

# ENFERMERÍA

# 3423

## LA EVALUACIÓN EN EDUCACIÓN SANITARIA CON REFERENCIA A LA HIGIENE MATERNAL Y DEL AMBIENTE\*

Por HILDA LOZIER y OLGA BAEZA

*Enfermeras Sanitarias de las Unidades de San Miguel y Quinta Normal, respectivamente, Santiago, Chile*

La posibilidad de progreso de una institución depende por una parte, de la capacidad de autocrítica de los miembros que la constituyen, y por otra de la comprobación periódica de los resultados obtenidos. Ambos procesos son una manifestación de la actitud científica frente a los problemas que se plantean en todo trabajo de renovación de las ideas y prácticas establecidas, y que es indispensable para realizar cualquier trabajo serio en el campo social.

Este estudio se refiere a una institución nueva y de proyecciones sociales incalculables: la Unidad Sanitaria. Nuestro propósito es efectuar una evaluación o comprobación de los resultados obtenidos por una de estas instituciones, la Unidad Sanitaria de Quinta Normal, Santiago de Chile. Naturalmente, no pretendemos discutir todos los aspectos del problema ni abarcar todos los casos; sólo aspiramos a realizar una exploración en este importante campo, que, aunque no conduzca a conclusiones de valor general, pueda servir de base para futuros programas de evaluación de la eficiencia del trabajo de las unidades sanitarias.

Este trabajo se limita a un sólo aspecto de la labor de las unidades sanitarias: la eficiencia de la educación sanitaria que realizan las unidades sanitarias. Dentro de este campo ya limitado, hemos restringido aún más nuestro estudio a la atención prenatal y a la higiene del ambiente. Aun cuando cubre sólo dos áreas de las diez o más que comprende el trabajo total de la Unidad Sanitaria, estimamos que son suficientemente importantes como para calcular un índice significativo del grado de eficiencia de la educación sanitaria que realiza la Unidad Sanitaria de Quinta Normal. La evaluación que efectuaremos nos permitirá descubrir las deficiencias que existen en la aplicación del programa de educación para la salud; corregirlas mediante una redefinición de sus finalidades, una selección más científica y práctica del contenido del programa, la reorganización de sus prácticas, etc., y mejorar así la eficiencia de la labor de la Unidad Sanitaria. Sólo por medio de una evaluación periódica que permita la revisión constante de la orientación y las prácticas, puede una institución cumplir adecuadamente la función social que le corresponde.

\* Trabajo presentado durante el Curso de Educación Sanitaria de la Escuela de Salubridad de Chile, en enero de 1950.

Otro valor del presente trabajo es el de agregar un índice más a los que se usan ordinariamente, tales como estadísticas de mortalidad y morbilidad, natalidad, etc., para estimar el mejoramiento de la salud de la población.

El propósito de este estudio es dar respuesta a las siguientes preguntas:

(1) ¿Adquieren las futuras madres por la acción de la unidad sanitaria los conocimientos, hábitos y actitudes que les permitan dar a luz un hijo sano, y prestarle los cuidados necesarios para que se desarrolle en buen estado de salud?

(2) ¿Adquieren las madres mediante la acción de la unidad sanitaria los conocimientos, hábitos y actitudes necesarios para crear y mantener a su alrededor un ambiente higiénico?

#### ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La evaluación del rendimiento es una práctica relativamente reciente. La evaluación podría definirse como estimación del grado en que se cumplen importantes objetivos del programa o de la institución. Para realizar el proceso de evaluación del programa de educación sanitaria de las unidades sanitarias, es indispensable definir con precisión los objetivos, establecer los criterios o pautas que han de servirle de base y aplicar los instrumentos necesarios para medir los aspectos más importantes que constituyen la educación sanitaria.

Entre los estudios más importantes destinados a medir el rendimiento del trabajo sanitario pueden mencionarse los siguientes:

I. Los trabajos de K. Stouman y S. S. Falk (1) sobre índices de salud establecen clara y taxativamente que para descubrir la fortaleza o la debilidad de las condiciones de salud de un grupo, es absolutamente necesario hacer evaluaciones de cada uno de los rubros que expresan el estado de salud de la población (tasa de morbilidad, mortalidad, etc.) y factores que representan condiciones necesarias para su conservación (saneamiento, agua potable, alcantarillado, etc.). Señalan, además, que los índices de salud pueden ser útiles para la recopilación de rutina de datos esenciales, para comprender las condiciones de salud, las necesidades en relación con la salud y los servicios sanitarios de una gran variedad de comunidades. Estas series breves de índices de salud pueden servirles a las enfermeras sanitarias en las tareas de supervisión de rutina y de verificación del trabajo del grupo en una localidad dada.

El sistema de índices de salud puede servir para muchos y variados propósitos en la revisión periódica del trabajo sanitario. El sistema puede conducir a cambios de orientación, estudios o progresos e indicar especialmente las necesidades de salud y las actividades que éstas requieren.

El índice de salud elaborado y usado por Stouman y Falk es inapreciable bajo tres puntos de vista: (1) Medir bajo todos sus aspectos el estado sanitario de una comunidad; (2) Apreciar los esfuerzos desplegados para proteger la salud; (3) Obtener las informaciones sobre las relaciones entre el estado sanitario y los factores ambientales, que son naturalmente sociales o que resultan de medidas higiénicas particulares.

II. En Estados Unidos el Comité de Práctica Administrativa de la Sociedad Norteamericana de Salud Pública para establecer normas estandarizadas del rendimiento del servicio sanitario, ha preparado la evaluación correspondiente a 1938 (2). Esta pauta de apreciación de la labor sanitaria está ya fuera de uso, pero su orientación general sigue siendo valiosísima. Sin embargo, en este estudio, como en el anterior, no se señala la forma de apreciar el rendimiento de las enfermeras sanitarias, inspectores sanitarios, dentistas, servicios de laboratorio ni trabajos de oficina. En lo que a nuestro interés se refiere, dicha evaluación, como el índice de salud, no da normas, ni señala instrumentos para evaluar o medir el trabajo específico de educación sanitaria.

En lo que se refiere a esta última parte sólo considera como educación sanitaria: (a) Folletos en casos declarados (los folletos contienen indicaciones sobre síntomas, características, peligros y prevención de enfermedades); (b) Publicidad en los periódicos; (c) Conferencias, charlas o películas.

III. La Asociación Americana de Salud Pública preparó después de la aparición de la evaluación, los Índices de Práctica de Salud (3) que contienen tres rubros: criterios o índices estándar, porcentajes y valores relativos.

En la práctica usan sólo el primero, es decir, los criterios o índices que compensan las estimaciones cuantitativas y que se complementan con la evaluación, o estimación de resultados, cuya función es tabular datos técnicos. Los índices de salud intentan medir el estado de la salud pública y no pretenden demostrar si las actividades administrativas son fuertes o débiles. Un sistema perfeccionado de índices de salud deberá apreciar áreas que no pueden ser medidas por técnicas corrientes de estadística.

Los criterios o índices empiezan por medir condiciones de salud, problemas de salud, y determinar los servicios sanitarios de una comunidad. Cuando se aplican, pueden considerarse poco satisfactorios, pero no pierden su valor de experiencia.

IV. Los trabajos de Moroder (4) dicen que en general la medición del rendimiento de los servicios sanitarios apenas se comienza y que este es uno de los problemas que debe tratar la administración sanitaria. Igual consideración hace sobre el costo del trabajo sanitario y su fiscalización. Declara en su trabajo que "cuando la medición se hace por los mismos servicios es una magnífica autoerítica y cuando la practica un organismo superior es un estímulo para todos y la base más importante de información y de estudio para el mejoramiento constante de los métodos y los mecanismos de lucha."

Para poder apreciar y comparar la labor realizada es fundamental la existencia de un modelo y un método uniforme para el registro de los resultados. Este método propuesto, según el mismo autor, no es tan sencillo y tiene serias complicaciones que señala sucintamente en su estudio.

Expresa, además, "que no se puede establecer en forma repentina una organización estadístico-administrativa para medir el rendimiento del trabajo y costos y que es necesario se realice un trabajo continuado de 2 o más años antes de poder llegar a conseguir presentarlo como modelo y base de enseñanza al personal de los demás del país." En otra parte de su trabajo dice: "la fiscalización no sólo debe comprender la cantidad de trabajo realizado sino también su calidad."

En materia de evaluación específica de educación sanitaria no hemos encontrado material bibliográfico y, por lo tanto, este estudio tiene carácter experimental y está sujeto a los errores de cualquiera investigación inicial en un terreno virgen.

#### MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

El Método comprende dos aspectos: (1) Selección de las familias que serían los sujetos de estudio; (2) Elección y preparación de los instrumentos de investigación que se aplicarían.

**Selección de las familias estudiadas.**—*Determinación de la Muestra Representativa.* Al planear nuestro trabajo encontramos que no existía un punto concreto de referencia del grado de dominio que poseían las madres de los conocimientos, hábitos y actitudes al iniciarse la acción de la Unidad Sanitaria. No era posible, por lo tanto, apreciar el progreso realizado por las madres en este sentido durante el tiempo que han estado en contacto con la Unidad Sanitaria. Era, pues, preciso emplear el método experimental de grupos equivalentes, tomando dos grupos tan semejantes en sus características como sea posible; uno de ellos que haya estado sometido a la acción de la unidad sanitaria, y el otro que funcionaría como grupo de control. En estas condiciones, el dominio de los conocimientos, hábitos y actitudes sobre higiene materno-infantil y del ambiente que posean las madres del grupo atendido por la unidad sanitaria será el resultado directo que podrá atribuirse a la acción de dicho servicio y no a diferencias de medio ambiente, educación, situación económico-social, edad, ocupación, etc.

Nuestra primera tarea consistió en determinar las características de la familia típica atendida por la unidad sanitaria. Para eliminar todo factor selectivo, se tomó una ficha familiar de cada diez fichas del archivo de 5,220 fichas de familias atendidas por la unidad sanitaria en los últimos 7 años; de las 522 se seleccionaron 52, que constituyen la muestra representativa del total de familias atendidas por la unidad sanitaria en los últimos 7 años.

Estas 52 familias fueron analizadas en los siguientes aspectos: Edad del padre y de la madre; educación del padre y de la madre; número de hijos; número de personas del grupo familiar que fueron controladas; ocupación del padre y de la madre; salarios del padre y de la madre; tipo de habitación; servicios sanitarios (agua y alcantarillado); áreas de atención recibidas por la familia (niños, embarazadas, etc.); y número de contactos con la Unidad Sanitaria (visita domiciliaria y clínica). Estos aspectos constituyen las características de la familia típica atendida por la Unidad Sanitaria de Quinta Normal y se presentan en los cuadros que van a continuación:

*Resumen de las Características*

Edad del padre: 30.6 años	Edad de la madre: 28.4 años
Educación del padre: 3 años de primaria	Educación de la madre: 2.5 años de preparatoria
Número de hijos: 3	
Ocupación: obrero	Ocupación: obrera
Salario semanal: 451.26 pesos*	Salario de la madre: 353.20 pesos* semanales (sólo trabajan 12)

*Tipos de habitación:*

a) casa independiente.....	46.15%
b) piezas.....	11.54%
c) departamentos.....	7.69%
d) ranchos.....	25%

*Servicios sanitarios:*

agua potable.....	80.77%
pilón común.....	3.38%
no hay.....	15.85%
alcantarillado.....	36.54%
pozo negro.....	54.76%

\* Los salarios corresponden a diciembre de 1949.

CUADRO NO. 1.—Frecuencia de contactos de 52 familias elegidas al azar controladas por la Unidad Sanitaria de Quinta Normal entre los años 1943-1949

Lugares	No. contactos	%
Clínica.....	329	53
Hogar.....	288	46.5
Oficina.....	3	0.5
Totales.....	620	100.00

*Total de contactos efectuados desde 1943-1949*

En 7 años 52 familias tuvieron 620 contactos

En 7 años 1 familia tuvo 12 contactos

En 1 año 1 familia tuvo 1.7 contactos

*Áreas de atención que la Unidad Sanitaria proporcionó a la familia*

Atención de niños.....	63.55%
Atención maternal (pre y post-natal).....	22.43%
Atención de tuberculosos.....	14.02%
Número de personas controladas en 52 familias.....	107
Número de personas por familia.....	4.8

**Selección del grupo de control.**—El grupo de familias elegidas para servir de grupo de control, fué tomado del archivo del Registro Civil de la comuna, considerando las características de las familias típicas. Por consiguiente, es legítimo suponer que los dos grupos de familias estu-

diados posean las mismas características, y sean por lo mismo, equivalentes. Las diferencias que se comprueban serán imputables a la acción de la Unidad Sanitaria.

**Instrumentos de medición empleados.**—El primer problema que se planteó fué el de la definición de los objetivos que perseguía la unidad sanitaria con referencia a los conocimientos, hábitos y actitudes de higiene materno-infantil y del ambiente.

Para determinar estos objetivos se estudió el contenido del programa de educación sanitaria en atención prenatal (Sistematización de Atención Prenatal preparado por las enfermeras sanitarias de la Unidad de Cerro Barón de Valparaíso), formulando las siguientes finalidades y objetivos generales y específicos.

**Finalidades de la Unidad Sanitaria de Quinta Normal.**—La finalidad fundamental de la Unidad Sanitaria de Quinta Normal es proteger, prevenir, curar, fomentar la salud colectiva y propender al mejoramiento del estándar de vida y por consiguiente del bienestar y la felicidad colectivos.

*Objetivos de la Unidad Sanitaria en la Atención Prenatal:* Propender por todos los medios a su alcance a controlar, proteger, enseñar y supervigilar a las futuras madres para evitar riesgos de enfermar y de morir para ella y su niño y ayudarla a criar un hijo sano.

*Objetivos Generales y Específicos del Area "Atención Prenatal."*

*Objetivos Generales:*

(1) Ayudar a la madre a proporcionarse los cuidados necesarios durante el embarazo para tener un hijo sano y conservar su salud y su vida.

(2) Preparar a la futura madre para que con su ejemplo en prácticas de salud, actitudes y conocimientos pueda influir en el desarrollo educativo de su grupo familiar y social.

*Objetivos Específicos:*

*Conocimientos*

(1) Impartirle los conocimientos sobre higiene personal que debe observar durante el embarazo.

(2) Darle conocimientos sobre alimentación adecuada durante el embarazo.

(3) Proporcionarle conocimientos elementales acerca del proceso de la formación del nuevo ser y la manera como ella puede contribuir a su desarrollo normal antes del nacimiento.

(4) Enseñarle a la futura madre la forma de confeccionar económicamente el ajuar y equipo del niño.

(5) Dar conocimientos sobre la importancia del agua potable en la conservación de la salud y sobre su forma de purificarla y conservarla higiénicamente.

(6) Informar a la madre sobre las vacunas más usadas y los beneficios que ellas reportan en la protección de la salud, de la vida, de la familia y de la comunidad.

*Hábitos:*

(1) Formar en la futura madre hábitos de higiene personal, general y especial, tales como alimentación, aseo, reposo, recreo, ejercicios, ventilación, sueño, etc.

(2) Desarrollar en la madre hábitos de buena alimentación con respecto a la calidad, cantidad y variedad de alimentos y los hábitos alimenticios correspondientes.

(3) Crear en la familia el hábito de beber agua potable y la forma de usarla en beneficio de la salud.

(4) Inculcar en la madre el hábito de vigilar continuamente la edad de sus hijos para aplicarles las vacunas correspondientes.

*Actitudes:*

(1) Cultivar en las madres el deseo de informarse acerca de su estado, los cuidados y atención profesional que requieren antes, durante y después del parto.

(2) Desarrollar en la futura madre la conciencia de que su embarazo requiere control médico periódico.

(3) Promover en la futura madre el deseo de conocer el papel de los alimentos en la formación de su hijo.

(4) Desarrollar en la madre el sentido de responsabilidad con relación a su futuro hijo y los deberes que tiene para con él durante el embarazo y una vez crecido.

(5) Formar en la futura madre una disposición favorable a la maternidad, en el sentido de que es un proceso natural a cuya feliz terminación es necesario cooperar.

(6) Estimular a la madre a desarrollar una actitud de confianza que la induzca a seguir las recomendaciones y a cooperar con el médico, la enfermera sanitaria y la matrona durante su período prenatal, del parto y del puerperio.

(7) Estimular a las futuras madres a comentar, discutir y difundir sus conocimientos, sus hábitos y actitudes, con sus vecinas y amigas y fomentar entre ellas las prácticas básicas de higiene personal.

(8) Crear en su ambiente una actitud de cooperación hacia la Unidad Sanitaria y difundir sus propósitos.

(9) Desarrollar en las familias el sentido de apreciación por los servicios de agua potable y alcantarillado y su forma de cooperar en la obtención o mantenimiento de estos servicios.

(10) Estimular a la madre a cooperar con las autoridades sanitarias en la aplicación de medidas preventivas, tales como aplicación de vacunas preventivas, purificación del agua y prevención de enfermedades.

El programa de educación sanitaria mencionado sirvió también de base para la preparación de la Lista Maestra de Conocimientos, Hábitos y Actitudes en Atención Prenatal. Esta lista sirvió a su vez de base para la preparación de la lista final que se utilizaría en la investigación. La Lista Maestra comprende 145 renglones, número excesivo para los efectos de este trabajo. Era preciso, pues, hacer una eliminación que redujera a límites razonables estas pautas.

Deseando evitar toda intervención de elementos subjetivos en esta eliminación de renglones, fué sometida a la revisión de ocho enfermeras sanitarias y dos médicos, quienes independientemente calificaron cada uno de los 145 renglones correspondientes a hábitos, conocimientos y actitudes según su importancia, en tres categorías: muy importantes,

importantes y menos importantes. La investigación se hizo a base de los renglones que los diez funcionarios calificadores habían marcado en la categoría de muy importantes.

En esta forma creemos haber eliminado los factores subjetivos y haber preparado una lista final objetiva y válida para los propósitos de nuestro trabajo.

La lista final comprende tres rubros: conocimientos, hábitos y actitudes. El primero comprende 14 renglones; el segundo 12, y el tercero tiene 11. Esta lista así obtenida presenta algunas limitaciones, la más importante de las cuales es la escasa importancia que los calificadores atribuyeron a la alimentación.

Se consideró indispensable agregar a la lista final una guía de observación de la higiene del ambiente que comprende 10 renglones, que se refieren a importantes aspectos de la higiene del ambiente. Sólo en la medida en que el individuo cambia su ambiente ha aprendido y el programa de educación sanitaria ha cumplido su propósito.

Todos los términos usados en las listas fueron definidos previamente a fin de igualar el criterio con que serían calificados. En la lista final se definieron todos los renglones de la Guía de Observación en estas tres categorías: Buena, Regular, Mala.

**Recopilación de los datos.**—El proceso de recopilación de material consistió en aplicar el cuestionario o lista final a los dos grupos de familias en visitas domiciliarias.

Dos enfermeras sanitarias visitaron simultáneamente a cada familia, una de ellas realizaba la entrevista mientras la otra efectuaba las observaciones correspondientes a la higiene del ambiente. En esta forma se estudiaron 40 familias, 20 del grupo sometido a la acción de la unidad sanitaria y 20 del grupo de control.

**Análisis de los datos.**—Los datos obtenidos se han ordenado y clasificado en cada renglón separadamente para cada uno de los grupos.

Sumando los porcentajes de los catorce renglones de la lista final del cuadro de conocimientos, encontramos que el grupo de las familias controladas por la Unidad domina, como término medio, un 75% de los conocimientos de la lista, mientras que las no controladas dominan solamente el 39% de estos conocimientos. Esta diferencia demuestra la eficacia de la acción de la Unidad Sanitaria en lo que a este aspecto se refiere.

En el cuadro correspondiente a hábitos se observó también una superioridad del grupo controlado por la Unidad Sanitaria. Aun cuando la diferencia es menor, sólo de 23%, es apreciable y significativa.

Un rápido examen del cuadro de actitudes revela una franca superioridad del grupo controlado en relación al grupo no controlado.

Los datos contenidos en el cuadro de higiene del ambiente en ambos grupos no ofrecen una diferencia apreciable entre el grupo controlado por



CUADRO NO. 2.—*Conocimientos sobre higiene maternoinfantil de un grupo de 20 familias controladas por la Unidad Sanitaria de Quinta Normal y de un grupo del mismo número de familias no controladas por dicha Unidad: año 1949*

Lista final	Familias controladas		Familias sin control	
	Respuestas afirmativas	%	Respuestas afirmativas	%
1. Beben leche.....	18	90	8	40
2. Consultan profesionales, médico o enfermera.....	18	90	9	45
3. Ponen al pecho al 2º día al recién nacido.....	12	60	7	35
4. Dan pecho cada tres horas.....	19	95	14	74
5. Evitan exceso de ropa.....	16	80	9	47
6. Usan muda corta diurna en verano...	13	72	10	50
7. El agua potable favorece la conservación de la salud.....	19	95	15	79
8. Tienen cuna para el recién nacido ...	16	84	8	40
9. Colocan al niño al pecho de 10 a 20 minutos como mínimo.....	13	72	10	50
10. Se preparan para el parto.....	14	74	6	30
11. Reciben inmunizaciones:				
a) antitífica.....	7	39	1	5.5
b) mixta.....	13	72	4	21
c) variólica.....	12	67	1	5.5
d) BCG.....	13	65	4	22
		75.35%		38.85%

CUADRO NO. 3.—*Hábitos de 40 familias, 20 bajo control de la Unidad Sanitaria y 20 sin control en el año de 1949*

Lista final	Familias controladas		Familias sin control	
	Respuestas afirmativas	%	Respuestas afirmativas	%
1. Toman leche.....	13	65	8	40
2. Comen carne, pescado o vísceras...	16	80	12	60
3. Se lavan los dientes.....	18	90	14	70
4. Tienen funcionamiento diario de las vías digestivas.....	18	90	15	75
5. Se asean pechos y pezones diariamente.....	16	80	7	37
6. Cubren la cuna con velo blanco para moscas.....	9	53	5	27.8
7. Mantienen aseado equipo del niño..	7	37	6	32
8. Usan frasco para chupetes.....	5	25	1	5
9. Se lavan las manos antes de dar de mamar.....	16	84	11	65
10. Dan agua al recién nacido.....	8	40	4	22
11. Suprimen ropa de lana en verano..	17	85	9	47
12. Toman sólo agua potable.....	19	95	13	68
		68.66%		45.73%

la Unidad Sanitaria de Quinta Normal y el grupo no controlado. Sin embargo, hay algunos renglones que presentan diferencias significativas, como por ejemplo, "Vivienda" que tiene una diferencia del 35% a favor de las familias controladas; el renglón "Aseo de los niños" que tiene una diferencia a favor del 26% y el renglón "Aseo personal" con una diferencia a favor del grupo controlado del 25%.

En relación con la higiene del ambiente se obtuvieron dos datos más: el número de personas por pieza que nos da un índice del hacinamiento o aglomeración y el índice de personas por cama que revela el grado de promiscuidad en que viven las familias estudiadas. El estudio del cuadro de higiene demostró que mientras en las familias controladas por la unidad sanitaria hay un 25% que tienen de 0 a 3 personas por pieza, en el grupo no controlado hay solamente un 15%. En el grupo controlado por la Unidad Sanitaria hay un 40% de familias que tiene de 4 a 5 personas por pieza y en el grupo no controlado, el grupo de familias que tiene 4 y 5 personas por pieza asciende al 50%. Las diferencias no son apreciables en este aspecto.

CUADRO No. 4.—*Actitudes de 40 familias, 20 de ellas bajo el control de la Unidad Sanitaria Quinta Normal y 20 sin control en el año 1949*

Lista final	Familias controladas		Familias sin control	
	Respuestas afirmativas	%	Respuestas afirmativas	%
1. Visitan al médico periódicamente . . .	15	75	10	50
2. Toman leche . . . . .	18	90	10	53
3. Consultan profesionales, médico o enfermera. . . . .	14	78	8	40
4. Llevan las manos limpias y las uñas cortas. . . . .	8	47	1	6
5. Cooperan a la obtención de agua potable. . . . .	18	90	13	65
6. Adaptan bien la boca del niño al pezón	8	44	5	31
7. Se extraen los raigones. . . . .	12	67	4	20
8. Reciben inmunizaciones:				
a) antiftífica . . . . .	8	57	1	7
b) mixta . . . . .	15	79	4	25
c) variólica . . . . .	10	62.5	1	8
d) BCG. . . . .	11	69	5	33
		68.96%		30.72%

El número de personas por cama fué también investigado y reveló que en las familias controladas había un grado de hacinamiento de 0.72 camas por personas y en las de control 0.54 camas por persona.

Al través de esta investigación se ha demostrado que el grupo controlado por la Unidad Sanitaria de Quinta Normal exhibe una superior-

CUADRO No. 5.—*Higiene del ambiente de 40 familias, 20 familias bajo control de la Unidad Sanitaria de Quinta Normal y 20 familias sin control en el año 1949*

Lista final	Familias sin control		Familias controladas	
	Respuestas afirmativas	%	Respuestas afirmativas	%
1. Vivienda.....	3	15	10	50
2. Aseo de la casa.....	3	15	5	26.3
3. Condiciones de las camas.....	10	50	6	32
4. Aseo utensilios de cocina.....	1	6	3	15
5. Aseo personal.....	3	15	8	40
6. Aseo de los niños.....	4	21	9	47
7. Agua potable.....	16	80	17	85
8. Moscas.....	2	10	0	0
9. Condiciones de aseo de las salas de baño.....	1	5	1	5
		24.11%		33.39%

CUADRO No. 6.—*Personas por pieza en un grupo de cuarenta familias; 20 familias bajo control de la Unidad Sanitaria Quinta Normal y 20 familias sin control en el año 1949*

Personas por pieza	Familias controladas		Familias sin control	
	Familias	%	Familias	%
1	0	0	0	0
2	1	5	0	0
3	4	20	3	15
4	5	25	7	35
5	3	15	3	15
6	6	30	1	5
7	0	0	4	20
8	1	5	0	0
9			2	10
Totales.....	20	100%	20	100%

Promedio: 0.23 persona por pieza

Promedio: 0.34 persona por pieza

ridad manifiesta en los tres aspectos que cubre esta investigación, a saber, conocimientos, hábitos y actitudes en relación con la Higiene Prenatal.

Los resultados en este aspecto son los siguientes:

(a) En el área de conocimientos las familias controladas por la Unidad Sanitaria dominan un 75% de los conocimientos. Las familias no controladas dominan solamente el 39% de los conocimientos esenciales.

(b) En el área de hábitos las familias controladas alcanzaron un promedio de 67% mientras que el grupo no controlado alcanzó 46%.

(c) En el área de las actitudes la diferencia entre el grupo controlado por la Unidad Sanitaria y el grupo no controlado es de un 38% a favor del grupo sometido a la acción de la Unidad Sanitaria, siendo la más alta diferencia encontrada.

(d) La higiene del ambiente revela también una diferencia de 9% entre el grupo controlado por la Unidad Sanitaria y el no controlado.

(e) El grado de hacinamiento o aglomeración presenta escasas diferencias entre un grupo y otro, como igualmente el número de personas por cama.

**Validez de los resultados.**—Estimamos que el procedimiento seguido para determinar los objetivos y derivar la lista final ofrece garantías suficientes de objetividad para considerar válidos los resultados obtenidos mediante su aplicación.

El hecho de que las listas o cuestionarios fueran aplicados en visita domiciliaria de dos enfermeras simultáneamente, hecho que hizo posible la corroboración inmediata mediante la observación de los renglones objeto de la entrevista de la familia, asegura igualmente exactitud, objetividad y validez a los resultados.

La igualdad de las características del grupo de control se aseguró mediante la equivalencia de edades, número de hijos y sector de residencia. Creemos que los resultados obtenidos representan, dado el carácter exploratorio de este estudio, una contribución a la evaluación del programa de Educación de la Unidad Sanitaria.

#### RECOMENDACIONES

(1) Sería conveniente imponer un cambio en lo que se refiere a higiene del ambiente, lo que podría lograrse orientando el programa de educación sanitaria en el sentido de dar importancia primordial a la higiene del ambiente. Igualmente importante es el aumento de los contactos domiciliarios de la enfermera sanitaria.

(2) Convendría investigar las demás áreas de atención, tomando un número mayor de familias.

(3) A fin de obtener aun mayores resultados, convendría determinar científicamente, teniendo presentes las condiciones de vida y las necesidades de salud de nuestra población, el número de familias que podría atender al año en forma eficiente cada enfermera sanitaria.

(4) Sería recomendable que al iniciarse toda nueva inscripción de familias se estableciera previamente su grado de dominio de los conocimientos, hábitos y actitudes fundamentales en el área de atención, a fin de poder estimar el progreso periódico en los aspectos correspondientes. Así sería posible apreciar en forma adecuada y regular el rendimiento de las enfermeras sanitarias.

(5) La posibilidad de que el programa de educación sanitaria de las unidades sanitarias alcance el grado de eficiencia que la calidad de sus funcionarios permite esperar y que pueda extenderse cada vez a sectores más amplios de la comunidad, dependerá de que se adopten las medidas

de organización y administración que permitan una verdadera jerarquización de objetivos y una racionalización del trabajo, especialmente de las enfermeras sanitarias.

(6) Sería también recomendable el uso de personal auxiliar de enfermería adiestrado para tareas de rutina que suplementan la acción de las enfermeras sanitarias. El uso de este personal permitiría una mayor frecuencia de contactos y tendería a reforzar la acción de los diversos servicios de las unidades sanitarias.

#### CONCLUSIONES

(1) La acción de la Unidad Sanitaria de Quinta Normal es decisiva en la adquisición por parte de las futuras madres de los conocimientos, hábitos y actitudes con relación a la higiene prenatal, como lo demuestra la superioridad evidente del grupo controlado por la unidad sanitaria sobre el grupo no controlado.

(2) La acción de la unidad sanitaria es más efectiva en el área de las actitudes, en segundo lugar en el área de los conocimientos y en tercer lugar en el área de los hábitos. El renglón que revela escasa influencia de la unidad sanitaria es el de la higiene del ambiente.

(3) La acción de la unidad sanitaria aparece particularmente débil en el hacinamiento y la promiscuidad.

(4) El hecho de que las actitudes ocupen el primer lugar entre los efectos de la acción de la Unidad Sanitaria de Quinta Normal demuestra el interés que estos servicios han sabido despertar entre la población que atienden y la confianza que han logrado inspirar.

(5) La constatación de que en el área de los hábitos la acción de las unidades sanitarias es más débil que en el área de las actitudes y conocimientos podría interpretarse como una falla del programa de educación sanitaria de las unidades sanitarias.

#### BIBLIOGRAFÍA

- (1) Stouman, K., y Falk, S. S.: "Indice de santé: Leur Rapport avec le milieu et l'état sanitaire," *Bull. Trim.*, vol. 6, p. 936, 1938.
- (2) "Appraisal for Local Public Health Work in New York, 1936."
- (3) American Public Health Association: "Health Index," 1938.
- (4) Moroder, J.: "El rendimiento y el costo del trabajo sanitario: Su estimación y su fiscalización," reimpreso de *Anales de Medicina Pública*, Argentina, Vol. I, Nos. 2 y 3, sbre. 1949.
- (5) Bauer, W. W., y Hull, G. Thomas: "Health Education of the Public," pp. 7-19 y 268-280. Saunders and Co., Philadelphia and London, 2a ed., 1942.
- (6) Turner, C. E.: "Principles of the Health Education," Capítulos III y XIII. C. D. Heath and Co., New York, 1939.
- (7) Hagood, Margaret: "Statistics for Sociology," Reinald Hitchcock Inc., New York, 1941.
- (8) Molina, Gustavo: "Discurso Inaugural: Curso Principal, Escuela de Salubridad de Chile," mimeografiado, mayo 1949.