motivación ética, como la de la trabajadora social, surgían del voluntario impulso caritativo de algunas mujeres de las clases media y elevada.

Este personal trabajaba en clínicas (de ordinario independientes de los servicios de hospital, salvo en el caso de hospitales especiales pediátricos) y efectuaba visitas domiciliarias en la ciudad. Sus actividades se realizaban casi exclusivamente en los barrios míseros de las ciudades, donde la mortalidad de lactantes era mayor. En esencia, dichos servicios consistían en distribución gratuita de leche o alimentos apropiados para lactantes, examen médico e instrucción de la madre. La desnutrición se combatió por medio de la distribución directa de leche gratuita o a bajo costo, y del

consejo y estímulo de la lactancia natural; se explicaron a personas y a grupos los principios de los cuidados del niño—en especial el baño, el vestido y el aire libre. El consumo de alimentos contaminados se combatió mediante la distribución de alimentos sanos y el asesoramiento sobre la esterilización por el calor. El examen médico (incluso anotación del peso) se utilizó en gran parte como orientación para que el médico prescribiera la debida mezcla alimenticia. Un aspecto importante de la práctica pediátrica de esa época fueron la manipulación de nutrientes de distinta clase y composición para preparar la ración del lactante, y la cantidad y horario de las comidas.

El tratamiento de enfermedades no fue incluido en estos servicios preventivos de higiene infantil, salvo en lo que se refiere a la alimentación de lactantes. Como la diarrea infantil se consideraba consecuencia de una alimentación impropia, tanto como de infección bacteriana, su tratamiento y prevención se enfocaron desde el punto de vista de la composición de la dieta, lo cual no fue, realmente, una adición al arsenal terapéutico. A decir verdad, en la época a que nos referimos había muy pocas medidas eficaces de tratamiento de las enfermedades comunes de la infancia.

Si bien la mortalidad de la primera infancia bajó en forma sorprendente en la primera mitad del siglo actual en los países que establecieron esta clase de servicio de higiene infantil, la parte que al servicio en sí cupo en la mencionada reducción está lejos de aparecer clara. Se hicieron grandes progresos en la eliminación de la pobreza y del hacinamiento; las industrias lácteas y de alimentos pusieron fin a la contaminación bacteriológica de sus productos; la instrucción pública, por muchos cauces distintos de las clínicas de higiene infantil, divulgó los conocimientos sobre el origen de la enfermedad y sobre el cuidado del niño; los adelantos científicos condujeron a métodos más eficaces de tratamiento de las enfermedades. Todo esto podría haber ocurrido sin los ele-

mentos proporcionados por los servicios de higiene infantil. En realidad, una reducción de las defunciones todavía más notable ha ocurrido durante el siglo veinte en niños de 1 a 4 años, los cuales, hasta fecha muy reciente, nunca fueron atendidos por los servicios de higiene infantil. No obstante, es innegable que el espíritu de cruzada de los primeros dirigentes y especialistas de higiene maternoinfantil contribuyó a que la colectividad comprendiera estos problemas y avivó el fuego que consumió los males e injusticias que constituían su origen oculto.

La evolución administrativa de los servicios de salud que se originó a principio de siglo ha sido distinta en los diferentes países. Si bien los servicios de higiene infantil están hoy financiados por los gobiernos, la participación de organizaciones privadas sigue siendo importante en algunos de ellos. Sin embargo, en todos los países del mundo los planes de atención médica curativa, que empezaron como una forma de asistencia social voluntaria, han tendido a pasar a depender del poder público y de las empresas, y los planes de atención médica directa del público se han ensanchado grandemente. No obstante, varía mucho el grado en que los servicios de higiene infantil de carácter preventivo, asimismo financiados por el gobierno, se han integrado en estos planes de nueva atención médica. De un lado está la norma seguida en Inglaterra y Estados Unidos. Los servicios de higiene infantil preventivos se añadieron al trío de servicios de salud pública en fecha relativamente próxima del siglo actual. Incluso después de la creación del Servicio Nacional de Salud británico, se mantuvieron como función independiente. En el otro extremo están los países escandinavos y los soviéticos, que, casi desde el principio, coordinaron la prevención y la cura. En Centroamérica y América del Sur, las antiguas colonias británicas por un lado y Chile por el otro, representan esos dos extremos.

La evolución del contenido de los servicios preventivos de higiene infantil ofrecidos fuera de los países soviéticos, es sumamente

notable en países que han llegado a la opulencia. La leche ya no se distribuye en la mayoría de estos servicios y los cuidados físicos y los aspectos prácticos de la alimentación del lactante se consideran de menor importancia. Las modas relativas a la alimentación infantil han aparecido y desaparecido y, en general, se reconoce actualmente que la naturaleza de la mezcla láctea proporcionada por la dieta es de importancia escasa mientras satisfaga las necesidades nutricionales del lactante. La leche pura, los alimentos esterilizados empaquetados, la ropa y los baños de higiene son fácilmente asequibles a todas las madres, y su necesidad es perfectamente conocida. Explicaciones sencillas sobre todas estas materias pueden adquirirse en casi todas las tiendas y las madres las aprenden con un esfuerzo mínimo. La instrucción de las madres ha seguido siendo una función principal del servicio, pero actualmente se dirige hacia la orientación y confianza de la madre en lo relativo a las manifestaciones de la conducta del niño en proceso de crecimiento, en vez de hacia la prevención de la mortalidad infantil. Este cambio se refleja notablemente en el adiestramiento del personal médico y de enfermería que ha de encargarse de estos servicios. Si se excluye la inmunización, última adición al arsenal terapéutico, resultaría difícil mantener hoy que los servicios de higiene infantil preventivos de los departamentos de salud pública contribuyen en grado significativo a reducir los índices de mortalidad entre lactantes y niños de los países opulentos.

La totalidad del programa de higiene maternoinfantil de los países ricos ha cambiado extraordinariamente en muchos otros aspectos, además de los que se refieren al ajuste a condiciones cambiantes. No es necesario ampliar este punto, pero sí conviene reafirmar con vigor que los servicios de higiene infantil preventivos actuales, descendientes de los establecidos a principio de siglo, no sirven ya los fines para los cuales fueron originalmente creados.

La mayoría de los servicios de higiene

infantil de Latinoamérica, en particular los que han sido motivo de preocupación, fueron creados como fruto previsto de los programas de asistencia técnica derivados, o bajo la influencia predominante del contenido y normas orgánicas de los servicios de salud pública de Estados Unidos. Además de los cambios de contenido y de responsabilidad administrativa por que pasaron los servicios de higiene infantil de Estados Unidos, debe mencionarse otra tendencia. La enfermería de salud pública, surgida como profesión encargada de tratar sólo a madres y niños, se amplió, por razones diversas, y se convirtió en una profesión que procuró abarcar a otros miembros de la familia y otros problemas sanitarios. A veces, estos otros problemas se relacionaban con un servicio médico ofrecido por el departamento de salud pública (como en lo relacionado con la tuberculosis, enfermedades venéreas o atención médica de niños inválidos), pero con frecuencia eran problemas afines a los servicios médicos de un hospital o médico privado. Esto requería un criterio amplio y una independencia de decisión que no eran tan precisos cuando la enfermera trabajaba bajo supervisión médica inmediata, y fue acompañado, además, de un incremento de los servicios supervisores de enfermería, que no ha tenido paralelo en ningún otro país del mundo.

El elevado índice de mortalidad de la primera infancia en América Latina se debe hoy, esencialmente, a las mismas causas que produjeron a comienzos de siglo la alta mortalidad que prevaleció de los países hoy opulentos. Los índices de mortalidad registrados no son desemejantes, aunque es probable que en América Latina el grado de pobreza y de desnutrición sean más graves, y los índices de mortalidad correspondientes, incompletos. La rápida urbanización y la falta de simplicidad de numerosos centros médicos urbanos son hoy comunes a América del Norte y a América Latina. Por otra parte, los contrastes entre Estados Unidos de comienzos de siglo y la América Latina de hoy, son más impresionantes que cualquier analogía. Así, la desproporción entre

las necesidades de salud pública y los recursos para atenderlas, son en diversas regiones de América Latina más sorprendentes que el parecido que pueda haber entre ciertas ciudades latinoamericanas y las de Europa o Estados Unidos.

Se ha señalado que el contenido de esta clase de servicio de higiene infantil en Estados Unidos, no se orienta hoy hacia la disminución de la mortalidad de la primera infancia. Como corolario, debe indicarse que el contenido de estos servicios, a principios de siglo, no se hallaba orientado hacia la reducción de la mortalidad infantil correspondiente a la América Latina de hoy. Las normas específicas de producción y consumo de alimentos, así como las prácticas relativas a los cuidados del niño, son fundamentalmente distintas en cuanto a su efecto sobre la salud infantil (desde luego, presentan marcadas diferencias entre las diversas regiones de América Latina), y la posibilidad material de preparar alimentos sanos es también considerablemente menor. Tan sólo recientemente se ha llamado la atención respecto a la distribución y uso, en los países latinoamericanos, de alimentos locales con el contenido requerido de nutrientes. Estos progresos se deben a la ciencia de la nutrición, la cual no está ya íntimamente relacionada con los servicios de higiene infantil y ha empezado justamente a hacerse notar.

Todavía más significativo es que las prácticas de la alimentación y atención del niño, que formaban el contenido de los servicios de higiene infantil, constituían una parte considerable del total de valores de la clase media a los cuales aspiraban las clases menos privilegiadas de la sociedad a principios de siglo. Si bien la aspiración es sin duda evidente en América Latina, es una clase de aspiración distinta. Los valores de la clase media, dados por supuestos por los especialistas sanitarios adiestrados en Estados Unidos, no pueden utilizarse como fuerza motivadora en América Latina.

Se ha señalado que los servicios de higiene infantil fueron incorporados a los servicios

de salud pública en una época en que el tratamiento de las enfermedades del lactante no era satisfactorio y estaba principalmente a cargo de entidades privadas. Desde los comienzos del siglo, los métodos de tratamiento han mejorado muchísimo y pueden hoy rendir a los niños servicios importantes y economizar vidas. Además, hoy, en América Latina (como en Inglaterra) los servicios médicos prestados y financiados privadamente son menos comunes que los mismos servicios sufragados por el gobierno o las instituciones del seguro. Hay muchas razones para combinar los servicios de higiene preventivos y curativos ofrecidos a los niños, como, en realidad, se han venido combinando desde hace tiempo en la práctica pediátrica privada llevada a cabo en Estados Unidos. Por desgracia, por diversas razones, el servicio de higiene infantil preventivo dependiente de un departamento de salud, especialmente en Estados Unidos e Inglaterra, ha seguido reteniendo características propias y peculiares. En consecuencia, los especialistas de salud pública adiestrados en Estados Unidos o sometidos a su influencia, perciben un cuadro general del programa de higiene infantil deformado por diversas circunstancias históricas y por condiciones de vida privativas de América del Norte. Esto tiende a afectar sus conceptos y su planeamiento de programas, así como los programas de adiestramiento por ellos establecidos. La tecnología propia de los medicamentos o de un quirófano, pueden exportarse, pero las normas orgánicas y los detalles técnicos de los servicios de higiene preventivos deben formarse, con carácter local, en consonancia con las circunstancias y condiciones de la colectividad a la que se destinan.

Se ha mencionado que las clínicas y los puestos de distribución de leche establecidos a principios de siglo se situaron en los barrios pobres de las ciudades, sirviendo de este modo selectivamente a los sectores menos privilegiados de la colectividad. Además, debe observarse que cierta especie de servicio médico, aun cuando inadecuado,

se ofrecía a este grupo urbano mediante dispensarios públicos, médicos de beneficencia o la filantropía privada. Si no todos, muchos de los servicios establecidos en América Latina estaban situados en zonas rurales, sin servicio médico alguno que los respaldara, y con el fin de prestar servicio a toda la colectividad en vez de a una parte de la misma. En efecto, la mayoría de estos servicios rurales se veían obligados a tratar las enfermedades de los niños lo mejor que podían e inmediatamente después de haber inaugurado sus actividades. A pesar de esto, se siguieron concibiendo y planeando como servicios de higiene materno-infantil en el sentido tradicional de Estados Unidos y se procuró que siguieran las mismas prácticas rutinarias y los mismos puntos de vista. La mayoría de estos centros se encuentran aún hoy divididos en un departamento preventivo (del niño sano) y otro curativo, a veces relativamente poco coordinados entre sí y a menudo con duplicidad de servicios, incluso dentro del mismo edificio.

Se ha puesto ya de relieve que los servicios de higiene materno-infantil establecidos a principios de siglo contaban con una nueva clase de personal, la enfermera de salud pública, la cual, con el transcurso del tiempo, se convirtió en un asesor general de la familia sobre asuntos de salud, capaz de tomar decisiones por sí misma, si bien actuaba bajo la supervisión muy estrecha de enfermeras más expertas, dentro de una administración organizada en grado sumo. En América Latina, las enfermeras profesionales de toda clase eran tan poco comunes que constituían virtualmente una curiosidad. Si bien en Latinoamérica un escaso número de enfermeras de salud pública habían recibido adiestramiento desde la Segunda Guerra Mundial, las que prestaban servicios personales a los pacientes en las clínicas o a domicilio eran "auxiliares". Las auxiliares son, en general, graduadas de la escuela primaria, o con antecedentes de clase social modesta, que han recibido menos de un año de preparación para puestos de responsabilidad diversa, uno de los cuales es

el de enfermera de salud pública en un servicio de higiene infantil. A menudo, buena parte de su adiestramiento se ha enfocado hacia las ciencias básicas, tales como anatomía y fisiología, con escasa o nula experiencia práctica en ninguna clase de atención al paciente o sin contacto con el mismo. En el trabajo práctico, la auxiliar se encuentra por lo general alejada de la supervisión profesional de enfermería. Además, el hecho de que, debido a su condición, se halle supeditada a los valores de la clase media, le impide entrar en una relación significativa con el paciente, como asesora en asuntos de enfermería o de salud, en muchas zonas donde no hay instalaciones a las que puedan acudir los pacientes. De este trabajador sanitario, preparado someramente y aislado con frecuencia, se espera que emita juicios y dé consejos acerca de problemas de mayor gravedad, y en circunstancias más complejas que los que afronta la enfermera de salud pública, la cual actúa bajo estrecha supervisión y en medio de una gran diversidad de recursos. No deja de ser paradójico que, a menudo, no se le permite realizar simples tareas mecánicas (como la vacunación o la venepunción) en las cuales es fácil adiestrar a una trabajadora auxiliar.

Los médicos de los servicios de higiene infantil tampoco están preparados para desempeñar la clase de servicios requeridos. En caso de que hayan tenido algún adiestramiento pediátrico especial, éste se ha concentrado en el tratamiento de enfermedades, con exclusión de los aspectos preventivos. Si han tenido adiestramiento en salud pública, éste se habrá orientado hacia la administración y las prácticas preventivas habituales de una sociedad opulenta, con exclusión de las medidas terapéuticas. A veces los orígenes y orientaciones de la clase social del médico sirven para obstaculizar su comprensión y sólo recientemente ha sido reconocida la necesidad de comprender a las familias y sus antecedentes culturales, en los cursos de adiestramiento médico y de salud pública, y aun hoy día esta materia tiende a enseñarse en sentido abstracto y

teórico. En realidad son muy pocos los lugares donde pueden observarse demostraciones activas de cómo utilizar esta clase de conocimientos en la planificación de programas prácticos y las actividades habituales de un servicio de salud.

Así, pues, al comparar Estados Unidos y Latinoamérica, se advierten notables contrastes entre las circunstancias que dieron origen a los servicios de higiene infantil, hace más de cincuenta años, y la relación de éstos con otros servicios de salud preexistentes; también el personal que los presta difiere en varios aspectos. Esta discrepancia vinieron a incrementarla la evolución y los cambios ocurridos desde principios de siglo tanto en Estados Unidos como en los programas de higiene infantil de salud pública. La unión de esta discrepancia al porvenir nada realista del trabajador de salud pública preparado en Estados Unidos o sometido a la influencia de este país, parece constituir una explicación suficiente de la insatisfacción expresada en América Latina acerca del estado de los servicios de higiene materno-infantil.

Este análisis histórico puede parecer negativo en su totalidad. Y sin embargo, aunque parezca paradójico, el efecto de la cooperación internacional sobre el desarrollo de los servicios de higiene materno-infantil en Latinoamérica, ha sido positivo. Por parte de los países opulentos, la publicidad dada al estado de necesidad en que los niños de otros países se encuentran y a la urgencia de cuidarlos, despertó la misma conciencia y sentido de obligación ética que se suscitó a principios de siglo, y los servicios de higiene materno-infantil constituyen un punto de reunión concreto para el cumplimiento de esta obligación. Aunque esto no sirviera otro fin que el de fomentar la colaboración internacional, aún representaría una aportación positiva. Por parte de los países que reciben los servicios, el mero establecimiento de un centro para madres y niños (incluso el mero hecho de contar con una camioneta) es una prueba tangible de esta buena voluntad, la cual puede servir para fortalecer su

moral y esperanzas. Además, los coloca frente a una serie de valores relativos a los niños, que, cuando menos, deben excitar la curiosidad y, cuando más, contribuir al lento proceso de intercambio cultural concomitante del desarrollo técnico. Estos puntos no son susceptibles de prueba, porque no representan un fenómeno aislado. Sin embargo, al igual que el espíritu de cruzada que animó a los primeros dirigentes del movimiento en pro del bienestar del niño, están avivando las llamas que, por uno u otro medio, combatirán el privilegio y la injusticia, así como la enfermedad y la muerte. Estos efectos intangibles y casi simbólicos son, no obstante, su verdadero significado, en vez de los exactos mecanismos administrativos o incluso el propio contenido de los servicios de higiene maternoinfantil. Si esta tesis resulta aceptable, buena parte del actual desencanto del trabajador sanitario se disipará.

Siempre es más fácil juzgar lo ya pasado que prever el futuro. Si bien en lo venidero se pueden cometer errores, al menos cabe

evitar las equivocaciones y tropiezos del pasado. Si la historia tiene algún valor, ello se debe a que es el preludio del planeamiento futuro. La ignorancia, la desnutrición y las infecciones evitables siguen planteando problemas que es preciso afrontar y resolver. Casi todos los esfuerzos en este sentido merecen la pena. El trabajador de salud pública debe poner atención en encauzar estos esfuerzos por los caminos más eficaces y expeditos en un período de tiempo determinado. Sigue siendo razonable suponer que, si los servicios personales de higiene infantil están orientados de manera integral, son cualitativamente apropiados y se adaptan a las circunstancias locales y a las colectividades a quienes se prestan, pueden contribuir, por su mérito intrínseco, y no sólo por el halo de que aparecen envueltos, a acelerar el descenso de la hoy elevada mortalidad de niños de corta edad en América Latina. Cuando menos, lo dicho constituye una hipótesis que bien merece que se ponga a prueba, ya que hasta hoy no se ha puesto realmente en Latinoamérica.