

ron activistas de grupos raciales, la ayuda de estos dirigentes nos fue muy valiosa. Estos individuos constituyen un grupo de apoyo pequeño, pero de capital importancia. Si bien es preciso estar dispuesto a

someterse a su examen y aceptar sus críticas sobre el programa de salud mental, su ayuda puede ahorrar muchas horas de penoso trabajo y allanar el camino para una acción eficaz.

EPIDEMIOLOGIA Y ANTROPOLOGIA EN LA ATENCION PRIMARIA¹

Implantar la atención primaria constituye una necesidad de justicia social, pero si no se programa y ejecuta bien no tendrá ningún impacto en la disminución de la morbilidad y mortalidad ni en la disminución del sufrimiento humano que debe ser su principal objetivo.

Precisamente porque es urgente, en algunos lugares se pide a marchas forzadas una planificación acelerada lo que parecería indicar un predominio de la cantidad sobre la calidad. Este inconveniente se podría compensar en algún grado con la participación directa de los servicios de epidemiología nacionales en la programación, adiestramiento de personal y evaluación periódica de la atención primaria, ya que es muy difícil establecer prioridades sin un conocimiento epidemiológico adecuado.

En la lectura de la mayoría de los documentos importantes publicados sobre atención primaria rara vez se menciona el diagnóstico epidemiológico de localidad, o de área y en general parece no concedérsele demasiada importancia, cuando debiera estar entre los primeros pasos de la programación. Podría pensarse que se da por sabida su importancia y por esa ra-

zón se otorga más relieve a los aspectos políticos y administrativos que a los epidemiológicos. No obstante, es necesario insistir en que para la fijación de prioridades se deben tener en cuenta la patología y las características de la población, así como su accesibilidad a la atención primaria y, de allí, a los centros de referencia; al mismo tiempo se deben hacer esfuerzos para conseguir una eficaz coordinación desde el nivel comunitario.

Papel de la antropología

La salud para todos es un concepto global cuya aplicación exige el despliegue de esfuerzos en la agricultura, la industria, la enseñanza, la vivienda y las comunicaciones, en la medicina y en la salud pública. La asistencia médica, por sí sola, no puede llevar la salud a una población que tiene pésimas condiciones de vida.²

Salud y enfermedad son dos componentes básicos a tomar muy en cuenta en todo programa de desarrollo de la comunidad y el concepto de coordinación multisectorial debe comenzar por la orientación del personal directamente responsable de estas actividades. En el diagnóstico diferencial de causas a nivel de comunidad o de

¹ Versión condensada del trabajo "El conocimiento epidemiológico y antropológico" por el Dr. Silvio Palacios. Ex jefe, Unidad de Malaria y Otras Enfermedades Parasitarias, División de Prevención y Control de Enfermedades. OPS. Av. Atlántica 478. Apto. 806, 22010 Rio de Janeiro, Brasil.

² Mahler. H. El sentido de la salud para todos en el año 2000. *Foro Mund Salud* 2(1)5-25, 1981.

área para mejorar el conocimiento epidemiológico y antropológico se deberá tomar en cuenta que no todos los problemas, entre ellos, la salud y la educación, tienen sus causas en la propia comunidad. Sobre todo en un gran número de comunidades rurales, pobres y aisladas donde no se dispone de un mínimo poder de decisión ni influencia para resolver problemas que están fuera de su control.

Al programar las actividades de atención primaria es necesario tener en cuenta las necesidades sentidas por una comunidad, y también tener presente que "Las necesidades de la población no necesariamente están en el área convencional de la salud".³ Para que el encargado del programa y la comunidad perciban sus necesidades, esta última debe participar desde el comienzo. Ahora bien, sin la ayuda de especialistas en antropología cultural difícilmente podrá conocerse ese sentir tradicional de muchas comunidades de América Latina y el Caribe y, hasta ahora, muy pocos países disponen de un antropólogo cultural que se dedique de manera exclusiva a la atención primaria de salud.

La población debe sentir profundamente una necesidad para que se decida a participar, para que "sienta la urgencia de intervenir en auxilio de sí misma. Problemas de avenamiento, agua potable, abrigo y habitación higiénicos, prevención y otros tantos que preocupan hondamente al epidemiólogo no son motivo de ansiedad para los que ignoran la causalidad natural de las enfermedades y, por tanto, no ven la necesidad de ofrecer trabajo y cooperación para resolver situaciones de malestar por métodos cuyos supuestos teóricos no alcanzan a comprender".⁴ La salud puede ser, y de hecho lo es

en infinidad de comunidades, un término muy relativo y que puede no figurar como un asunto urgente ni ser considerado como una necesidad básica; por el contrario, la enfermedad pasa a ser parte de la vida cotidiana, y la gente se adapta a ella.⁵

Por eso es tan importante una interacción de la epidemiología y la antropología. El ineludible y productivo contacto con la comunidad crea en el epidemiólogo la necesidad de estudios de antropología cultural o de consulta con especialistas, durante las fases de programación y funcionamiento de los servicios de atención primaria. Sin embargo, hasta ahora no han sido frecuentes los contactos deseables de trabajo en equipos de salud del epidemiólogo y el antropólogo cultural, con algunas excepciones. Vale observar que el antropólogo, por su formación, se siente obligado a proteger la cultura de las comunidades objeto de su estudio, posición lógica que en ocasiones puede demorar la entrega de la contribución que se pide y hasta obstaculizar ciertos cambios necesarios porque los considera demolidores de los patrones culturales de un pueblo. Tengamos en cuenta que hoy la extraordinaria facilidad de las comunicaciones está contribuyendo para facilitar los cambios y que "la gente suele estar mucho más impaciente por cambiar, por abandonar lo viejo y aceptar lo nuevo, que lo que creen los antropólogos".⁶ Todo esto indica la necesidad de una selección cuidadosa de estos especialistas.

Los aspectos sociales de las culturas de las comunidades a las que se dirige la atención primaria se conocen mejor que sus aspectos tecnológicos. Después de conseguida la decisión política y al poner en marcha las decisiones técnicas y operacionales, las medidas no serán eficaces a

³ Castellanos Robayo, J. Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. *Bol Of Sanit Panam* 82(6):478-492, 1977.

⁴ Aguirre Beltrán, G. *Programas de salud en la situación intercultural*. México, Instituto Indigenista Interamericano, 1955.

⁵ Hanlon, J. J. *Principios de administración sanitaria* México, La Prensa Médica Mexicana, 1963.

⁶ Foster, G. M. *Las culturas tradicionales y los cambios técnicos*. México, Fondo de Cultura Económica, 1964

menos que tengan soporte técnico y científico. Lo realmente difícil en las decisiones sobre qué hacer será encontrar un equilibrio o por lo menos una aproximación entre lo que se denomina tecnología apropiada y el sentir tradicional de la comunidad. Allí tiene campo el antropólogo.

También se considera importante difundir entre las autoridades y en las universidades el verdadero sentido que la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el personal de salud pública de los países de América Latina y del Caribe, dan a la tecnología apropiada, "que debiera ser, en primerísimo lugar, una creación autóctona de los mismos países en desarrollo, y el problema central que estos tienen ante sí es el de constituir una capacidad autóctona de innovación y no el de importar más tecnología extranjera".⁷ No se trata, pues, de que la comunidad resuelva todos sus problemas de salud o de otra índole, usando exclusivamente tecnología tradicional, recursos locales y baratos. La comunidad debe participar y participará en muchas oportunidades pero no podrá asumir, en la mayoría de las ocasiones, la totalidad del costo que supone la instalación y funcionamiento de los servicios de atención primaria, por muy simples que sean sus actividades.

Epidemiología

Hay actividades o medidas de lucha contra ciertas enfermedades que pueden realizarse con la participación directa de la comunidad, otras con el trabajador primario de salud, otras con auxiliares y enfermeras, con el médico general, y así sucesivamente. Existen también ciertas actividades o medidas que estarán ampliamente justificadas en diversas situaciones endémicas y

epidémicas que solamente podrán ser aplicadas por personal específicamente adiestrado y equipado.⁸

Los servicios de epidemiología de los programas especiales o los epidemiólogos generales que dispongan de adecuada preparación deberían seleccionar y decidir esas actividades o medidas de lucha. La intensidad, extensión y responsabilidad de la ejecución de tales medidas estarán en razón directa del daño, de su viabilidad técnica, operacional, administrativa y financiera y de los resultados satisfactorios esperados. Podría pensarse en una escala gradual que estuviera de acuerdo con el tipo de operación y las posibilidades individuales de un trabajador primario de salud, de la participación de la comunidad, de un equipo de salud que incluya laboratorio, o de un equipo especializado, cuando epidemiológica, operacional y económicamente se justifique.

La mayoría de los datos que sirven de información en la vigilancia epidemiológica provienen generalmente de los servicios de salud locales o regionales, de las instituciones hospitalarias oficiales y de los programas especiales, donde existe personal auxiliar adiestrado para este fin. Al respecto se puede afirmar que desde el personal auxiliar de enfermería en adelante no existen problemas para la obtención y registro de datos. Es en el nivel crítico del trabajador primario de salud, donde comienza a producirse la información, donde pueden existir dificultades si no se cuidan los aspectos de selección y adiestramiento de este personal, que en su mayoría tiene un grado insuficiente de instrucción. La clave para aminorar esta dificultad es encontrar un método más simplificado que los sugeridos hasta ahora. Hay que insistir en la idea de confeccionar listas sencillas de síntomas o mani-

⁷ Jéquier, N. ed. Tecnología apropiada, problemas y promesas. París, Centro de Desarrollo, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 1979.

⁸ Valladares, R. Debate sobre paludismo. Los principales enemigos son el hambre, la pobreza y la ignorancia. *Foro Mund Salud* 2(3):455-456, 1981.

festaciones de tal manera que posibiliten al epidemiólogo a interpretar los datos y llegar a un diagnóstico de sospecha. La repetición del diagnóstico indicará la necesidad de una confirmación inmediata a través de una investigación o encuesta en el campo que permitirá recomendar las medidas adecuadas. Es el epidemiólogo quien debe hacer el diagnóstico, no el trabajador primario de salud.

Un aspecto relacionado con la información de la vigilancia epidemiológica y que tiene una enorme repercusión para los datos estadísticos producidos en todos los niveles e interpretados y publicados a nivel nacional es que los servicios de atención primaria en las áreas rurales, con personal adiestrado y supervisado, deben de ser promotores y motivadores constantes para

el mejoramiento de los registros locales de nacimientos y muertes.

Los países de América Latina y del Caribe y la Organización Panamericana de la Salud disponen de personal con experiencia y conocimientos para redactar manuales de vigilancia epidemiológica adaptados a los diferentes medios y culturas locales o regionales, en los que se individualice la prevención y control de las enfermedades prevalentes en cada área, y también para elaborar los protocolos de las investigaciones epidemiológicas y operacionales que deben realizarse en la fase preparatoria y durante su ejecución, ya que estos dos tipos de investigaciones adquieren importancia decisiva para las evaluaciones, rectificaciones y perfeccionamiento de todo el sistema de salud.

POSIBLES LESIONES RESULTANTES DE LA AMNIOTOMIA PRACTICADA DURANTE EL PARTO¹

Una referencia histórica a la práctica de la amniotomía se encuentra en el libro de Philippe Peu, *La Pratique des Accouchements* escrito hace más de tres siglos. Peu propugnaba que solo convenía practicar la amniotomía en casos de urgencia, en presencia de ciertas condiciones patológicas (hemorragia, muerte del feto, etc.). Posteriormente, todos los autores clásicos franceses y alemanes del siglo pasado y de principios de este siglo concordaron con la opinión de Peu.

La práctica sistemática de la amniotomía al comienzo del parto normal fue ini-

ciada por Kreis en 1929. La principal finalidad era abreviar la primera etapa del parto. Desde entonces la amniotomía se ha generalizado en todo el mundo. Recientemente se ha demostrado que la

Una de las supersticiones más difundidas con respecto al amnios o velo consistía en que esta membrana protegía de morir ahogado. Con toda probabilidad la idea tuvo su origen en el hecho de que el feto no se ahoga en el líquido que encierra el amnios. En la Edad Media se pensaba que el velo era una protección contra los demonios que causaban las tormentas marinas, y durante siglos los marineros llevaron este fragmento de membrana como amuleto contra los naufragios y como protección para no morir ahogados. (Forbes, R. Thomas. *Veil of Good Fortune in the Midwife and the Witch*. New Heaven, Yale University Press, 1966. p. 105.)

¹ Ricardo Schwarcz. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, OPS. Dirección postal: Casilla de correo 627, Montevideo, Uruguay. Versión condensada de Schwarcz, R. y Caldeyro-Barcia, R. *Amniotomy* Montevideo, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, OPS, 1982. (Publicación Científica CLAP 931) Capítulo en *Elective Delivery in Obstetric Practice* Anderson, A., Chalmers, I. y Turnbull, A. eds. New York, Oxford University Press. (En prensa.)