

INDEXED

UN PROGRAMA DE CUIDADOS DE LA SALUD PARA LA MADRE Y EL NIÑO



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

1966

INDEXED

UN PROGRAMA DE CUIDADOS DE LA SALUD PARA LA MADRE Y EL NIÑO



Publicación Científica No. 130

Abril de 1966

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

525 Twenty-third Street, N. W.
Washington, D. C. 20037, E. U. A.

INFORME PREPARADO POR:

Dr. Alfred Yankauer
Asesor Regional en Higiene Maternoinfantil
Organización Panamericana de la Salud

SUMARIO DE MATERIAS

	<i>Página</i>
Capítulo I Antecedentes e introducción	1
Capítulo II Conceptos y principios relativos a los servicios de cuidado de la salud de la madre y del niño	5
Capítulo III El servicio de cuidado de la salud materno-perinatal	9
Capítulo IV El servicio de cuidado de la salud de lactantes y niños en edad preescolar	12
Capítulo V Ejemplos de la aplicación de conceptos a las normas de servicio	15
A. Servicio de dispensario rural	15
B. Servicio urbano de cuidado de la salud de la madre y el niño	21
C. Recapitulación	27
Capítulo VI Un programa de salud escolar	29

APENDICES

1. Análisis histórico de los programas de reducción de la mortalidad de la primera infancia en América Latina	34
2. El concepto de servicios “básicos” de salud (con especial referencia a la salud de la madre y del niño)	43
3. Estudio de la salud de la colectividad	52
4. El procedimiento de evaluación	59
5. La planificación nacional y el establecimiento de normas de higiene maternoinfantil en América Latina	66
6. Metas del adiestramiento y del servicio de enfermeras profesionales y especialistas en obstetricia en los programas de cuidado de la salud de la madre en América Latina	84
7. Problemas de nutrición del niño preescolar en América Latina, por el Dr. John J. Kevany, Asesor Regional en Nutrición, OPS/OMS, Washington, D. C.	87

CAPITULO I

ANTECEDENTES E INTRODUCCION

Un programa de salud pública suele ser el resultado de una manifiesta preocupación por la existencia de un problema de salud. Esa preocupación puede ser expresada por un sector del público, por líderes políticos o por dirigentes médicos y de salud pública. La génesis y la posible categoría de un programa de higiene maternoinfantil son fundamentalmente diferentes de las de cualquier otro programa de salud pública. Las preocupaciones que lo originan son las de la sociedad y sus dirigentes más que las consideraciones de carácter técnico de profesionales. Por otra parte, estas no se fundan en el temor a una enfermedad (como ocurre con el control de las enfermedades transmisibles), ni en reacciones estéticas a una incomodidad de orden sanitario (como sucede con el saneamiento del medio) y tampoco en motivos de carácter puramente humanitario (como es el caso de los programas tradicionales de atención médica). Los programas de salud de la madre y el niño existen porque la sociedad ha atribuido un valor especial a este sector de su población. El problema estriba en que un número excesivo de madres y niños fallecen o quedan inválidos. Se trata de un problema viejo, pero la preocupación manifestada por él es muy moderna. Los elevados niveles de civilización alcanzados en la Grecia de Pericles, la Italia del Renacimiento o la España del Siglo de Oro no manifestaron estas preocupaciones porque no les concedían valor alguno.

Es importante que los administradores de salud pública tengan presentes estas relaciones. Un programa de salud de la madre y el niño no refleja sino el valor que la sociedad atribuye a las madres y a los niños. Si este valor es de poca profundidad, el programa no será vigoroso por más dinero y esfuerzos que se le dediquen. En cambio, si la preocupación es intensa y bien orientada, dicho programa tendrá cada vez más fuerza y dirección aunque no lo deseen los dirigentes profesionales de la salud pública. En tal caso, existe el peligro de que el programa se desarrolle fuera del contexto y no guarde relación con la totalidad del programa de salud del país, como está ocurriendo ya en varios lugares de América Latina.

Sobre la base de las cifras notificadas, se ha comprobado que el riesgo de muerte durante el ciclo de la maternidad y durante los cinco primeros años de vida es unas cinco veces más alto en América Latina que en Norteamérica. En términos relativos, el mayor riesgo excesivo de muerte se da en niños de unos 6 meses a 2 ó 3 años de edad, y en algunos países es unas 40 a 60 veces mayor que el mismo riesgo en los países prósperos. Es un hecho que esas cifras notificadas no revelan toda la magnitud del problema.

Desde el punto de vista teórico y logístico, sería poco práctico encarar este problema del excesivo tributo de vidas como lo trataron en el pasado las sociedades prósperas, o formular planes inspirados en el modelo de los actuales programas de salud de la madre y el niño de dichas sociedades. El presente documento tiene por objeto presentar un método distinto que permita a los administradores de salud pública atender las crecientes exigencias del público en el sentido de que se adopten medidas a este respecto en América Latina.

Hay que reconocer desde el principio que la etiología del excesivo tributo de vidas durante el ciclo de la maternidad y los cinco primeros años de vida, puede analizarse y expresarse en diversos esquemas conceptuales. Sólo una minoría de esas etiologías responderá a los servicios de salud directos, pero todas ellas entran, hasta cierto punto, en el ámbito de un programa de salud. Pueden trazarse varios esquemas: de orden médico, nutricional, ambiental, demográfico, educativo, económico, social, cultural y psicológico. Un programa de acción para reducir este excesivo tributo de vidas se justifica en todos y cada uno de estos esquemas. Las distintas circunstancias que en un país o región determinados influyen en la enfermedad y en la naturaleza de la preocupación expresada, así como las repercusiones financieras y los conocimientos científicos existentes, determinarán el esquema o los esquemas que el administrador de salud elija para expresar el problema y para proponer el desarrollo de un programa de acción.

Esta idea puede ilustrarse específicamente con el síndrome de "diarrea del destete", la causa más corriente de mortalidad infantil en América Latina. La causa del exceso de muertes debidas a este síndrome puede expresarse teniendo en cuenta los agentes bacterianos y víricos de la enfermedad, la pérdida de líquidos y electrolitos, las deficiencias de proteína-calorías-vitaminas, la insuficiencia y contaminación de los abastecimientos de agua y las inadecuadas instalaciones para la eliminación de excretas humanas, el analfabetismo de la población y la escasez de personal profesional, las insuficiencias económicas que impiden la construcción de adecuadas viviendas, instalaciones sanitarias, médicas y hospitalarias, las deficiencias agrícolas que influyen en la producción y el consumo de alimentos, los cambios demográficos derivados del rápido aumento de la población, la migración y la urbanización, las rígidas estratificaciones sociales que fomentan la explotación y paralizan las aspiraciones o el deseo de innovación, las creencias culturales que determinan los usos y hábitos en materia de alimentación y al comportamiento en presencia de enfermedades o que introducen aspiraciones irrealizables en una sociedad en desarrollo y las fuerzas psicológicas que influyen en la importancia que se atribuye a las madres y a los niños en una sociedad y que, a veces, se reflejan en la separación de ambos por la fuerza de las circunstancias. En todos y cada uno de estos esquemas puede justificarse, crearse y ejecutarse un programa específico para la prevención de este excesivo tributo de vidas que origina la "diarrea del destete". Este concepto se analiza también en el Apéndice 1.

Before one starts a public health program it is essential to document a plan that sets forth achievable goals and the functions necessary to accomplish them. In the case of mothers and children, the achievable goals and functions of a health care service or a school-based health program often cannot and will not satisfy the expressed concern and need. Under these circumstances, an equally important task of the public health administrator is to point out why this is so, what approaches, other than through the health services are necessary and how the health interests of mothers and children can be served through these other approaches.

The four succeeding chapters focus only upon one of these many approaches the medical, or the maternal and child health care services, in which attention to nutrition is a major focus. The concept of maternal and child health care services adopted in this presentation is in some ways broader than the conventional image of maternal and child hygiene or puericultura or social pediatrics. It includes all types of facilities and personnel who render personal, preventive, educational, curative and rehabilitative service to the mothers and children of a community, regardless of their sponsorship and source of financial support. Reference is made to appendices 1 and 2 for a more extended discussion of this concept and its basis.

The four succeeding chapters and appendices 3, 4, and 5 deal with the goals and activities of a maternal and child health care service at a community level more than with administrative theory or practice or the organization of services at a national level. Administrative mechanisms should facilitate the achievement of goals rather than define them. Community needs should dictate national policy and action rather than the reverse.

Nevertheless, the successful implementation of goals requires a special unit of the health services for maternal and child health care or one unit for maternal health care and another for child health care. This unit should be subsidiary and advisory to the unit responsible for health care services to all age groups both at the national level and at any other lower regional or local levels in the country. This special unit should also maintain a vertical system of technical interchange within the country, a system which ideally should include patient referral as well as professional communication, consultation and education. The system erected for maternal and child health care should be consonant with national policy, and completely integrated with the health care services to other age groups rather than an entity apart.

The sixth chapter focuses upon a health program in schools with the emphasis placed upon education rather than on personal health services. The health problems of school children are of a different level of priority from those of mothers and younger children. The concept presented in Chapter VI is also quite different from the conventional concept of the relationship of health services to schools and requires a broad promotional approach to influence the school system. Such an approach in turn calls for a special unit which can be placed in either the health or the educational system provided there is very close liaison between the two systems and provided the technical (medical) content is approved and the health teaching goals are set by the health services.

CHAPTER II

CONCEPTS AND PRINCIPLES OF THE HEALTH CARE SERVICES FOR MOTHERS AND CHILDREN

The concepts presented below are selective rather than all inclusive. The purpose of the presentation is to provide a broad framework for thinking about problems and their resolution.

The necessity of an initial study and a continuing evaluation:

This is a deliberate effort, over and above the assembling of the usual statistical indices, to collect and analyze information from the community which will serve to set the priorities and govern the directions of the norms of service, and which will establish a multitude of tangible base-lines against which progress and evaluation can be measured. The effort is repeated from time to time both for purposes of evaluation and so that the norms of service may be readapted to the current situation. Surveys need not be detailed and elaborate or delay the delivery of services. The purposes and methods of this type of study and evaluation are described in more detail in appendices 3 and 4. The general concepts and the framework in which they should be placed are described in PAHO publication No. III, Health Planning.

The significance of community differences to the construction of norms of service:

The agents of disease * ; the relative prevalence of specific disease processes; the ratio of professional and non-professional personnel (including "parteras empíricas" and "curanderos") rendering health services to the population; food, drug, medical facility and equipment resources; all these will vary from community to community. It is, therefore, essential that the health care service personnel of the local level carry out their own initial and continuing survey and construct their own norms of service based upon the survey results. They can be expected to follow general guide-lines and draw on the consultation

* Agents of disease may be genetic, infectious, nutritional, cultural, psychological, chemical or physical. Those agents most susceptible to influence by a health care service in developing countries are infectious, nutritional and psycho-cultural.

(normative) services at a central level (maternal and child health, nutrition, nursing, medical care, communicable disease control, etc.) to help make decisions. However, as long as their decisions are consonant with overall policy and the terms of national planning, the decisions should be made as close to community as possible.

The fusion of the preventive, curative, rehabilitative and educational functions of a health care service:

Pregnancy, parturition, illness and immunization, whether handled in hospital, clinic or home are viewed as opportunities for educational and counselling services whose content derives from the condition being handled and the patient's level of understanding. Rendering educational service at the time of and in the facility where illness is treated has a higher priority than educational counselling during health. This priority justifies an actual shifting of resources from an isolated preventive service or facility to a treatment service or facility (such as placing a public health nurse in a hospital), so as to broaden the scope of the latter.

The goal of 100% coverage of a community:

This means making available from the outset a very "minimum" service to all pregnant and parturient women, infants and preschool children within a geographical sphere of influence. It may be tempting to gear this "minimum" to high standards, but "minimum" norms should not be set any higher than is necessary to effect population screening, simple treatment routines and single points of education. The "minimum" will differ in content and depth from community to community. However, it will always require prepared personnel who must be supervised and supported, and a reliable supply system. A more extended discussion of this principle and a critique of existing norms in Latin America will be found in appendix 5.

The selection of "vulnerable" and "receptive" groups for more intensive service:

A screening process must select from within the covered population of mothers and children those to whom more intensive educational, treatment and rehabilitative services can be most profitable directed, i. e. whose risk is greater than the average of the group.

cambio, identificando--por medio de características conocidas--en el grupo de 2,000 niños a 500 cuyo riesgo sea 10% en vez de 5% y prestando servicios "intensivos" a esos 500 niños "escogidos", se impedirán 50 de las 100 muertes evitables. De los 1.500 niños restantes fallecerán otros 50 por insuficiencia del servicio. Con todo, mediante la selección de un grupo más vulnerable de alto riesgo se habrán salvado el doble de niños que si se hubiera empleado el sistema de selección al azar. No es necesario aumentar el servicio, salvo en la medida necesaria para proceder a la selección. Una de las funciones importantes que desempeñan las normas de servicio es la de delinear cuáles son las "características conocidas" que sirvan para identificar los grupos de riesgo elevado. (Este aspecto se examina también más extensamente en el Apéndice 5).

6. Fijación de fases de las normas con respecto a las prioridades de las enfermedades y a los recursos disponibles para la salud

Las normas de servicio "mínimo básico" y el alcance y profundidad de los servicios a grupos escogidos del país en conjunto, formarán una serie de fases o medidas adaptadas al personal y a las instalaciones de salud de que se disponga para atender a cada colectividad. Sin embargo, su contenido dependerá siempre de la prevalencia de la enfermedad y de sus agentes en cada comunidad. (Véase también el Apéndice 5).

7. Continuidad del cuidado

Comprende más que un sistema de registro. Significa la inclusión de actividades específicas que gozan de alta prioridad en el cuidado de lactantes y niños de edad preescolar, en las normas de higiene materna. Además, la observación ulterior y la rehabilitación selectivas dejan de ser meros principios y se convierten en actividades específicas y bien definidas, por ejemplo en el caso de malnutrición proteico-calórica. En lo posible, el tiempo de médicos, enfermeras y auxiliares se distribuye de tal manera que tengan a su cargo el cuidado continuo de las mismas madres y niños.

8. Simplificación de objetivos y métodos educativos

Todos los servicios educativos deben perseguir sólo algunas finalidades simples íntimamente vinculadas al nivel de comprensión y posibilidad de aceptación de las madres. El trabajo en grupo, integrado en las normas de servicio, se utiliza en todo lo posible.

9. Preparación y supervisión de personal

A los servicios de cuidado de la salud corresponde la responsabilidad primordial de la preparación continua del personal más que de su adiestramiento inicial aunque en la práctica es preciso dar a muchas auxiliares formación inicial en el servicio. Un sistema de educación continua comprende consultas en pediatría y obstetricia, enseñanza organizada, remisión de pacientes y comunicación, funciones que deben

realizarse en un ambiente de relaciones recíprocas entre la periferia de un sistema y su nivel central. Este intercambio constante de carácter educativo y consultivo debe existir también entre médicos y enfermeras, enfermeras y auxiliares o parteras empíricas. Tal es la naturaleza básica de la supervisión técnica. Dentro de las normas de actividades es conveniente destinar tiempo para la planificación, a fin de que dicho sistema funcione en forma eficaz.

10. Importancia de la investigación operacional

Muchas de las ideas expuestas no han sido ensayadas prácticamente sobre el terreno. Si se exponen es porque la actual práctica sobre el terreno resulta insatisfactoria (Apéndice 5). Nada se pierde con experimentar y puede ganarse mucho. No obstante, para documentar los resultados es necesaria una perspectiva planificada o investigación operacional que permita comparar deliberadamente lo viejo con lo nuevo.

CAPITULO III

EL SERVICIO DE CUIDADO DE LA SALUD MATERNO-PERINATAL

El embarazo y el parto son fenómenos esencialmente fisiológicos y no patológicos. Aun con las tasas más altas de mortalidad materna y perinatal registradas en América Latina, nueve de cada diez embarazos que pasan de las veintiocho semanas dan lugar al nacimiento de un niño vivo que sobrevive más de una semana de una madre apta para tener más descendencia. En embarazos que terminan en nacimiento antes de la semana veintiocho, las pérdidas son más numerosas, especialmente durante el primer trimestre, pero se trata de manifestaciones de un fenómeno social (aborto inducido) o sumamente difícil de prevenir, por no decir imposible, con los conocimientos médicos actuales. Por consiguiente, un elemento clave para la utilización más eficiente del personal disponible en un sistema de cuidado prenatal organizado es el establecimiento de un sistema de selección que permita escoger de antemano los embarazos en que es mayor la probabilidad de desastre, a fin de facilitar servicio y atención superiores al mínimo fijado para determinada zona. Se dispondrá así de un medio para orientar a la madre hacia servicios o instalaciones de atención de partos que ofrezcan la máxima atención profesional en los casos de mayor riesgo. La predicción de fracaso no puede ser nunca perfecta; será más o menos segura según la naturaleza del caso y el alcance del servicio "mínimo" existente.

La labor de orientación profesional de un servicio de maternidad organizado está a cargo de su personal de obstetricia. Pero el personal ejecutivo del servicio de maternidad está constituido por los médicos, las enfermeras graduadas, las matronas y las parteras empíricas. La enfermera-obstétrica es un tipo excepcional de especialista y no existe en todos los países latinoamericanos. Sin embargo, se considera que es un miembro muy conveniente del grupo de salud en todas las fases y aspectos del desarrollo de los servicios de salud. El Apéndice 6 contiene una exposición más detallada sobre adiestramiento y utilización. El personal auxiliar de enfermería desempeña ciertas funciones en un servicio de cuidado de la salud materna, pero no debe utilizarse de ordinario para adiestrar o supervisar parteras empíricas. La función que corresponde a la enfermera graduada y a la enfermera de salud pública en los servicios de cuidado de la maternidad se definirá por el contenido de partería de su preparación, es decir, por el grado en que esta se aproxime al nivel de la enfermera-obstétrica.

Los aspectos jurídicos del ejercicio de la obstetricia requieren estudio especial, ya que las leyes tienen por objeto facilitar y fortalecer las normas de servicio. Las leyes pueden especificar la preparación y condiciones de trabajo en que personal no médico puede ejercer el cuidado de la maternidad y la asistencia a los partos. Sin embargo, las especificaciones deben ser lo suficientemente flexibles para que puedan aplicarse a la diversidad de condiciones de trabajo existentes en un país y deben fomentar, en vez de entorpecer, el aprovechamiento máximo del personal con arreglo a las orientaciones sugeridas en el Apéndice 6. Las leyes referentes a la salud son a menudo más útiles como instrumentos educativos que como medios de carácter punitivo. En consecuencia, si se reconoce condición jurídica a la partera empírica en virtud de una licencia o de condiciones de control derivadas del adiestramiento y supervisión proporcionados por el organismo de salud, no sólo se la coloca dentro de una estructura de servicio educativa controladora, sino que al mismo tiempo se la alienta a trabajar a través del servicio de salud. En caso de que no aporte su cooperación (lo que ocurrirá raras veces), se pondrá en acción el mecanismo para expulsarla de estas actividades. Es evidente que la interpretación de este proceso dependerá en gran parte de que el personal de salud comprenda verdaderamente su finalidad.

Otro aspecto excepcional del servicio de salud materno-perinatal es el relativo a la elección de lugar de internación para el parto. En las zonas urbanas son por lo general numerosas las pacientes que exigen hospitalización durante el parto, además del gran número que ocupa camas de hospital en casos de aborto. El problema del exceso de pacientes en los hospitales puede resolverse reduciendo radicalmente el promedio de días de permanencia en el hospital o construyendo más servicios, especialmente de maternidad, de menor alcance y situados en la periferia. Ambas soluciones requieren un aumento de personal. También se podría estimular el establecimiento de un servicio de atención domiciliaria. La variada experiencia de países tecnológicamente desarrollados demuestra que cuando las condiciones del hogar son favorables y se dispone de cuidados prenatales y obstétricos de alta calidad, la elección de lugar para dar a luz carece de importancia si el parto no presenta complicaciones. Es de lamentar que los datos sobre costo y las condiciones favorables del hogar de estas experiencias no sean aplicables a la realidad de los países que se encuentran en otras fases de desarrollo.

La solución de estos problemas de las zonas urbanas se facilitaría mediante el acopio de datos objetivos derivados de investigaciones operativas. Mientras no se cuente con estos datos sólo cabe adherirse a los principios generales de examen y selección, de modo que pueda darse prioridad en la ocupación de camas y atención profesional a los casos complicados más que a los normales.

En las zonas rurales la situación es a la inversa: las camas de maternidad permanecen desocupadas, ya que las madres prefieren, a menudo por razones lógicas y bien fundadas, ser atendidas durante el parto en el hogar por parteras empíricas o parientes. Esta situación es más fácil de resolver si se acepta el principio de colaborar con las parteras

empíricas y por su intermedio, de seleccionar únicamente los casos de riesgo para el confinamiento en instituciones y de formular planes en consecuencia para la construcción de nuevos establecimientos. En caso conveniente, la partera empírica debidamente adiestrada lleva a sus pacientes a una pequeña dependencia de maternidad donde se efectúa el parto, de modo que sus funciones obstétricas dentro de las necesidades del servicio de salud no se limitan necesariamente a la atención domiciliaria.

Las normas de los servicios urbanos y rurales de cuidado de la salud materna y perinatal deben basarse no sólo en la realidad de los recursos existentes y futuros, sino también en la incidencia local de complicaciones evitables, entre las cuales las principales son: la hemorragia (que se combate administrando hierro y mediante medidas de emergencia para detener la pérdida de sangre), la toxemia (donde es importante la localización de casos y el tratamiento en fase temprana) y el tétanos neonatorum (que puede combatirse enseñando a las parteras empíricas técnicas de parto asépticas o, en algunas circunstancias, mediante la inmunización de la madre). La incidencia de estas tres complicaciones varía considerablemente en las Américas y los servicios prestados a nivel local deben reajustarse en consecuencia sobre todo si los recursos disponibles son limitados. La sepsis puerperal plantea otro grave problema, pero casi siempre se relaciona con un fenómeno social, el aborto inducido, cuya solución depende del desarrollo socioeconómico y de la política nacional con respecto a otras medidas encaminadas a evitar el embarazo.

La incidencia de complicaciones neonatales evitables, como la sepsis y la diarrea, constituirá también un importante factor para determinar prioridades en materia de normas. La presencia de la madre y de su criatura en una institución de maternidad donde tendrá lugar el parto debe utilizarse para fines educativos (por ejemplo, para fomentar la alimentación al pecho) y de inmunización (vacunación del recién nacido con BCG).

El aborto inducido, asociado al embarazo no deseado, es causa común de mortalidad materna en América Latina. Los programas destinados a impedir dichas defunciones plantean diversos problemas básicos de carácter social y económico que es preciso resolver mediante decisiones fundadas en la opinión nacional, el conocimiento científico y los principios que rigen la planificación y administración de la buena salud.

CAPITULO IV

EL SERVICIO DE CUIDADO DE LA SALUD DE LACTANTES Y NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR

La supervivencia desde la segunda semana de vida hasta la edad de cinco años está rodeada de mayores riesgos que el embarazo. Según las tasas medias registradas en América Latina, puede decirse que de cada siete niños uno no sobrevive. Un porcentaje desconocido, pero muy elevado, de supervivientes llega al quinto año de vida con retraso físico y, tal vez, también mental de carácter permanente. Por consiguiente, el "mínimo" de servicio básico debe ir mucho más a fondo que un servicio de cuidado de la maternidad.

El riesgo de muerte en comparación con el registrado en los Estados Unidos de América no está igualmente distribuido en esos cinco años. Llega a un punto culminante, muy pronunciado, en la edad del destete. Además, la enfermedad terminal no suele ser súbita o inesperada, sino que es más bien la culminación de repetidos accesos superpuestos a una malnutrición crónica progresiva. Por lo tanto, hay aún mayor oportunidad de buscar y elegir casos para un servicio más intensivo que en relación con el embarazo.

El núcleo de un servicio pediátrico completo está constituido, como en el caso del de maternidad, por el especialista en pediatría y la instalación especial, con vías de comunicación y consulta hacia la periferia de la zona geográfica de servicio y desde esta hacia el centro. Aunque técnicamente está integrado en este sentido vertical, el servicio de la comunidad en cada nivel horizontal operacional se encargaría de la dirección administrativa de los servicios de salud de la colectividad.

A diferencia de lo que ocurre con los servicios de cuidado de la maternidad, entre los auxiliares del servicio tratado en esta sección no figura un especialista análogo a la enfermera obstétrica. Sin embargo, el servicio comprende un número limitado de puestos para enfermeras especializadas en cuidados pediátricos. Las enfermeras encargadas de grandes unidades hospitalarias de pediatría deben tener una preparación adicional para desempeñar estas funciones, especialmente en cuanto a educación y asesoramiento en salud, además de las aptitudes prácticas y conocimientos teóricos de la enfermera pediátrica tradicional. A la enfermera pediátrica de salud pública le corresponde también un lugar como consejera, consultora y educadora en la unidad de cuidado de salud de la madre y el niño establecida al nivel nacional y regional en los países grandes. Estas metas pueden ser a largo plazo, pero deben tenerse en cuenta en la planificación.

Las instalaciones del servicio merecen comentario especial en lo referente a sus posibilidades de prestar servicios de urgencia, atención permanente y educación de la madre. Lo que más frecuentemente reclama prioridad de acción, especialmente en las zonas urbanas, son estos aspectos de las instalaciones para el cuidado de la salud (así como su falta de integración en la estructura de cuidados completos) y no la necesidad de contar con un mayor número de camas o de personal en el sentido tradicional.

Un servicio de urgencia no sólo necesita personal en funciones durante 24 horas, sino también local y materiales para la enseñanza y asesoramiento, a fin de asegurar la continuidad de la atención y la observación ulterior de los pacientes que no ingresen en las salas. Es posible que esto requiera más personal que el actualmente existente. En tal caso, habría que estudiar muy en serio la posibilidad de trasladar personal de los "centros de salud" a las instalaciones de urgencia.

No cabe duda de que muchos niños--especialmente los convalecientes de deficiencias nutricionales--podrían ser dados de alta de los hospitales antes del plazo ahora observado, y trasladados a una instalación de convalecencia totalmente integrada en la estructura de servicios de la comunidad, de la cual forma parte el hospital mismo. Esta "instalación" puede ser de tres clases: un servicio especial de pacientes externos con visitas frecuentes; un servicio de cuidados diurnos, en el cual se facilite a los niños alimentos, cuidados y recreo y se utilice a las madres como auxiliares, y una instalación residencial (de preferencia una sala especial del mismo hospital), cuyo mantenimiento sea menos caro que el de una sala de hospital general. Las visitas a domicilio por varios miembros del grupo (inclusive médicos cuando esté indicado, pero sólo en caso necesario), constituyen un complemento conveniente, especialmente para la primera alternativa. La educación de la madre mediante reuniones en grupo, celebradas en el mismo local y referentes al problema del niño, son un componente esencial de todas las alternativas. En efecto, es preciso dar a la educación la mayor importancia en esta rama del servicio de convalecencia.

En consecuencia, la educación de la madre se considera como una finalidad primordial de los hospitales e instituciones que forman parte de un servicio completo de cuidado de la salud del lactante y del niño en edad preescolar. Dicha educación comienza en la sala de urgencia o en el consultorio externo y continúa en la sala de hospital y en el centro de convalecencia, lo que, evidentemente, requiere reflexión y planificación para que resulte coherente, bien orientada y sin contradicción. Como ya se ha indicado, será necesario aumentar las instalaciones y el personal del hospital. Su prioridad, no obstante, justifica también el traslado de personal encargado de otras funciones y actividades en "centros de salud", por ejemplo, supervisión "habitual" de salud y visitas domiciliarias. Las necesidades de cada comunidad y las medidas precisas que deban adoptarse para reformar estos aspectos del servicio, sólo pueden determinarse claramente mediante un estudio de la comunidad. Este tema

será examinado más detenidamente en la sección dedicada a los servicios urbanos de cuidado de la salud de la madre y el niño.

En todos los niveles del servicio, inclusive en el centro de salud y el puesto rural, el tratamiento de la enfermedad es el fundamento sobre el cual se edifican los demás aspectos y la continuidad del servicio. Esto no significa que estos otros rasgos sean menos importantes, ni tampoco que la labor educativa depende solamente de que se presente un síntoma. En primer lugar, el cuidado de la salud en caso de enfermedad no se limita a tratar las molestias de que se quejen los pacientes, sino que comprende también la evaluación del crecimiento, la búsqueda de signos de otros procesos patológicos y el estudio de procesos sociales que influyen en la salud. En segundo lugar, la orientación anticipatoria durante un episodio de enfermedad tiene por objeto impedir una recurrencia o el comienzo de problemas esperados, como los que acompañan al destete. Los detalles específicos del asesoramiento preventivo se derivan, en cada colectividad, del estudio que se haya llevado a cabo. Los episodios patológicos son tan frecuentes durante este período de cinco años que si se procura cuidar tan sólo el 25% de los episodios, el número de visitas a una instalación médica garantizará de hecho la continuidad de la atención.

Las normas de servicio deben también destacar la importancia de medios sencillos para resolver los principales problemas comunes (como la rehidratación oral precoz en las enfermedades diarreicas) y la selección de grupos vulnerables para supervisarlos en forma más intensiva (por ejemplo, concentrando la atención en el período del destete y la selección de niños malnutridos tomándoles el peso). Las normas deben permitir la integración de las actividades preventivas y curativas en todos los niveles de servicio y crear un sistema de cuidado completo de la salud del niño, en vez de organismos separados de atención de "niños sanos" y "niños enfermos". Este principio se examina más a fondo en el Apéndice 5.

Las reuniones en grupo destinadas a las madres que tienen un mismo problema de enfermedad o cuyos hijos son de la misma edad, se concentran claramente en determinados aspectos educativos y constituyen un rasgo importante de los esfuerzos educativos en todos los lugares y niveles del servicio. Las visitas a domicilio, con excepción de las necesarias para fines de estudio, deben seleccionarse con mucho cuidado y con fines concretos, lo que exigirá una modificación radical de los actuales "hábitos" de las enfermeras.

Teniendo en cuenta la enorme importancia de la malnutrición como factor causativo y condicionador de las enfermedades de la primera infancia en América Latina, es preciso dar especial importancia a las actividades curativas, de rehabilitación y educativas de los servicios de salud infantil en este campo; estos deben considerarse como de incumbencia directa de los propios servicios de salud infantil, pero deben planearse, ejecutarse y evaluarse con el asesoramiento de especialistas en nutrición. La ecología nutricional de este grupo de edad y su repercusión en el programa se examinan en el Apéndice 1.

CAPITULO V
EJEMPLOS DE LA APLICACION DE CONCEPTOS
A LAS NORMAS DE SERVICIO

Hay cierto peligro en emplear una situación hipotética para ilustrar cómo las ideas pueden aplicarse a la formulación de normas, pero tal procedimiento es necesario a fin de que los conceptos no permanezcan en el plano de lo abstracto y pierdan su significado. El uso de ejemplos hipotéticos de una colectividad o de personal, o ambos a la vez, se basa en ciertas suposiciones que, en parte, han sido explícitamente formuladas y, en parte, no lo han sido. Si las suposiciones se modifican--como necesariamente tendrá que ocurrir en la práctica--también tendrán que modificarse las normas y los requisitos mínimos de personal. Por consiguiente, los ejemplos que a continuación se indican, deben considerarse como ejemplos de un método y no como modelos de servicio que haya que copiar al pie de la letra. En el Apéndice 5 se aplican los mismos principios en el contexto y la terminología de la planificación de salud.

A. Servicio de dispensario rural

Teniendo presente estas reservas, supongamos que un pueblo y la comunidad rural circundante, con una población aproximada de 2.000 almas y un centenar de nacimientos al año, están atendidos por una enfermera auxiliar que vive en el pueblo y trabaja en un pequeño dispensario. Un médico y otra auxiliar visitan este servicio durante tres horas a la semana. Una enfermera obstétrica* y un médico acuden al dispensario una vez cada cuatro semanas.**

Quince minutos de la visita médica semanal se dedican a un estudio de los problemas por el personal y durante este estudio no se visita a los pacientes. La visita mensual de la enfermera obstétrica se dedica por completo a reuniones de parteras empíricas con la auxiliar de enfermería adscrita al dispensario, mientras un médico y la segunda auxiliar de enfermería se encargan de la visita habitual de pacientes.

* En el Apéndice 6 se describe la clase de profesional que puede utilizarse para estas funciones.

** Lo ideal sería que la enfermera obstétrica supervisora hiciera más de una visita por mes, pero eso no es posible.

Antes de implantarse este servicio se efectuó un estudio de la colectividad en el cual se comprobó que había 10 parteras empíricas que atendían siete o más partos por año. La primera medida del servicio consistió en organizar un cursillo dos veces por semana durante cuatro semanas, para esas 10 parteras empíricas, al mismo tiempo que el dispensario iniciaba sus actividades. Este cursillo requirió la intensa participación de la enfermera obstétrica; el médico cooperó también en algunas sesiones de adiestramiento. Durante el adiestramiento se procedió al examen médico prenatal de 10 mujeres embarazadas atendidas, respectivamente, por las 10 parteras "encargadas" de cada caso. Las normas de servicio no se establecieron definitivamente hasta transcurridas algunas semanas después de la iniciación de actividades del dispensario.

Teniendo en cuenta que el médico disponía de poco tiempo y el hecho de que su visita semanal había de dedicarse a la atención de todos los adultos y de los niños de la colectividad, se estimó que era imposible que el médico viera a todas las embarazadas, ni siquiera una sola vez durante el embarazo. Esto se explicó cuidadosamente a las parteras empíricas, a quienes se les pidió que, entre sus clientes, eligieran para ser examinadas por el médico aquellas que presentaran signos anómalos (por ejemplo: hemorragia, edema, fiebre, etc.)*, las que hubieran tenido seis o más partos, las de más de 35 años de edad, las que hubieran perdido la mitad o más de sus anteriores embarazos, las primíparas, y cualquier otra embarazada que les inspirara cuidado. Se supone que la partera empírica acompañe a su cliente a la clínica y procure que vuelva cuando el médico así lo aconseja. Si se prevé que el parto presentará problemas, se aconseja a la madre que vaya a dar a luz en el hospital del distrito, para lo cual se hacen las gestiones pertinentes.** Se especifican también los casos en que una paciente deberá ser enviada a un dispensario u hospital desde el comienzo del parto y durante el puerperio.

Además del envío de determinados pacientes, a que ya se ha hecho referencia, se dan a la partera empírica una serie de instrucciones y se espera que desempeñe varias funciones, como se indica a continuación. En el estudio preliminar se puso de manifiesto que estas finalidades específicas constituían los principales problemas médicos de la zona:

* La capacidad de "selección" de las parteras empíricas depende de su inteligencia, experiencia y formación. El adiestramiento es continuo y podría dar lugar (con el tiempo) al descubrimiento de presentaciones anormales, albuminuria (mediante una técnica simple) y otros signos y síntomas más sutiles. Si en el dispensario hubiera una pequeña unidad de maternidad, la partera podría utilizarla para los partos de sus pacientes.

** Es evidente que esto no será posible siempre, pero no debe olvidarse que este ejemplo es hipotético. Se hacen muchas suposiciones, todas ellas "posibles" en uno u otro lugar, lo que no significa que todas ellas sean "posibles" en el mismo lugar.

1. Prevención de la anemia del embarazo y sus efectos (muerte de la madre a causa de hemorragia y anemia del recién nacido) mediante la administración de hierro durante el embarazo y durante seis semanas después del parto. Se aconseja también el consumo de alimentos locales baratos que contengan hierro.
2. Prevención de la sepsis materna y neonatal mediante técnicas asépticas, profilaxia oftálmica y envío al dispensario de niños que presenten síntomas anormales (por ejemplo, incapacidad de succión, vómitos, diarrea, ictericia, etc.) para su debido examen.
3. Prevención de la malnutrición proteico-calórica en la madre, el recién nacido y el hijo inmediatamente anterior del mismo padre, aconsejando a la madre: que coma durante el embarazo y la lactancia los alimentos más baratos ricos en proteína;* que no interrumpa la alimentación al pecho durante el embarazo, pero que comience a incluir alimentos ricos en proteína en la alimentación del "hijo inmediatamente anterior del mismo padre" para que su alimentación no se resienta después del nacimiento de su hermano, y que comience inmediatamente después del parto a alimentar al pecho al recién nacido y siga alimentándolo así todo el tiempo que sea posible.
4. Prevención del trauma del parto prohibiendo el uso de drogas oxitócicas y dando instrucción sobre prácticas seguras de parto.
5. Registro de nacimientos vivos, mortinatos y muertes prematuras de niños.

Una vez por mes, la auxiliar de enfermería dirige una reunión en grupo de mujeres embarazadas--el grupo es diferente cada mes--en el cual se repasan instrucciones sencillas en materia de nutrición, se hacen demostraciones de preparación de alimentos y se contestan preguntas. Esta reunión no se organiza de modo que coincida con la visita semanal del médico.

Se espera que, después del parto, la partera empírica revise su caso con la enfermera obstétrica en su visita mensual. También se cuenta con que solicite hora para que el lactante comience a recibir inmunizaciones a los dos meses de edad.

La enfermera obstétrica destina la mitad de su tiempo de la visita mensual a revisar (junto con la auxiliar de enfermería) los nacimientos

* Durante el estudio preliminar se habrá definido la naturaleza de esas fuentes de alimentos y la manera de prepararlas y utilizarlas para la madre y el niño; serán, sin duda, diferentes según las zonas.

atendidos durante el mes por la correspondiente partera empírica. El resto de su tiempo celebra con las parteras, reunidas en grupo, sesiones de enseñanza planeada. Además, discute con el médico casos anómalos o situaciones poco frecuentes.

Salvo en los casos de enfermedad, la primera visita de la madre y su hijo al dispensario ocurre cuando este tiene de 6 a 10 semanas de edad. Durante el embarazo se aconseja a la madre que al nacer su hijo lo traiga al dispensario en uno de los dos medios días por semana destinados a inmunizaciones. En esta visita (y otras de inmunización) se pesa al niño y se interroga a la madre sobre su familia. Cualquier síntoma insólito o si el niño no ha podido aumentar de peso al ritmo previsto en la gráfica en que se indica su crecimiento, se comunica al médico durante el día de su visita.* Se dan entonces los oportunos consejos sobre la alimentación del niño. Las inmunizaciones se administran con intervalos de seis semanas y comprenden una serie inicial de tres inyecciones de DPT; de ordinario, con la segunda de esas inyecciones se procede a la vacunación antivariólica. Cuando el niño tiene de 3 a 4 meses de edad, se suele invitar a la madre a asistir a reuniones en grupo de madres de niños de esa edad, en las cuales se trata del empleo y preparación de alimentos sólidos utilizando productos locales. Después de terminada la serie de inmunización, se proyecta habitualmente una segunda reunión en la cual se examinan los peligros del destete, la necesidad de proteínas adicionales y la importancia del tratamiento precoz de las diarreas.** En ambas reuniones se tienen presentes los hábitos y prejuicios locales, a fin de que el consejo dado ocasione el menor conflicto posible.

A la edad de un año se hace un examen ordinario de la historia clínica de cada niño. Si se ha mantenido el contacto necesario y en una visita reciente se ha comprobado un crecimiento "satisfactorio", no se hace nada más. De lo contrario, la auxiliar o la partera empírica visitan el hogar del niño para averiguar la situación.

Se han descrito ya las normas del "mínimo básico" educativo y preventivo de este servicio. Faltaría examinar los servicios médicos y de laboratorio, la selección de grupos vulnerables para proporcionarles un servicio más intensivo, los consejos educativos y preventivos dados en relación con el tratamiento y el adiestramiento en el servicio. Todos estos aspectos serán esbozados sucintamente, puesto que cuanto más detalles se den, mayores serán las suposiciones que habrá que hacer, además de las ya requeridas en el ejemplo hipotético mencionado.

* Esta decisión se funda en las reglas fijadas por las normas de servicio. Véase también el Apéndice 5.

** La inmunización con BCG puede incluirse en las normas y, de ser posible, el correspondiente horario. La vacuna contra el sarampión puede agregarse cuando se disponga de vacuna aprobada y normas de inmunización preparadas por la dependencia competente de los servicios de salud.

La auxiliar debe asistir uno o dos días cada tres meses, junto con otras auxiliares, a una reunión de personal y a un programa educacional en el centro de salud-hospital, que sea el foco de los servicios del distrito. Además del medio día semanal de consultorio médico, dos medios días en la clínica de inmunización y tres reuniones semanales en grupo para madres (una para embarazadas y dos para madres de niños de corta edad), todas las mañanas tienen que dedicar algunas horas a los servicios de consultorio de "urgencia" y una vez por semana destinar medio día a una clínica especial de observación ulterior. Este último servicio se destina especialmente a niños a quienes el médico desea ver antes de su próxima visita ordinaria y a convalecientes de malnutrición proteico-calórica para seguir su evolución. Estos niños malnutridos han sido seleccionados entre todos aquellos que requieren servicio o de la comunidad en general, teniendo en cuenta su peso en relación con la edad y el examen médico, según se ha indicado. Como parte de esta observación clínica habitual se podrían efectuar demostraciones especiales sobre alimentación para beneficio de las madres.

Quedarían así dos o tres medios días por semana para fines especiales, como el examen de historias y algunas visitas domiciliarias. La selección de estas visitas se fundarían en gran parte en la observación ulterior de familias que no acudieron a las citas. No obstante, ante la imposibilidad de visitar a todas las personas que dejaron de acudir a una cita, sólo se seleccionan grupos "vulnerables" o expuestos a grandes riesgos. El número de hijos de cada familia y la diferencia de edad entre ellos, la prevalencia actual de enfermedades en la familia, la historia pasada de enfermedades y fallecimientos en la familia y la naturaleza del ambiente del hogar (agua, disposición de excretas humanas, hacinamiento, etc.) son algunos de los factores en que se ha de confiar para efectuar la selección.*

Para llevar a cabo estas visitas de control ulterior, la auxiliar de enfermería delegará todas las funciones posibles en la partera empírica, quien puede efectuarlas personalmente cuando la familia le sea conocida. Se recordará que la partera empírica debe acudir mensualmente al dispensario para reunirse con la enfermera obstétrica y que visitará el dispensario con sus pacientes en otras ocasiones.

En la hora ordinaria destinada al "consultorio de urgencia" de la auxiliar o bien en otro "caso de urgencia", se espera que se limite exclusivamente a prestar servicios de primeros auxilios. Tendrá a su disposición simples medicamentos de uso externo. Los de uso interno serán solamente aspirinas y píldoras con electrolitos para rehidratación oral.** Se observarán instrucciones especiales con respecto a la diarrea, y sobre la base de un conocimiento de la enfermedad local se establecerán normas para ayudar a la auxiliar a enviar directamente al hospital (que se supone estará a varias millas de distancia) casos más graves.

* Decisiones fundadas en una serie de reglas establecidas en las normas de servicio, las que a su vez, se derivan del estudio inicial sobre la colectividad.

** Se podría considerar una ampliación cautelosa de esta disposición para el uso de otros medicamentos, pero en esta materia no caben generalizaciones.

En la consulta "médica" semanal se visitarán una o dos embarazadas especialmente enviadas, pero la mayoría de los pacientes serán niños o adultos enfermos. Se tomará el peso del niño, el que se registrará en una gráfica para que pase a formar parte de un registro continuado. Se comprobará el estado de inmunización y la asistencia de las madres a las reuniones de grupo, a fin de poder seguir la evolución de estos aspectos en caso necesario. Además de prestarse servicios de diagnóstico y de tratamiento de las molestias de que se quejen los pacientes, se indagarán también otras enfermedades del niño y demás miembros de la familia. Gran parte de esta labor puede correr a cargo de una de las dos auxiliares que asesoran al médico en el consultorio. Las finalidades de esa consulta semanal van mucho más allá del tratamiento de los pacientes enfermos que a él acuden. Al aconsejar a una madre cuyo hijo padece de una infección del aparato respiratorio, puede recordársele que tiene cita para una inmunización o bien dársele instrucciones sobre la alimentación del paciente, o la de un hermano de este que va a ser destetado. La visita puede servir de introducción al servicio de cuidado de la salud y de explicación de su horario y programa. Si uno o más miembros de la familia están expuestos a "gran riesgo" habrá que realizar una labor especial para explorar la situación y reforzar el asesoramiento y la observación ulterior. Todo esto no podrá hacerse en un consultorio de intensa actividad, pero en la visita clínica se procede a una "selección" de casos para su cuidado futuro mediante observación ulterior por parte de la auxiliar, en el consultorio médico la semana siguiente o en reuniones de grupo o visitas domiciliarias. El médico ha de decidir acerca de la forma exacta en que se efectuará esta observación ulterior en un caso concreto, pero en las normas del servicio pueden incluirse orientaciones generales al respecto. El médico examinará casos seleccionados para proporcionarles servicios más "intensivos", si lo considera necesario. Lo mismo puede decirse del grupo prenatal y también de los niños "vulnerables".

El médico encargado de esas visitas semanales puede reunir y llevar al hospital-centro de salud muestras de laboratorio de varias clases. El y otros médicos de la base pueden visitar la consulta pediátrica y obstétrica un día al mes. Los casos de mucha gravedad o los que requieren mayor estudio, se envían al hospital regional para diagnóstico y tratamiento.

Aunque se han expuesto en líneas muy generales las normas de un servicio rural, faltará examinar todavía muchos aspectos. ¿Cómo encaminar a las parteras empíricas? ¿En qué condiciones se presentarán las discusiones en grupo y las "demostraciones de alimentos"? ¿Qué relaciones existirán entre el servicio del cuidado de la salud y el servicio de saneamiento del programa de salud? No es posible contestar a estas preguntas y a muchas otras de análoga índole, porque las respuestas dependen, aún más exclusivamente, de los hallazgos del estudio inicial. Además, aun las actividades ordinarias sugeridas tienen que ser evaluadas y modificadas constantemente si no resisten a las suposiciones en que se apoyan. Por ejemplo, si no se toman las píldoras de hierro distribuidas durante el embarazo (lo cual requiere de suyo una indagación para averiguarlo),

es preciso descubrir la causa de la negativa y modificar el consejo dado para vencer la resistencia (véase el Apéndice 4). No es de esperar que dé resultado todo el plan, salvo que sea aceptado y comprendido por el personal del servicio de salud y la población. Con una planificación anticipada pueden evitarse posibles malas interpretaciones. A medida que adelanten las actividades se plantearán otros problemas y el personal debe estar alerta para descubrirlos.

El sistema de registros y notificaciones, así como la capacitación del personal, tienen por objeto facilitar el funcionamiento de las normas de servicio, que deberán ser lo más sencillas posible. Dichas normas no se examinarán en el presente estudio.

Las operaciones del dispensario rural en la forma en que de hecho existen, consisten en un consultorio en el cual se examina a los niños independientemente de las pretendidas normas de servicio. La actividad descrita en los párrafos precedentes difiere de las que generalmente desempeña el dispensario rural, tal como a continuación se indica:

1. La partera empírica forma parte importante del servicio total.
2. El apoyo a todo el personal de salud, inclusive la partera empírica, y su constante educación, están incorporados en las normas.
3. Se da más importancia al trabajo planeado en grupo e integrado con las normas de servicio que al tipo de "club de madres" independiente.
4. La selección de grupos para un servicio más intensivo y la observación ulterior se efectúan mediante un sistema ideado al principio para examinar al 100% de la colectividad.
5. Se da mayor importancia a los aspectos específicos de la nutrición y de la diarrea.
6. El contenido de la educación se ajusta en forma que resulte aceptable para la comunidad y realizable.

La clase de servicio expuesta a grandes rasgos, puede considerarse como una "primera fase" de funcionamiento. Una vez que el país este protegido por este grado de servicio, el "mínimo básico" puede aumentarse de modo que, por ejemplo, todas las embarazadas sean examinadas por el médico que ahora puede visitar el dispensario dos o tres veces por semana. Las normas deben prever un servicio de mayor alcance a medida que se disponga de más personal adiestrado para prestarlo (véase el Apéndice 5).

B. Servicio urbano de cuidado de la salud de la madre y el niño

Proyectar las nuevas ideas de un servicio urbano de salud resulta aún más difícil a causa de los muchos organismos e instituciones, en la

actualidad sin coordinación, que atienden a la población urbana. Las dificultades aumentan con la desorganización de la colectividad, la migración de la población y el crecimiento geográfico incontrolado, la escasez de viviendas y de instalaciones médicas, la desmembración de las familias, la pérdida de valores culturales y muchos otros problemas. Por estas razones, el análisis orientará hacia las normas algo menos específicamente que el del dispensario rural.

La organización y ejecución del estudio preliminar (Apéndice 3) en la ciudad es más difícil que en una zona rural porque los problemas de muestreo son más complejos. No obstante, los aspectos del estudio que han de tratarse en entrevistas son aún más importantes porque, en vez de comenzar de nuevo, para asegurar la coordinación del servicio, será necesario volver a planear y a reajustar los servicios existentes que, en parte, cuentan con una larga tradición y prácticas arraigadas.

La actitud y reacciones del consumidor ante los servicios existentes no sólo son elementos importantes para orientar dicho cambio, sino también más poderosos como armas para ayudar a ejecutarlo.

El estudio mediante entrevistas en las zonas urbanas debería explorar las condiciones de la vida con que ha de luchar el habitante de las ciudades y el margen de posibilidades que se ofrece a la familia para hacer frente a sus problemas de salud. A menudo ese margen puede ser tan limitado que el servicio de cuidado de la salud sólo puede ofrecerle muy poca ayuda constructiva de carácter preventivo. Es, pues, preciso reconocer que la salud de madres y niños depende de mejoras sanitarias, del desarrollo económico general, del fortalecimiento de la producción y distribución de alimentos y de la ampliación de los diversos tipos de servicios sociales en interés de la salud. Aun en estas circunstancias quedará abundante margen para acrecentar la eficacia y reducir los esfuerzos inútiles en los servicios de cuidado de la salud.

En cambio, debido a la relativa riqueza de recursos médicos y a la cobertura más completa que permiten los datos de las estadísticas vitales, se requieren menos esfuerzos para señalar los principales problemas de mortalidad y morbilidad tanto con respecto a los agentes patógenos como a la ubicación geográfica dentro de la ciudad. Es posible que las estadísticas disponibles no se hayan reunido en forma útil, de suerte que tal vez resulte necesario acudir a los registros originales para volver a reunir datos.

Una de las principales razones que explican la diferencia entre las normas de servicio de las zonas urbanas y las de las zonas rurales, estriba en la multitud de organismos que prestan cuidados en las primeras, por lo cual se debe dedicar especial atención a las vías de comunicación y al establecimiento de un plan de enseñanza de contenido común para cada uno de los diferentes sectores de la población urbana.

No obstante, antes de poder formular normas es preciso determinar los organismos a quienes corresponde la responsabilidad de atender a los diversos

sectores urbanos. Una institución, y sólo una, tiene que asumir esta responsabilidad y convertirse, por así decirlo, en el dispensador, en primera línea, del servicio "mínimo básico", en "fuente primordial" del servicio y en seleccionador de familias para determinar cuáles necesitan un servicio más intensivo. Esta institución no debe ser forzosamente un "centro de salud". Un hospital de niños, por ejemplo, puede servir no sólo de institución a la que se envíen niños de toda la ciudad que necesiten estudio y hospitalización, sino también de centro de atención ambulatoria de cuidado de la salud (o sea, dispensador del "mínimo básico" de servicios, o "fuente primordial" de servicios), para el sector geográfico urbano inmediatamente circundante. El mismo principio puede aplicarse a los hospitales de maternidad y a los hospitales generales.

Lo importante en la aplicación de estos principios es: 1) que los controles administrativos sobre esta "fuente primordial" de servicio sean ejercidos por el organismo de salud encargado de proporcionar cuidados totales de salud a la población de la ciudad, y 2) que las normas de servicio posean un común denominador. Por otra parte, es preciso enseñar al consumidor de servicios, en caso necesario por medio de reglamentos,* dónde debe buscar el servicio para evitar duplicaciones. Si los servicios clínicos pediátricos y obstétricos de la ciudad forman, de hecho, parte de un conjunto integrado, de suerte que el "mínimo básico" de servicios facilitado en un "centro de salud" o "centro de salud para madres y niños" sea el mismo que proporciona el hospital especializado al sector que le corresponde--si consta que los médicos y enfermeras que trabajan en ese sistema son responsables ante el "profesor"--el proceso de educación y reglamentación* será mucho más fácil. La "fuente primordial" de servicio, tanto en un hospital como en un centro de salud, enviará siempre al núcleo central de la institución de servicio pediátrico u obstétrico casos que requieren una atención que esta no puede prestar porque no dispone del equipo necesario. Ese envío va acompañado de intercambio de expedientes. Los hospitales de núcleo obstétrico y pediátrico deben comunicar también sus hallazgos al centro de la "fuente primordial" para cada familia, si tratan una madre o niño porque les fueron enviados o a causa de una admisión de urgencia.

Ese proceso de intercambio y comunicación es tan complicado y tan expuesto a desbaratarse por sí mismo que se necesita personal especial adscrito permanentemente a los centros hospitalarios para mantenerlo en movimiento y asegurar la observación ulterior cuando esté indicada. Dicho personal, especialmente cuando se trata de enfermeras de salud pública, puede desempeñar otra importante función supervisando las actividades docentes del hospital y, a veces, participando en ellas. Ya nos hemos

* "Reglamentación" en este sentido significa que--salvo en situaciones de urgencia--se espera y se exige que las familias busquen servicio primera-mente en la "fuente primordial" designada para el sector de la ciudad en el cual viven. Para que el paciente sea admitido en el servicio especializado pediátrico u obstétrico, dicha fuente debe preparar una nota o ficha al respecto.

referido a esas actividades y, a este objeto, se ha sugerido la conveniencia de trasladar personal de los "centros de salud" a los hospitales. Un eficaz sistema de teléfonos interurbano y su utilización regular con arreglo a un plan previo de "horas de consulta", puede constituir un medio inapreciable para facilitar las comunicaciones.

Otra diferencia importante entre los servicios de cuidado de la salud rurales y urbanos es la ausencia de parteras empíricas en las ciudades o la rápida disminución de su importancia en ellas. Si la partera empírica no puede servir de "brazo adicional" del servicio de cuidado a la maternidad, las normas urbanas prenatales deben prever la atención de las mujeres embarazadas en la "fuente primordial" de cuidado de la maternidad en el sector urbano correspondiente. Los recursos de personal existentes determinarán el alcance de esa atención. El mínimo probablemente consista en una entrevista y el examen por una enfermera obstétrica o partera cuyo adiestramiento se ha reorientado* y, por lo menos, una reunión de grupo dedicada al análisis de los problemas cuya importancia se ha subrayado en el estudio preliminar. Para que la madre vaya por vez primera al servicio será preciso invitarla personalmente o emplear las vías de comunicación normales de que se dispone en las ciudades.

En muchas ciudades, el número de enfermeras obstétricas y de parteras es insuficiente, de modo que el médico debe encargarse de los exámenes. Además, los caprichos y exigencias de una población urbana pueden inducir a la madre a reclamar servicios prenatales médicos y no sólo un examen durante el embarazo. Habría que hacer todo lo posible por reducir al mínimo el número de visitas prenatales requeridas, salvo en los casos elegidos para un servicio más intensivo, tal como se ha expuesto para los servicios rurales. En cambio, la evolución de los casos seleccionados debería seguirse por correo o en visitas domiciliarias cuando la paciente deje de acudir a la cita. Naturalmente, eso dependerá de la índole del caso y de la posibilidad de usar el correo.

El lugar del parto en la ciudad, el servicio u hospital de maternidad reviste muy especial importancia. A menudo, es el punto de contacto más seguro con todas las mujeres embarazadas de la colectividad, puesto que muchas no aprovechan todos los servicios prenatales que se les ofrecen y no es fácil dar con ellas durante el embarazo. Por consiguiente, los servicios hospitalarios forman parte esencial de las normas de servicio "mínimo básico" y tienen que desempeñar un papel importante en materia de educación y una importante función de "selección" en relación con el niño y su porvenir. Por otra parte, este punto de contacto en el hospital se establece en un momento crucial y se presta para la "enseñanza". Por desgracia, a causa del exceso de pacientes y la insuficiencia de personal de muchos grandes hospitales de maternidad urbanos, la mayoría de la labor educativa que se realiza en su interior es más bien simulación. Ya se han examinado otras posibilidades de resolver este problema.

* Véase el Apéndice 6.

Al ser dada de alta aun de la sala de maternidad con el mayor número de pacientes, la madre puede ser orientada por lo menos sobre la ubicación y horas de servicio de la "fuente primordial" de cuidado de la salud del sector que le corresponde en la ciudad, y aconsejada para que se someta a una revisión post partum y reciba inmunizaciones o, en caso necesario, cuidado médico en dicha fuente. Además, si este es su primer contacto con el servicio, se puede conversar con ella en una entrevista para averiguar si el riesgo de los niños de su familia tiene probabilidades de ser superior al promedio (utilizando criterios como el peso al nacer, intervalo entre los partos, pérdida de hijos, prevalencia de malnutrición y enfermedades diarreicas en la familia, naturaleza del ambiente hogareño, antecedentes de la alimentación de otros hijos y planes para alimentar al pecho al actual). Si el riesgo es elevado y la madre no acude al dispensario cuando debería, la "fuente primordial" debe iniciar sus gestiones para observarla.

Después de la visita inicial de inmunizaciones, las normas del servicio urbano de cuidado de la salud para lactantes y niños de edad preescolar pueden, como primera medida, seguir la pauta expuesta para un dispensario rural. Si se dispusiera de recursos médicos en mayor cantidad, deberían utilizarse primero para mejorar la calidad del asesoramiento médico en entrevistas y exámenes durante la enfermedad, programando la atención para cuatro, en vez de seis, pacientes por hora. Una vez satisfecho este requisito, pueden añadirse a las normas los "exámenes habituales de la salud".*

Los servicios de consulta y complementarios, reuniones de personal, etc., de un servicio urbano, pueden y deben ser más amplios que los de un servicio rural y, en consecuencia, debería preverse la educación del personal durante el servicio.

Teniendo en cuenta la concentración de población en una ciudad, es especialmente importante contar con un servicio urbano eficiente para cuidado de casos de urgencia. Deberán evitarse en lo posible los hospitales de urgencia o centros de rehidratación aislados, puesto que sólo constituyen instituciones adicionales del complicado sistema urbano de cuidado de la salud. El servicio de urgencia debería formar parte de un hospital regular que prestara asistencia durante 24 ó 48 horas sin ingreso oficial del interesado en el hospital. En algunas ocasiones, se puede justificar, por razones geográficas o relativas a las vías de comunicaciones, la existencia de "hospitales de urgencia" o "centros de rehidratación" aislados, pero dichas instituciones deberían estar unidas siempre por un servicio de ambulancia y teléfono con un hospital, de suerte que los pacientes no permanecieran en ellas más de uno o dos días. En las instalaciones de urgencia de cualquier clase influirán en alto grado las epidemias o la distribución estacional de las enfermedades que puedan preverse.

* Véase también el Apéndice 5.

Por otra parte, la concentración de la población facilita las visitas domiciliarias, aunque esto no debería aprovecharse para justificar un exceso de visitas por capricho. Tan poco práctico resulta tratar de visitar todos los hogares como tratar de examinar a todos los lactantes cada mes. Las visitas domiciliarias son indispensables para los médicos y las enfermeras, pues así pueden apreciar las condiciones en que cunde la enfermedad y en que se preparan los alimentos, con lo cual sus consejos y tratamiento pueden adaptarse más a la realidad. No obstante, esas condiciones son tan comunes en las ciudades que se puede generalizar sin necesidad de visitar todos los hogares. La visita domiciliaria es, pues, un complemento del servicio más bien selectivo que rutinario. Cuando convenga hacer visitas con carácter de "mensaje", o sea para recordar que el paciente debe acudir al consultorio a determinada hora, conviene utilizar los servicios de un visitador "mensajero" (cuyo adiestramiento puede ser mínimo).

La vida de familia en las ciudades es de tal naturaleza que el concepto del cuidado de convalescientes y de instalaciones para la atención de estos, así como los principios de distribución de la leche por los servicios de cuidado de la salud, requieren especial atención en las normas de servicio. Ya hemos examinado en términos generales la aplicación de estos principios a las normas.

En las zonas urbanas de América Latina se plantea otro problema de salud que requiere especial atención: la alimentación del recién nacido. Puede afirmarse con bastante seguridad que el retroceso en la alimentación al pecho en las ciudades latinoamericanas se refleja en la estabilidad o lentitud del ritmo de disminución de la mortalidad infantil comparado con el de otros adelantos técnicos. Las causas del abandono de la alimentación al pecho son complejas y no basta un servicio de cuidado de la salud del niño para influir en esa tendencia. El examen de este complejo problema rebasa los límites de este documento.

Sobre este aspecto, hay varias actividades específicas que puede llevar a cabo un servicio urbano de cuidado de la salud del niño y que pueden incorporarse a las normas de servicio del mismo, por ejemplo: prohibir la exhibición, dentro del recinto de hospitales, centros de salud, dispensarios, etc., de anuncios o la propaganda con prospectos o folletos sobre cuidado del niño y alimentación artificial, publicados por empresas de productos farmacéuticos o fabricantes de mezclas y alimentos para niños. Puede reemplazar esos anuncios, etc., por carteles preparados de acuerdo con sus instrucciones para alentar la alimentación al pecho, pero sin inspirar la sensación de culpabilidad. Puede prohibir la distribución de muestras gratuitas de mezclas alimentarias por sus centros de salud y hospitales, especialmente hospitales de maternidad; puede tratar de inculcar en su personal la convicción de la importancia de la alimentación al pecho (desde el punto de vista exclusivamente sanitario y económico), a fin de que dicho personal, a su vez, la comunique a su familia y a sus pacientes y la tenga en cuenta en sus hábitos, pero también sin inspirar la sensación de culpabilidad a las madres cuya situación no les permita alimentar al pecho a sus hijos. Hay muchas oportunidades evidentes para incorporar estas convicciones en las normas de

servicio de hospitales y centros de salud, pero para ello es necesario ante todo que el personal de salud esté íntimamente convencido de su eficacia y las aplique realmente en la práctica.

La organización, las normas e instalaciones y el personal de un servicio urbano de cuidado de la salud de la madre y el niño, distarán mucho de ser perfectos hasta que la ciudad misma y los factores que influyen en su crecimiento y gobierno puedan ser controlados por un proceso ordenado de planificación. Mientras no exista tal control, el administrador sólo puede "ajustar" sus servicios, con todas sus imperfecciones, a la ciudad imperfecta. En esa tarea, el administrador debe tratar especialmente de eliminar el derroche de esfuerzos y la duplicación de servicios y de distribuir los servicios a las zonas geográficas de la ciudad, a grupos seleccionados de la población de la misma y a instituciones de cuidado de la salud que ofrezcan las mejores perspectivas de aprovechar al máximo las inversiones que en ellas se hagan.

C. Recapitulación

Tal vez las objeciones más enérgicas contra la aplicación de estas normas deriven del temor de que el desplazamiento de personal de los "centros de salud" a los hospitales (especialmente en las zonas urbanas) y la fusión de los servicios "preventivos" y "curativos" contribuyan a aumentar la supremacía de estos últimos en detrimento de los primeros. Esas objeciones pueden ser síntomas de intereses creados, pero también deben considerarse en su valor aparente.

Existe el peligro de que sólo se traduzca en acción una parte de los nuevos conceptos, es decir, la que comprende el traslado de personal y presupuesto, y de que se haga caso omiso de los demás, o sea de las funciones educativas y preventivas del "tratamiento" que podrían ejercerse mediante este desplazamiento de los servicios establecidos en hospitales. De modo análogo, es posible que la partera empírica sea incorporada como brazo de trabajo al servicio rural, sin estar apoyada por un adiestramiento y supervisión que la convertiría en eficaz brazo de trabajo.

Si no se comprende la significación de la "calidad" del servicio, cualquier cambio en la organización existente y en la prestación de servicio será en vano y puede resultar desastroso. Calidad significa no solamente mejores prácticas clínicas técnicas, sino también conciencia de los aspectos sociales y culturales de la enfermedad, conciencia que tiene más de mil pequeñas aplicaciones en la práctica clínica diaria.

Las reformas expuestas no se han sugerido con la intención de debilitar los aspectos preventivos del servicio de cuidado de la salud, sino de fortalecerlos. Esto se logra mediante dos cambios principales: vinculando los consejos y servicios preventivos con la terapéutica, de suerte que beneficien a un mayor número de personas y se utilice la enfermedad como fuerza motivadora en el proceso de aprendizaje, y elevando la calidad del servicio. Es indispensable efectuar ambos cambios, pues cualquiera de

ellos sin el otro carecerá de todo valor. Por consiguiente, si no existe ni puede crearse una conciencia de los aspectos sociales y culturales de la enfermedad, las perspectivas de reformar el servicio serán poco halagüeñas.

Pueden formularse otras objeciones derivadas de la importancia dada al estudio inicial. En el Apéndice 3 se examina más detenidamente esta cuestión. En efecto, el estudio requiere tiempo que debe restarse al asignado a la prestación de "servicios". En vista de que el estudio es un concepto y no una actividad corriente determinada, la cantidad de tiempo necesaria para realizarlo puede ser objeto de acomodamiento hasta cierto punto, pero es imprescindible llevar el concepto a la práctica.

El objeto de esta presentación ha consistido en estimular algunos cambios en el procedimiento para mejorar la salud de la madre y el niño mediante la labor de los servicios de cuidado de la salud. En los Apéndices 1, 2 y 5 se examinan los motivos del descontento actual y la justificación para modificar el procedimiento seguido al respecto.

CAPITULO VI

UN PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

Justificación desde el punto de vista de la salud pública

La salud y la educación, como aspectos de la vida del hombre, persiguen objetivos humanos idénticos. El progreso que se obtenga en uno de ellos depende del que se realice en el otro, y el desarrollo de ambos campos es esencial para el adelanto nacional.

Si bien existe todavía un considerable número de niños en edad escolar que no asisten a la escuela, dicha proporción se va reduciendo rápidamente con el impulso del programa de la Alianza para el Progreso. En una planificación eficaz de la salud hay que aprovechar todas las oportunidades de educar y prestar servicios a la comunidad en materia de salud, de acuerdo con un programa que se ajuste a las necesidades y recursos existentes y un orden de prioridades. La salud escolar representa una de estas oportunidades. La única cuestión que se plantea es la de establecer prioridades a base de las cuales se preparen programas.

Aunque la mortalidad de los niños en edad escolar es menor que la de otros grupos de edad, los programas de salud escolar poseen ciertas ventajas únicas que deben ser tenidas en consideración en un plan de salud bien concebido, a saber:

1) La escuela, especialmente la del medio rural, es a menudo el centro en que se desarrolla la vida de la comunidad, y, por consiguiente, puede influir favorablemente en la conducta de la población con respecto a la salud.

2) El maestro, especialmente el de las zonas rurales, se convierte con frecuencia en un dirigente de la comunidad y en uno de los elementos clave de su estructura, y puede también influir favorablemente en la actitud de la población hacia la salud.

3) Los niños constituyen la futura población adulta, en una edad en que el aprendizaje es su tarea principal en la vida, en la que captan con más facilidad nuevas ideas y en la que normalmente se reúnen en pequeños grupos, ya organizados, con una cultura y motivaciones comunes.

4) En general, las escuelas constituyen grupos fácilmente accesibles a los que se puede proporcionar servicio de salud colectivos, cuyo fomento y organización requiere un mínimo esfuerzo.

Se podrían aducir otras razones de carácter más convencional para establecer un programa de salud escolar, pero de menor importancia para la salud de las comunidades latinoamericanas que las cuatro que acabamos de exponer.

1. El maestro y su preparación

El maestro, en principio y en la práctica, puede servir como ejemplo en el campo de la salud. Desde el punto de vista de la educación sanitaria, su condición y su comportamiento pueden tener tanta importancia como los conocimientos que imparte. Por consiguiente, en el orden de prioridades que se establezca al proyectar un programa de salud escolar ocupará el primer lugar el fortalecimiento de las materias de salud contenidas en los cursos de formación de maestros y el de las instalaciones sanitarias y servicios de higiene personal de las instituciones para el adiestramiento de maestros.

El tipo de enseñanza que reciba el maestro sobre problemas y servicios de salud, así como sobre crecimiento y nutrición de la infancia variará no sólo según los problemas y recursos del país, sino también de acuerdo con los objetivos y métodos de los programas de educación y de salud. Lo mismo puede decirse de la preparación que recibirá para desempeñar su función como dirigente de la comunidad. Estas cuestiones han sido ampliamente examinadas en varios documentos de la OMS.* Ahora bien, un factor común en el adiestramiento de todos los maestros debe ser el conocimiento de las nociones elementales de primeros auxilios y de higiene personal y la manera de reconocer y encarar los problemas que en la escuela plantean las enfermedades y los defectos de percepción, comunicación e inteligencia que obstaculizan el proceso del aprendizaje.

La zona piloto en que se lleve a cabo un programa de salud escolar (como se describe a continuación) debe estar relacionada con instituciones para el adiestramiento de maestros, a fin de que sus alumnos reciban algo más que una simple orientación teórica en esta materia.

2. El programa de salud escolar

Desde el punto de vista más bien pragmático que ideal, los programas de salud escolar en América Latina pueden ser examinados bajo los aspectos siguientes: educación sanitaria en las escuelas, higiene ambiental, alimentación, y servicios de salud. Las actividades que realizan los alumnos, especialmente si están coordinados con las actividades de la comunidad, ofrecen una oportunidad de integrar todos esos campos en una sola tarea docente y, como tales, merecen alta prioridad en toda la planificación de programas.

* Teacher Preparation for Health Education. Informe del Comité Mixto de Expertos de la OMS/UNESCO, 1960. A Study Guide on Teacher Preparation for Health Education, OMS/UNESCO, 1957. Simposio Europeo de la OMS/UNESCO sobre la Preparación de Maestros para la Educación Sanitaria, París, 7-16 de diciembre de 1961.

El establecimiento de prioridades específicas resulta difícil porque los detalles de un programa dependen de las necesidades y recursos nacionales, determinados mediante una encuesta preliminar en lugar de idealizarlos o calcularlos. De todos modos, se pueden establecer ciertos principios de orientación.

2.1 Educación sanitaria en las escuelas

La enseñanza de la educación sanitaria debe ajustarse a la realidad. En efecto, no tiene ningún valor si en ella se utiliza material docente raro o extranjero que se refiere a problemas sin interés para la cultura y la sociedad en que vive el niño y su familia, si los conocimientos de salud que se imparten no tendrán aplicación práctica a las futuras necesidades del estudiante y si depende de servicios de salud que no existen o se refiere a estos. La enseñanza de nociones de nutrición, especialmente sus aspectos prácticos utilizando los recursos locales, constituiría una importante característica del plan de enseñanza. En los textos empleados para el aprendizaje de conocimientos elementales de lectura y aritmética se puede incorporar también principios de educación sanitaria, aunque, en general, para enseñar estos principios es preciso preparar material pedagógico local o, por lo menos, nacional.

2.2 Higiene ambiental

El saneamiento del ambiente escolar (agua, eliminación de desechos, limpieza, higiene de los alimentos) es importante no sólo desde el punto de vista de la prevención de enfermedades en ese grupo de población, sino también como una manifestación del ideal alcanzable en medio de condiciones de vida doméstica que raramente son ideales. Así, pues, al mismo tiempo que presta un servicio directo, sirve para enseñar y demostrar una finalidad. El saneamiento de la escuela ha de recibir mayor prioridad que el de la vivienda particular, pues el primero sirve de punto de partida para lograr el segundo, si se sabe aprovechar debidamente.

A menudo se pueden efectuar mejoras sencillas en cuanto a servicios generales, iluminación y ventilación, a fin de facilitar el aprendizaje. La OPS proyecta publicar un manual a este respecto.*

2.3 Alimentación escolar

Además de los productos importados que puedan ser distribuidos mediante un programa de alimentación escolar, es conveniente utilizar los que se producen en la localidad, particularmente los que "deben" consumirse más de lo acostumbrado. En la planificación hay que tener en cuenta la relación entre alimentación escolar y la educación sanitaria y los buenos

* Saneamiento escolar (proyecto de manual). Odyer A. Sperandio, Ingeniero Consultor de la OSP. Escrito originalmente en portugués.

hábitos alimentarios con las actividades que realizan los alumnos, tales como los huertos escolares. Si se encuentran en ejecución programas de nutrición aplicada, patrocinados por la OMS/FAO/UNICEF, sus objetivos y conceptos, por lo menos, serán apropiados para cualquier plan propuesto y deberán formar parte del mismo.

2.4 Servicios médicos y dentales escolares

Salvo los primeros auxilios y la función que corresponde a los maestros de observar a sus estudiantes y de enviar a los que estén enfermos a donde puedan recibir atención, los servicios convencionales médicos y dentales de la escuela ocupan el último lugar en el orden de prioridades establecido para un programa de salud escolar. Los servicios que se describen a continuación pueden ser ofrecidos y financiados por los ministerios de salud o de educación. En América Latina se encuentran ejemplos de ambos sistemas. En algunos casos, los organismos de salud pueden prestar determinados servicios, y las escuelas prestar otros servicios. (Véase más adelante la sección relativa a la coordinación.)

Es sumamente importante establecer una serie de normas y aplicarlas por orden de prioridad y de acuerdo con los recursos y problemas existentes. Conviene también completar satisfactoriamente cada fase del programa antes de iniciar la siguiente. Por lo general, estas fases deberían llevarse a cabo en el siguiente orden:

- 2.4.1 Primeros auxilios.
- 2.4.2 El maestro debería tener la responsabilidad de observar a sus alumnos y enviar al médico o centro de salud a aquellos que necesitan atención médica. Estos casos deben ser objeto de observación ulterior.
- 2.4.3 Inmunización.
- 2.4.4 Servicios de cuidados dentales. Se incluyen estos servicios porque algunos de ellos existen con frecuencia y deben proporcionarse a los escolares como cuestión de prioridad en higiene dental. Puesto que estos servicios nunca bastarán para atender las necesidades de todos los escolares, habrá que establecer un orden de prioridades dentales, a fin de utilizar de la mejor manera los recursos de odontología existentes.
- 2.4.5 Servicios de exploración colectiva y de observación ulterior de los casos. Estos servicios de exploración colectiva no deben establecerse, a menos que en la planificación se prevea la atención médica ulterior del paciente. En las zonas donde existen enfermedades endémicas especiales, esta labor de exploración puede incluir el examen de sangre o de heces o la prueba de la tuberculina. En

todas las zonas, debe tenerse en consideración el examen de la vista y del oído para seleccionar los niños que presentan anomalías. Las decisiones en cuanto a los programas exploratorios deben basarse en los problemas de salud a que hace frente la comunidad, en la disponibilidad de recursos y en el análisis de una inversión en relación con los beneficios resultantes.

2.4.6 Exámenes médicos en la escuela de alumnos seleccionados por el maestro y asistencia médica de los mismos en caso necesario.

2.4.7 Los exámenes médicos rutinarios de toda la población escolar ocuparán, sin duda, el último lugar en el orden de prioridades. Raramente o nunca se procederá a otro examen rutinario, además del que se efectúa al ingresar el alumno en la escuela. No es posible que, con los recursos existentes en América Latina, se pueda justificar incluso un esfuerzo de esta naturaleza. Cabe señalar que la medición de la estatura y el peso como medio de descubrimiento de casos entre los escolares raras veces resulta de utilidad, puesto que la presencia de casos de grave retraso en el crecimiento se advierte a simple vista, y la de casos leves, es casi universal. Ahora bien, puede ser de utilidad para observar el progreso de los niños malnutridos.

2.5 Coordinación

Debido al amplio campo que abarca un programa general de salud escolar, la importancia que se concede a los valores del aprendizaje y las distintas vías administrativas de las que se derivan los servicios requeridos, es indispensable para establecer una estrecha colaboración a nivel nacional y local. Esta tarea tal vez no sea fácil, pero debe hacerse todo lo posible para llevarla a cabo. Aun cuando no puedan realizarse todas las actividades mencionadas, habrá algunas que se prestarán a una programación coordinada. Es mejor adaptar el programa y su planificación a posibilidades que se ajusten a la realidad que iniciar un plan excesivamente ambicioso que nunca podrá traducirse en hechos. De cualquier modo, probablemente tendrán que establecerse a nivel nacional y local algunos comités permanentes con una finalidad determinada (aunque limitada) que representen, por lo menos, el sector de la educación, la salud y la agricultura. Anteriormente se hizo referencia a los programas de nutrición aplicada.

Apéndice 1

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

Un motivo frecuente de queja por parte del personal de salud latinoamericano es el mal estado de los servicios de higiene materno-infantil. 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.

El análisis histórico puede ayudar a comprender la situación actual y a buscar la manera de remediarla. Tal es la finalidad que se persigue en el presente estudio que, por necesidad, es breve y se refiere a tendencias y generalidades. Dado que el planeamiento actual se concentra en la reducción de la mortalidad de niños menores de 5 años, el análisis se limitará a los aspectos referentes a la salud del niño de los servicios de salud materno-infantil en cuanto parte del programa general de salud pública.

Los servicios de salud infantil se originaron a principios del presente siglo y se incorporaron a los servicios generales de salud pública ya constituidos en el primer cuarto de él. En la época del establecimiento de dichos servicios, los programas de salud pública comprendían tres clases de actividades bien establecidas, a saber: saneamiento del medio, cuyas raíces como preocupación colectiva se remontaban a millares de años y se han fortalecido en fecha reciente con la aparición de la ciencia sanitaria; las actividades de control de las enfermedades transmisibles, cuyas antiguas raíces también se han fortalecido con la aparición de la ciencia bacteriológica, y las estadísticas vitales cultivadas científicamente durante el siglo anterior, especialmente en Inglaterra, que facilitaron los datos básicos para fomentar el interés colectivo por el bienestar del niño.

La preocupación que condujo al establecimiento de un servicio de salud infantil organizado no constituyó un fenómeno aislado. Coincidió con una nueva orientación de muchos valores y con una nivelación de privilegios que afectó a la totalidad de la sociedad. El siglo XX ha sido

llamado el siglo del niño, y la vida familiar ha sido objeto de críticas porque el niño ha absorbido gran parte del enfoque y significado de la misma. La creación de los servicios de salud infantil coincidió, asimismo, con la de muchos otros nuevos tipos de servicios de salud, 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 por promulgar una legislación protectora en la industria, las campañas de educación popular y los comienzos de la enseñanza de la 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 formas de servicio, incluso los de salud 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 que, por su propia naturaleza, sólo podían establecerse mediante el esfuerzo gubernamental.

Los servicios de salud infantil creados a principios del siglo, tenían por objeto reducir el tributo de defunciones de lactantes, muchas de las cuales eran claramente evitables puesto que el peligro era muy diferente según la clase social. Se reconoció que la pobreza, el hacinamiento y las malas condiciones higiénicas no podían modificarse mediante la atención personal prestada directamente a las familias. Por otra parte, se pensó que la malnutrición, la ignorancia en cuanto al cuidado del niño y el consumo de alimentos contaminados, que acompañaban a las condiciones antedichas, podían mejorarse, con la consiguiente reducción de la morbilidad y mortalidad infantil.

Los nuevos servicios se confiaron a 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, comparable a la de la trabajadora social, surgían del voluntario impulso caritativo de mujeres de las clases media y elevada.

Este personal trabajaban en consultorios (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 el fondo, dichos servicios consistían en tres actividades: la distribución gratuita de leche o alimentos apropiados para lactantes, el examen médico y la instrucción de la madre. La malnutrición se combatió mediante la distribución directa de leche gratuita o a bajo costo, y los consejos y estímulo en favor 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 contrarrestó con la distribución de alimentos sanos o 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. Aspectos

importantes de la práctica pediátrica de esa época fueron el empleo de nutrientes de distinta clase y composición para preparar la ración del lactante, así como la determinación de la cantidad y el horario de las comidas.

El tratamiento de enfermedades no se incluyó en estos servicios preventivos de salud 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 para tratar las enfermedades comunes de la infancia.

Si bien la mortalidad de la primera infancia disminuyó en forma sorprendente en la primera mitad del presente siglo en los países que establecieron esta clase de servicio de salud infantil, la parte que desempeñó el servicio en la mencionada reducción no está muy clara. Se lograron también 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 los consultorios de salud infantil, divulgó los conocimientos sobre el origen de la enfermedad y sobre el cuidado del niño, y los adelantos científicos permitieron establecer métodos más eficaces para el tratamiento de las enfermedades. Todo esto podría haber ocurrido sin los elementos específicos proporcionados por los servicios de higiene infantil. En realidad, una reducción de las defunciones todavía más notable ha ocurrido durante el siglo XX en niños de 1 a 4 años, los cuales, hasta fecha muy reciente, nunca fueron atendidos por los servicios de cuidado infantil. No obstante, es innegable que el espíritu de cruzada de los primeros dirigentes y especialistas en salud maternoinfantil contribuyó a que la colectividad comprendiera estos problemas y avivó el fuego que consumió los males e injusticias de que adolecían.

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 salud infantil están hoy financiados por los gobiernos, el control que ejercen 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 gobierno y de las empresas, y los planes de atención médica directa del público se han ampliado considerablemente. No obstante, varía mucho el grado en que los servicios de salud infantil de carácter preventivo, financiados también por el gobierno, se han integrado en estos nuevos planes de atención médica. De un lado está la norma seguida en Inglaterra y en los Estados Unidos de América. Los servicios preventivos de salud infantil se añadieron al trío de servicios de salud pública en fecha relativamente temprana en el presente siglo. 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 Mesoamérica y en América del Sur, las antiguas colonias británicas, por una parte, y Chile por otra, representan esos dos extremos.

La evolución del contenido de los servicios preventivos de salud infantil ofrecidos fuera de los países soviéticos es muy evidente 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 costumbres relativas a la alimentación infantil han aparecido y desaparecido y, en general, se reconoce actualmente que la naturaleza de la mezcla láctea que proporciona nutrientes reviste escasa importancia mientras satisfaga las necesidades nutricionales del lactante. La leche pura, los alimentos esterilizados empaquetados, la ropa y los baños 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 tiene por objeto orientar y dar confianza a la madre en lo relativo a las manifestaciones de la conducta del niño en proceso de crecimiento, en vez de impedir la mortalidad infantil. Este cambio se refleja en forma notable 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 salud infantil preventivos de los departamentos de salud pública contribuyen en grado significativo a reducir los índices de mortalidad de lactantes y niños en los países opulentos.

La totalidad del programa de salud maternoinfantil de las sociedades prósperas 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 actuales servicios de salud infantil preventivos, derivados de los establecidos a principio de siglo, no sirven ya los fines para los cuales fueron originalmente creados.

La mayoría de los servicios de salud infantil de América Latina, en particular los que han sido motivo de preocupación, fueron creados como consecuencia prevista de los programas de asistencia técnica derivados del contenido y de la estructura orgánica de los servicios de salud pública de Estados Unidos de América, o bajo su influencia predominante. Además de los cambios de contenido y de responsabilidad administrativa que experimentaron los servicios de salud 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 disciplina que procuró abarcar a otros miembros de la familia y otros problemas de salud.

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 guardaban relación con los servicios médicos de un hospital o médico privado. Esto requería un criterio amplio y una independencia de decisión que no eran tan necesarios 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 del siglo la alta mortalidad que prevaleció en los países hoy opulentos. Los índices de mortalidad registrados no son distintos, aunque es probable que en América Latina el grado de pobreza y de malnutrición sean más graves, y los índices de mortalidad correspondientes, incompletos. La rápida urbanización y la complejidad de numerosos centros médicos urbanos son hoy comunes a América del Norte y a América Latina. Por otra parte, los contrastes entre los Estados Unidos de América de comienzos del 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 de América.

Se ha señalado que el contenido de esta clase de servicios de salud infantil en Estados Unidos de América no se orienta hoy hacia la disminución de la mortalidad de la primera infancia. Como corolario, cabe señalar que el contenido de estos servicios, a principios del 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 fomento del 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 salud infantil y ha empezado precisamente a hacerse notar.

Todavía más significativo es el hecho de que las prácticas de la alimentación y atención del niño, que formaban el contenido de los servicios de salud 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 del siglo. Si bien la aspiración es, sin duda, evidente en América Latina, se trata de una aspiración

distinta. Los valores de la clase media, que los especialistas sanitarios adiestrados en Estados Unidos de América daban por supuestos, no pueden utilizarse como fuerza motivadora en América Latina.

Se ha señalado que los servicios de salud 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 considerablemente y pueden hoy prestar a los niños servicios importantes y economizar vidas. Además, en América Latina los servicios de tratamiento prestados y financiados privadamente son hoy menos comunes que los mismos servicios sufragados por el gobierno o las instituciones del seguro social. Hay muchas razones para combinar los servicios de salud infantil preventivos y curativos, como, en realidad, se han venido combinando desde hace tiempo en la práctica pediátrica privada llevada a cabo en los Estados Unidos de América. Desgraciadamente, por diversas razones, el servicio de salud infantil preventivo de un departamento de salud, especialmente en los Estados Unidos de América e Inglaterra, ha seguido conservando características propias y peculiares. En consecuencia, el personal de salud pública adiestrado en Estados Unidos de América o sometido a su influencia, tiene una visión del programa de salud infantil deformada por diversas circunstancias históricas y 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. Se puede exportar la tecnología propia de los medicamentos o de un quirófano, pero las normas orgánicas y los detalles técnicos de los servicios de salud preventivos deben formarse localmente, en consonancia con las circunstancias y condiciones de la colectividad a la que se destinan.

Se ha señalado que las clínicas y los puestos de distribución de leche establecidos a principios del 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 a este grupo urbano se ofrecía cierta especie de servicio médico, aun cuando era inadecuado, 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 atender a toda la colectividad y no sólo 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 salud maternoinfantil en el sentido tradicional que el término tenía en Estados Unidos de América y se procuró que adaptaran las mismas prácticas habituales 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 con muy poca coordinación entre sí y a menudo con duplicidad de servicios, incluso dentro del mismo edificio.

Se ha puesto ya de relieve que los servicios de salud materno-infantil establecidos a principios del siglo contaban con una nueva clase de personal, la enfermera de salud pública, la cual, con el transcurso del tiempo, se convirtió en 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 cualquier categoría eran tan poco comunes que constituían virtualmente una curiosidad. Si bien en América Latina 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 los consultorios 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 ejercer puestos de responsabilidad diversa, uno de los cuales es el de enfermera de salud pública en un servicio de salud infantil. A menudo, su adiestramiento se ha concentrado principalmente en las ciencias básicas, tales como la anatomía y la fisiología, con escasa o ninguna experiencia práctica en atención de pacientes o sin haber estado en contacto alguno con estos. 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 no hay instalaciones a las que puedan acudir los pacientes. De este personal de salud, preparado someramente y aislado con frecuencia, se esperan juicios y 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.

Los médicos de los servicios de salud infantil tampoco están preparados para desempeñar la clase de servicios requeridos. Si han recibido algún adiestramiento pediátrico especial, este se ha concentrado en el tratamiento de enfermedades, con exclusión de los aspectos preventivos. Y si han tenido adiestramiento en salud pública, este se habrá orientado hacia la administración y las prácticas preventivas habituales de una sociedad próspera, con exclusión de las medidas terapéuticas. A veces, los orígenes y orientaciones de la clase social del médico obstaculizan su comprensión y sólo recientemente se ha reconocido 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 la situación en los Estados Unidos de América y en América Latina, se advierten notables contrastes entre las circunstancias que dieron origen a los servicios de salud infantil, hace más de cincuenta años, y en la relación de estos con otros servicios

de salud preexistentes; también el personal que los presta difiere en varios respectos. Esta discrepancia, intensificada por la evolución y los cambios ocurridos desde principios del siglo tanto en los Estados Unidos de América como en los programas de salud infantil del servicio de salud pública. Esta discrepancia, unida al porvenir nada realista del personal de salud pública preparado en los Estados Unidos de América 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 salud maternoinfantil.

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 salud maternoinfantil en América Latina, 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, ha despertado la misma conciencia y sentido de obligación ética que se suscitó a principios del siglo, y dichos servicios 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 despertar la curiosidad y, cuando más, contribuir al lento proceso de intercambio cultural concomitante del desarrollo técnico. Estos aspectos 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 la llama que, por uno u otro medio, combatirá 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 salud maternoinfantil. Si esta tesis resulta aceptable, buena parte del actual desencanto del personal de salud se disipará.

Siempre es más fácil juzgar lo ya pasado que prever el futuro. Si bien es posible que se cometan errores, al menos cabe evitar las equivocaciones y tropiezos del pasado. Si el análisis histórico tiene algún valor, ello se debe a que es el preludeo del planeamiento futuro. La ignorancia, la malnutrición y las infecciones evitables siguen planteando problemas que es preciso afrontar y resolver. Casi todos los esfuerzos en este sentido merecen la pena. El personal de salud pública debe prestar atención a la posibilidad de 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 salud infantil se orientan 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 en el que aparecen envueltos, a acelerar el descenso de la hoy elevada mortalidad de niños de corta edad en América Latina. Cuando menos, este aserto constituye una hipótesis que bien merece ser sometida a prueba, ya que hasta hoy no lo ha sido realmente en América Latina.

Apéndice 2

EL CONCEPTO DE SERVICIOS "BASICOS" DE SALUD (Con especial referencia a la salud de la madre y del niño)

El concepto de servicios básicos de salud y el criterio del cual procede, se deben, según parece, al Dr. Haven Emerson, que en vida fue distinguido médico norteamericano de salud pública. El Dr. Emerson empleó esa terminología poco después de la Segunda Guerra Mundial como resultado, más bien que como fundamento, de la necesidad, que entonces se suponía que existía en los Estados Unidos de América, de establecer unidades de salud pública locales (de condado) para toda la población. Esta idea fue elaborada por el Comité sobre Unidades Locales de Salud de la Asociación Americana de Salud Pública, tomada de una declaración formulada por esa Asociación el 9 de octubre de 1940 y "completada" el 19 de diciembre de 1941 y el 29 de enero de 1943. El Dr. Emerson la utilizó como armazón para establecer normas que le permitieran examinar el estado de los servicios locales de salud pública en los Estados Unidos de América e inferir su costo y contenido fundándose en las medidas necesarias para aplicar dichas normas a la población norteamericana.

Se consideraban como "servicios básicos" los de bioestadística, control de las enfermedades transmisibles, saneamiento del medio, laboratorios de "salud pública", higiene maternoinfantil y educación sanitaria. El Dr. Emerson divulgó el concepto, el que se infiltró en los libros de texto y en las escuelas de salud pública y (con una modificación de poca monta) en el primer informe del Comité de Expertos en Administración Sanitaria de la OMS (Serie de Informes Técnicos de la OMS No. 55, 1952, pág. 13). Así sucedió, a pesar de que la Asociación Americana de Salud Pública modificó radicalmente su propia declaración, en 1950, y de que el citado Comité de Expertos de la OMS en su informe se refiere a los "servicios de salud" bajo epígrafes de carácter completamente diferente, al examinar el amplio problema de la administración de los servicios de salud (Ibid, pág. 7).

En su segundo informe publicado en 1953 (Serie de Informes Técnicos de la OMS No. 83), el Comité de Expertos trató de la planificación de unidades locales de salud en áreas rurales e introdujo el concepto de "servicio integrado de salud". Ese grupo modificó también ligeramente el concepto de servicios básicos de salud. Dio a la bioestadística el sentido de "mantenimiento de registros con fines estadísticos" y añadió "enfermería de salud pública" y "atención médica" a

la lista de nuevas entidades que era preciso "integrar". Con respecto a la "atención médica", se da cuenta de una diferencia de opinión en dicho Comité (pág. 22).

El Comité de Expertos de la OMS en Higiene Maternoinfantil (Segundo Informe, Serie de Informes Técnicos de la OMS No. 115) adoptó en 1955 un punto de vista ambiguo sobre las relaciones entre los servicios para la salud de la madre y el niño y los de cuidado médico (pág. 13) al insistir en que "la principal preocupación de los servicios de higiene maternoinfantil debiera ser siempre la prevención, pero... que, cuando sea preciso, se consideren obligados a proporcionar por sí mismos a la madre y al niño una completa asistencia médica y de enfermería". El Comité llegó al extremo de desaprobar la separación entre los servicios preventivos y los curativos "en los países de alta morbilidad, donde los recursos terapéuticos son insuficientes". No obstante, formuló una salvedad añadiendo: "Donde los servicios curativos han adquirido un grado avanzado de desarrollo, la higiene maternoinfantil puede consagrarse más a la organización de los servicios preventivos y de la educación sanitaria" y por lo menos dio a entender que es preferible una separación de los servicios.

El tercer informe del Comité de Expertos de la OMS en Administración Sanitaria, de 1959 (Serie de Informes Técnicos de la OMS No. 194) trata de la metodología de los estudios sobre sanidad local y comunica los resultados de seis encuestas piloto. Aunque en la introducción se hace referencia al concepto de los servicios básicos de salud expuesto en el segundo informe del Comité, el programa propuesto para un estudio sobre sanidad local (pág. 32) enfoca de modo completamente diferente los medios fundamentales con que una comunidad logra la salud. Se enumeran cinco funciones: saneamiento del medio; lucha contra las enfermedades transmisibles; educación popular en higiene personal; organización de los servicios médicos y de enfermería en condiciones de facilitar lo antes posible el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y establecimiento de instituciones y prácticas sociales que aseguren a cada uno el nivel de vida requerido para el mantenimiento de su salud. Ese criterio tiene algo en común con el adoptado por la Asociación Americana de Salud Pública, a fines de 1950 sobre la función de la unidad local de salud, que examinaremos luego más detenidamente.

La única ventaja evidente de utilizar un grupo de servicios divididos en compartimientos, con un sistema tradicional de funcionamiento y dotación de personal (tal como el concepto de servicios "básicos" de salud pública del Dr. Emerson) es que permite al planificador obtener casi automáticamente una serie de normas basadas en la población, por ejemplo, las relativas a camas de hospital, horas-médico, sesiones clínicas, clases de instalaciones de salud, etc. Y, no obstante, resulta paradójico que las normas numéricas de salud pública empleadas por el Dr. Emerson (una enfermera de salud pública por cada mil habitantes, por ejemplo) no fueran en sí sino afirmaciones de metas para justificar la ampliación del statu quo de la organización del programa de salud pública. Esas metas no tenían la menor relación con el estado de salud

de la colectividad y su consecución por una colectividad hubiera estado probablemente en relación inversa con la tasa de mortalidad infantil de los Estados Unidos de América. Las diferencias económicas y sociales de los grupos de población, el carácter, calidad y prestación de todos los servicios de salud existentes en la colectividad (exceptuando el organismo de salud pública u otro de carácter oficial), eran las determinantes de la salud de la colectividad.

Se tropieza con numerosos inconvenientes para separar en compartimientos las funciones y servicios de salud de una unidad de salud local o "básica". Es posible enumerar, como en todos los informes del Comité de Expertos, una larga serie de posibles "provisiones" o servicios, pero es imposible seleccionar algunos de ellos como "básicos" sin conocer la colectividad. Tal hecho se refleja claramente en los cambios que los propios comités de expertos han introducido en los servicios "básicos". La "enfermería" y la "atención médica" (describiendo la primera un grupo de personal profesional y la otra una actividad ya llevada a cabo en muchos servicios de higiene maternoinfantil en favor de la madre y del niño) fueron agregados a la lista porque no se consideraba satisfactorio el alcance de los "servicios básicos". En cambio, no se incluyó la nutrición, importante problema de salud en dos terceras partes del mundo (y que, como el control de las enfermedades transmisibles, afecta también a la madre y al niño). Tal vez se decida a incluirla el próximo Comité, pero no es eso lo que interesa. Lo principal es que debido a la división en compartimientos del concepto de lo que es "básico" es inútil adaptarlo a las diferentes circunstancias y se persigue la meta de mejorar la salud de la colectividad con un método rígido que lleva en sí el germen de su propio fracaso.

En 1950, la Asociación Americana de Salud Pública analizó las funciones de una unidad local de salud de acuerdo con los siguientes epígrafes:*

1. Registro y análisis de datos de salud, es decir, un concepto mucho más amplio que el de bioestadística o de mantenimiento de registro con fines estadísticos. Entraña la noción de obligación de descubrir, por los medios que sea, los problemas de salud, las necesidades de salud y los recursos de salud de una colectividad.
2. Educación sanitaria e información, o sea comunicar a la colectividad y al individuo situaciones y consejos referentes a la salud en términos y de acuerdo con métodos comprensibles y motivadores.
3. Supervisión y regulación de todas las actividades de la colectividad en interés de la salud. Es un concepto de aplicabilidad muy amplia, pues comprende desde las prácticas sanitarias hasta la actuación de los médicos generales. Supervisión y regulación entrañan, asimismo, educación.

* American Journal of Public Health 41:302-307, marzo de 1951.

4. Previsión de servicios directos de saneamiento del medio (a diferencia, por ejemplo, de los servicios "regulados").
5. Administración de servicios personales de salud, cuyo carácter puede ser preventivo, curativo o de rehabilitación, ambulatorio, institucional o domiciliario, pero cuya naturaleza concreta depende de los recursos y necesidades existentes.
6. Funcionamiento de las instalaciones de salud. Este epígrafe se insertó aparte del precedente porque una unidad local de salud puede tener en funcionamiento una instalación que sea utilizada por un médico general o por una partera en el ejercicio privado de la profesión.
7. Coordinación de las instalaciones y recursos.

Se considera que estos siete epígrafes permiten tratar el concepto de servicios básicos de salud de modo mucho más libre y completo que las entidades, organizadas en compartimientos separados, de los epígrafes antes citados. En cambio, presentan el inconveniente de que no especifican y de que imponen al planificador la pesada tarea de la improvisación. Puede ser difícil aplicarlos al pie de la letra a las vías y relaciones administrativas de un departamento de salud de nivel local o nacional, pero, con todo, vale la pena examinar más detenidamente este punto.

Los servicios de salud de cualquier clase se forman gracias a la percepción del personal de salud y de las personas a quienes este sirve. Cuando la percepción de ambos grupos no coincide surgen conflictos y se advierte ineficiencia, y un grupo trata de imponer sus ideas al otro. Diferentes sectores de ambos grupos perciben las necesidades de modo diferente, de suerte que es posible que en un país surja toda una serie de servicios de salud que tanto pueden estar relacionados entre sí como no estarlo. En la forma y diversidad del resultado final influyen factores humanitarios, morales, estéticos, egoístas y políticos, como asimismo el saber médico.

Ninguna colectividad, por primitiva que sea, carece de prácticas y servicios de salud. En toda colectividad aunque sea "subdesarrollada", hay personal de "salud" especializado en nacimientos, defunciones, enfermedades y ambiente. Tampoco hay colectividad alguna a la que no se planteen problemas de salud. Es natural, por consiguiente, que la primera función de un servicio oficial (gubernamental) de salud, de cualquier nivel, consista en determinar cuáles son estos problemas y recursos y quién es este personal. Seguidamente, la función más inmediata e importante es la de coordinar y aprovechar estos recursos cuando sea posible. Esta función puede ir asociada a las de educación, supervisión, y regulación. Tal vez sea necesario promulgar legislación que permita licenciar, inspeccionar y perfeccionar instituciones u organismos, pero es indudable que requiere un amplio punto de vista social de la "salud pública". Todo el proceso es dinámico porque las circunstancias de la vida y los adelantos

del saber modifican a cada paso los problemas y recursos de la colectividad en materia de salud, independientemente de las actividades del organismo oficial de salud. Sólo después de esta continua supervisión y labor de coordinación y aprovechamiento de los recursos existentes, o como consecuencia de dichas actividades, puede o debe considerarse la posibilidad de que el organismo de salud establezca, administre y ponga en marcha un servicio o instalación directo. La naturaleza y alcance del servicio directo así organizado debe adaptarse, según un orden de prioridad, a las necesidades, exigencias y recursos existentes de la colectividad a que sirve. Además, debe formar parte de un amplio plan de salud en el que se fijan las metas que deben alcanzarse en determinado número de años y que permita utilizar al máximo todos los recursos disponibles.

Tal vez parezca que se está insistiendo en algo evidente, pero pueden citarse ejemplos de lo que ocurre cuando el organismo oficial de salud no considera como primordial esta función, sino que impone a las colectividades locales sus propios planes de servicios. Los ejemplos presentados se eligieron para ilustrar este aspecto: el caso de letrinas sin usar en zonas donde existe la costumbre de enterrar las heces, de suerte que en esos lugares dichas instalaciones no son de alta prioridad; hospitales y centros de salud ocupados sólo en parte en zonas donde lo que se necesita son servicios para el cuidado diurno de convalecientes; servicios de cuidado prenatal separados completamente de los obstétricos; enfermedades nutricionales en zonas donde se dispone de suficientes alimentos; mayor cantidad de medicina prescrita directamente para enfermedades por farmacias que la recetada por médicos y enfermeras; más esfuerzo para compilar directamente estadísticas vitales o de servicio inexactas o innecesarias que las requeridas para hacer un estudio de la colectividad. Más importante es, sin embargo, la falta de coordinación en los servicios de salud existentes ya sean de origen gubernamental o privado, la negligencia en el desempeño de la función del cuidado de la salud por la persona que atiende con carácter privado al paciente, tanto si es la partera sin preparación como la profesional o el médico graduado, y la no utilización de las posibilidades de salud de la colectividad, demasiado a menudo explotada por el comercialismo que compite en sus finalidades con las de los servicios de salud y dificulta su realización.

Algunos de estos fenómenos pueden ser resultado ineludible de razones políticas o del propio proceso de desarrollo, inevitable en todas las circunstancias. Pero si se da a las funciones de verificación de hechos, coordinación, regulación y educación de la colectividad la importancia que les corresponde de acuerdo con el concepto de la responsabilidad y misión de las autoridades de salud pública en todos los niveles, es posible que algunos de esos inconvenientes puedan evitarse, sin aumentar los gastos.

Por ejemplo, aplicados al programa de salud de la madre y el niño, estos principios significan que el funcionario de salud pública, de nivel local o básico, dedicaría, especialmente en las fases iniciales de su programa, su tiempo y el de su personal a la labor de averiguar hechos. Habrá algunos hechos que no podrán averiguarse mediante las estadísticas

existentes y, en consecuencia, tendrán que indagarse mediante encuestas y personal auxiliar encargado de recopilarlos.* Otros hechos, como los referentes a actividades del personal u organismos relacionados con la salud, así como la exploración de la función coordinadora del organismo oficial de salud, tendrán que ser buscados directamente por el funcionario de salud o un ayudante profesional. Fundándose en esos hechos y en los recursos de que disponga, el funcionario de salud podrá definir la función y los servicios de que haya de encargarse el organismo oficial de salud de la colectividad. Entre ellos pueden incluirse funciones coordinadoras continuas, por ejemplo la de actuar en calidad de secretaria de comité. Puede comprender la asignación de personal (por ejemplo, una enfermera de salud pública) o suministros (leche en polvo o materiales de inmunización) a un hospital o centro de atención diurna, independientemente de quien los patrocine. Asimismo, puede incluir un programa educativo para parteras, farmacéuticos, médicos generales locales o maestros de escuela, o también un programa principal de educación de la colectividad en materia de nutrición. Algunas de estas posibles actividades (por ejemplo, un programa educativo para médicos) necesitará asistencia de niveles superiores, según los recursos existentes en la localidad. Otras actividades, por ejemplo la de educación en materia de nutrición, necesitarán instrumentos y conocimientos que permitan modificar costumbres que sigan siendo bastante primitivas. Por último, otras actividades, como las de carácter regulador, requerirán una base jurídica para que se adopten las medidas que el funcionario local de salud sólo puede recomendar.

Cuando la organización de salud se extiende en sentido vertical y paralelo por todo el país, es evidente que la coordinación o fusión de programas tiene que lograrse en el nivel central. No obstante, en algunos países la experiencia demuestra que a menudo es posible cierta coordinación en el nivel local aun cuando existe conflicto en un nivel superior.

Se necesita tiempo para llevar a cabo actividades como el estudio de necesidades, aprender a hacer lo que otros realizan y la coordinación de recursos. No es un tiempo que pueda calcularse por el número de personas atendidas o de instituciones instaladas. Si se pretende que este concepto tenga sentido, es preciso que se reconozca como parte de las actividades de un organismo de salud la necesidad de celebrar frecuentes reuniones o, simplemente, de conocer la colectividad y mantenerse en contacto con ella. La comunicación es tan esencial para la satisfactoria ejecución de un plan como para su formulación.

El servicio de cuidado de pacientes, administrado directamente por el departamento de salud de un "centro de salud", constituye para la mayoría del personal de salud, la principal, por no decir la única imagen que ellos tienen de la "salud para la madre y el niño". Se ha señalado que el ámbito real de las actividades de salud pública es infinitamente más amplio que esta débil imagen, y esto puede afirmarse respecto a un programa de salud para la madre y el niño (aun en el nivel local, donde no hay un "especialista") en forma más categórica que en relación

* Véase el Apéndice 3.

con cualquier otro aspecto de un programa de salud pública. Lo que falta ahora es examinar más detenidamente el aspecto de "servicios de salud" de un programa de salud para la madre y el niño en su sentido más estricto de servicios de cuidado de la salud personal administrados directamente por el organismo oficial de salud en beneficio de ambos.

Es notable que en los más recientes conceptos de servicios básicos de salud de la OMS (1959) y la APHA (1950) no se clasifican como función básica especial de una unidad de salud los "servicios" destinados a la madre y al niño. Ambos conceptos se refieren a un sistema integrado de cuidado completo de la salud suficientemente amplio para abarcar todas las categorías de personal de salud y prever todas las clases de servicios de salud personales, inclusive los de control de las enfermedades transmisibles. Es un concepto importante porque se concentra en las necesidades totales de salud del individuo y no en su necesidad de obtener una clase particular de servicio limitado. El médico de salud pública tiene en mente la colectividad, pero la mayor parte de su adiestramiento en salud pública o especialización en este campo está organizado en función de las enfermedades de la colectividad y no de las necesidades totales de un sector de la población. Esto obedece a razones de carácter histórico y psicológico. A menudo, obtener fondos y despertar el interés del público para combatir el cáncer o la poliomielitis, es más fácil que formar un servicio de salud personal completo para toda la comunidad. Esto puede explicar, en parte, el gran atractivo que tiene un programa o servicio de "nutrición" para el ciudadano corriente y para el médico de salud pública. Como ocurre con la malaria, es más fácil y más impresionante llamar la atención sobre las necesidades de problemas específicos que sobre una extensa lista de necesidades individuales. El hombre tiene tendencia a resolver de este modo sus problemas.

En los Estados Unidos de América, los aspectos de "servicio" de salud materno-infantil de un programa de salud pública han cambiado enormemente, aunque parezca inverosímil, bajo la influencia de las necesidades y presiones de la colectividad, a pesar de que, de ordinario, no se reconoce el alcance y significado de este proceso histórico. El ímpetu médico inicial y los gastos de estos "servicios" en cuidados prenatales y de niños sanos con un fuerte componente nutricional, han sido reemplazados en gran parte por un programa de cuidado médico para niños lisiados y crónicamente enfermos, inclusive nacidos prematuramente. Esto se debe a que la carga del cuidado prenatal y de niños sanos fue gradualmente asumida por otros recursos de la colectividad y a que ha disminuido la necesidad de asesoramiento especial en materia de nutrición. Los recursos de la colectividad ya no satisfacían la nueva necesidad del cuidado caro que requieren las enfermedades prolongadas de niños y, por consiguiente, el "servicio" de salud materno-infantil ha sido utilizado casi inconscientemente para llenar ese vacío.

En consecuencia, aun en el caso de los Estados Unidos de América, no es posible lógicamente añadir el "cuidado médico" y la "enfermería" a la lista de servicios "básicos" de salud y mantener como entidad aparte

la "salud maternoinfantil". Sin "cuidado médico" y "enfermería", y con "nutrición", "educación sanitaria" y "control de las enfermedades transmisibles" como entidades aparte, no queda absolutamente nada para el "servicio" de salud maternoinfantil. Para América Latina, donde los vacíos en el servicio de la comunidad son mucho mayores, la situación es aún mucho más paradójica.

En efecto, los programas de salud pública deben examinarse desde varios puntos de vista simultáneamente para apreciarlos en su conjunto. Considerados desde un aspecto, los programas se orientan hacia la solución de problemas (malaria, tuberculosis, accidentes, salud dental y mental, nutrición). Desde otro, están orientados hacia el mejoramiento del ambiente (abastecimiento de agua y eliminación de excretas); desde otro, lo están institucionalmente (higiene escolar o higiene del trabajo), y por último, se orientan hacia la atención de la población (madres, adultos inválidos, etc.) En estos campos, todos los programas se entrecruzan y todos tienen sus propios "especialistas". Todos ellos requieren que los principios de estudio de la colectividad, educación, regulación, coordinación y prestación directa de ciertos servicios constituyan el programa del organismo de salud en el campo especializado. De hecho, la misma naturaleza de estos principios y esta orientación hacia la salud de la colectividad hace que la "salud pública" sea una especie de disciplina profesional, más que "servicios" especiales divididos en compartimientos (instalación de letrinas, vacunación antivariólica, exámenes prenatales o administración de un hospital). Estos servicios constituyen sólo una parte--tal vez una pequeña parte--de un programa de salud pública.

Además, los "servicios de cuidado de la salud" administrados directamente por un departamento de salud, tienen que examinarse desde diferentes aspectos porque atraviesan todas las líneas funcionales. ¿Son las inmunizaciones efectuadas en un niño en una clínica de salud parte de un "servicio" de salud para el niño o de control de las enfermedades transmisibles? ¿Es el hierro administrado a madres en un dispensario prenatal, parte de un "servicio" de salud para madres o de nutrición? ¿Qué categoría debe atribuirse a la educación sanitaria ofrecida a las madres en una sala de maternidad o en un hospital pediátrico? Son preguntas que desorientan. Las inmunizaciones, el hierro y la educación sanitaria son, o deberían ser, parte de un "servicio" de cuidado médico y de enfermería completo para toda la comunidad, que en parte presta directamente el departamento de salud como consecuencia de un estudio de las necesidades de la comunidad y de una determinación de prioridades.

El carácter exacto, la administración y la calidad de un servicio de cuidado de la salud de esta índole, no pueden fijarse por medio de estándares o normas enseñados en una escuela de salud pública o legislados por decreto salvo en países donde la totalidad de la economía, instituciones y estructura sociales esté controlada por el gobierno. En todos los demás países, los detalles de las normas de servicio jamás pueden fijarse, sino que tienen que inferirse dinámicamente de estudios de las necesidades y recursos de la colectividad, del conocimiento

existente de los principios prácticos "ideales" de las ciencias médicas y sociales y del orden de prioridad establecido a base de los hechos reunidos.

Para traducir estos conceptos en realidades, es preciso incorporarlos en el fundamento de la enseñanza en las escuelas de salud pública y en otros programas de enseñanza destinados a quienes desean ejercer la profesión de la salud pública. Tienen que ser aplicados sobre el terreno con imaginación, experimentación y validación por personal de salud pública de todos los niveles, y deben darse a conocer los resultados de los experimentos, ya sean favorables o adversos.

Apéndice 3

ESTUDIO DE LA SALUD DE LA COLECTIVIDAD

Un estudio de la salud de la colectividad tiene por objeto reunir información que sirva de guía para establecer normas del servicio de la colectividad y puntos de partida que puedan utilizarse con fines de evaluación. Esta última finalidad se estudia en el Apéndice 4. La primera se alcanza mediante el acopio de información que describa en términos epidemiológicos las condiciones sanitarias, los recursos en materia de salud y el "clima social" en que debe funcionar un servicio de cuidado de la salud. La necesidad de un estudio de la comunidad como el que preconizamos, se deja sentir también en otras ramas de un programa de salud de la colectividad, de modo que debe efectuarse sobre bases amplias siempre que esto sea posible. No obstante, a continuación se analizarán estas tres áreas de indagación, circunscribiendo dicho análisis sólo a cuestiones relacionadas con los servicios de cuidado de la salud de la madre y de niños jóvenes.

El presente examen se formula en términos generales y no se espera que todas las sugerencias hechas puedan seguirse y sean seguidas en todas las colectividades. Cabe esperar que dentro del ámbito de las posibles actividades esbozadas, se elegirán algunas que puedan aplicarse a una colectividad determinada. La selección de las sugerencias aplicables debe basarse en las características de la colectividad y tener en cuenta el tiempo y los recursos disponibles para llevar a cabo el estudio necesario.

Condiciones de salud de la colectividad

Bajo este epígrafe se incluyen la identificación y distribución de los riesgos de muerte, agentes patógenos y procesos morbosos por lugar de residencia, estación, edad y otras características del grupo de población dentro de la colectividad.

Las fuentes tradicionales de esta información son los censos y las estadísticas vitales. El personal de salud conoce perfectamente como se usan esas fuentes para el análisis y, por consiguiente, no serán examinadas más detenidamente. Se reconoce que en muchas partes de América Latina estos datos no son adecuados.

Hay, sin embargo, otras fuentes de información en toda colectividad. Las más conocidas son las instituciones médicas existentes que se

dedican a tratar pacientes, llevan registros y, a veces, efectúan recopiliaciones estadísticas. Los datos que se recopilan o pueden recopilarse de esos registros, así como las propias estadísticas vitales, deben interpretarse con cuidado. Demasiado a menudo se objeta su empleo porque reflejan una base de población mal definida o únicamente el grupo de población "autoseleccionado" que "busca" cuidado médico, o ambos inconvenientes a la vez. Esas objeciones pueden contrarrestarse en parte procurando definir la base y los factores de selección. Esta labor comprendería la de señalar la distribución residencial de los pacientes de la institución y de relacionarla con lo que se sabe acerca de la distribución total de la población, y la de formarse una idea de la tasa de utilización del servicio de que se trate mediante un estudio de la colectividad (como se expondrá luego).

Una objeción más grave es la referente a la inexactitud o falta de integridad de los diagnósticos médicos. La simbiótica destructividad de malnutrición e infección está expresada casi tan insuficientemente en los registros y estadísticas de hospitales y centros de salud como en las estadísticas vitales. Algunas enfermedades, como la pertussis o la tuberculosis, pueden pasarse por alto o ser objeto de un diagnóstico erróneo. La gravedad de la enfermedad es otra característica importante que no suele describirse: por ejemplo, el término "diarrea" puede significar desde las heces líquidas hasta la deshidratación grave. A veces, esas objeciones pueden vencerse en parte examinando los registros para determinar qué representa o no representa el diagnóstico final. A menudo, la calidad de los registros impide realizar ese examen. No obstante, pueden ser útiles limitadas líneas de demarcación cuantitativas, por ejemplo la anotación de administración de líquido parentérico para la deshidratación. Los datos cuantitativos, como el peso y la hemoglobina, son también útiles, siempre que en su interpretación se tenga en cuenta si los métodos merecían confianza y cuál era la naturaleza de las muestras empleadas.

Aun los datos menos elaborados de un servicio médico proporcionan indicios sobre la distribución relativa por estaciones y edades de una enfermedad entre la población y sobre la relativa prevalencia de la sintomatología macroscópica, por ejemplo, síndromes respiratorios comparados con los de la enfermedad diarreica. Cuanto más puedan precisarse tanto más útiles resultarán. En cualquier caso, su utilidad aumentará por el hecho de que representan efectivamente una "autoselección" de condiciones y grupos que buscan cuidado médico. Este es un importante aspecto del clima social en que tienen que operar los servicios de cuidado de la salud y más adelante se examina con mayor detalle.

Otra fuente de información, de naturaleza menos precisa pero más accesible, es la opinión y observación del personal de salud que trabaja en la colectividad. En el caso de médicos y enfermeras, puede expresarse en términos médicos una entrevista con ellos. En cambio, deberían indagarse otras fuentes: por ejemplo, parteras empíricas, farmacéuticos, curanderos y otros individuos especiales a quienes la madre consulta cuando

está embarazada o cuando tiene un hijo enfermo. Naturalmente, las entrevistas con esas fuentes deberán exponerse de acuerdo con otra terminología. Parece improbable que nadie que no sea un médico o una enfermera de salud pública capacitada pueda celebrar estas entrevistas. En ellas no debe adoptarse un plan rígido, sino que los temas de indagación deben ser amplios, en forma que permitan seguir cualquier indicio y aclarar e interpretar las respuestas a cualquier cuestión que se plantee durante la entrevista.

Otra fuente de información se deriva de una investigación prospectiva que se lleva a cabo sobre defunciones y casos de enfermedad grave definible (por ejemplo, malnutrición proteico-calórica de tercer grado). Esta fuente es de especial utilidad para comprender mejor los agentes o procesos patógenos específicos que intervienen y cómo se relacionan entre sí. Además, los hallazgos ayudarán a interpretar más significativamente las estadísticas vitales y las obtenidas de las instituciones de salud. La investigación retrospectiva de las defunciones debe llevarse a cabo lo antes posible después de haber ocurrido estas. En la investigación de una defunción o enfermedad severa se reúne información de registros de médicos, personal de salud y adultos encargados del paciente, todo ello sintetizado en una exposición completa de los procesos patológicos que intervienen.

Además de que permite reunir información sobre la enfermedad misma, esta investigación puede servir también para aclarar la segunda finalidad de un estudio de la colectividad, cual es el funcionamiento de los recursos, aspecto que se examina más adelante.

Por otra parte, es posible ampliar el alcance de esta clase de indagación, a fin de reunir datos de carácter epidemiológico, pero para esto es preciso seleccionar los controles de los cuales se obtiene información comparable. Una descripción del ambiente doméstico o del número de niños de una familia en la cual ha ocurrido una defunción, carece de sentido si no puede compararse con datos de control representativos de la colectividad.

La selección de defunciones o enfermedades graves como base de una indagación, dependerá de la finalidad de este aspecto del estudio. Puede resultar poco práctico (y aun inconveniente para la finalidad especial perseguida) seleccionar todas las defunciones y todas las enfermedades graves. La muestra puede tomarse al azar o escogerse en relación con la edad, el embarazo, la residencia, institución especial, entidad patológica particular o una combinación de estos factores.

Una última fuente de información es la propia población que corre el riesgo. La recopilación de datos de ella requiere de ordinario la preparación de una muestra que sea representativa de la totalidad o de parte de la colectividad total (por ejemplo, un sector de la ciudad respecto del cual conste que el riesgo de muerte es mucho más elevado que en los demás sectores). La información puede reunirse mediante entrevistas relativas a enfermedades actuales de la familia, a enfermedades pasadas y defunciones sobre las cuales cabe esperar respuestas dignas de crédito, o bien a unas y otras a la vez. También pueden añadirse al espectro técnicas de examen de estudio

directo, por ejemplo: peso, examen de heces, determinación de la hemoglobina, inspección en busca de enfermedades, etc. Sin embargo, comúnmente suele ser imposible realizar un estudio completo de esta índole (que comprenda tanto la historia del caso como el examen actual).

A menudo se efectúan estudios que persiguen finalidades limitadas: tuberculosis, malaria, nutrición, parasitismo, etc. Nunca se insistirá demasiado en la necesidad de procurar siempre reunir información adicional sobre enfermedades que afectan a la madre y al niño aprovechando, cuando sea posible, estudios organizados con otros fines.

Además, conviene señalar la posibilidad de reunir muchos pequeños elementos de información durante cierto tiempo si el mecanismo correspondiente se vincula sin graves dificultades a los sistemas ordinarios de acopio de datos. El registro de nacimientos, las escuelas, la recaudación de impuestos o la distribución de subsidios son ejemplos de sistemas de esta clase.

Recursos de salud de la colectividad

Este epígrafe comprende la identificación y la manera de funcionar del personal especial (profesional y no profesional), las instituciones especiales, el mercado y el hogar en la medida en que influyan en los problemas de la salud de la madre y del niño.

En zonas urbanas complejas, ya se habrá reunido información identificadora y funcional acerca de los recursos más notorios. Las clases tradicionales de datos convenientes (índices de ocupación de hospitales, promedio de internación de los pacientes, etc.) se presentan con detalle en documentos preparados por la OPS en relación con la planificación y organización del cuidado médico. Desde el punto de vista del servicio de cuidado de la salud del niño, hay que prestar especial atención a las instituciones urbanas de cuidado de convalecientes y de urgencia. Este aspecto del estudio de la colectividad, que podría considerarse como trabajo de oficina y de examen de informes, es muy familiar para los administradores de salud y, por consiguiente, no será estudiado en el presente documento.

Igualmente importante para conocer los recursos es un estudio sobre el terreno del funcionamiento de las instalaciones y el personal. En una zona urbana, el estudio sobre el terreno comprende tres aspectos principales: el administrativo, referente a la utilización o duplicación del servicio tal como se pone de manifiesto en un muestreo de pacientes; el clínico, que trata de los procedimientos eficaces o negligentes tal como pueden apreciarse mediante un muestreo de registros o la observación del cuidado de pacientes, y el social, que revela actitudes de sensibilidad o insensibilidad que se advierten mediante la observación del cuidado de los pacientes o entrevistas con personal profesional de salud. Además del examen de registros, observación y entrevistas de tipo corriente, la investigación especial de defunciones o enfermedades graves, tal como se ha descrito antes, puede proporcionar también esta clase de información.

En zonas rurales, o en aquellas donde escaseen las instituciones organizadas y el personal profesional, es importante saber quiénes son los no profesionales a los cuales pueden recurrir las madres para que las asistan durante el embarazo o en caso de enfermedad de sus hijos. La partera empírica pasará a ser un brazo importante del servicio y, por consiguiente, una de las personas más indicadas para indagar y celebrar entrevistas como preparación para el programa futuro. También puede ser importante averiguar la misión y funciones de otras personas que ocupan cierta posición en la colectividad, como curanderos, vendedores de medicamentos, sacerdotes o maestros de escuela. Es preciso informarse sobre estas diversas clases de personal de "salud" no profesional interrogando a las madres o visitándolo personalmente. Aun en zonas urbanas puede ser importante averiguar quiénes son esos individuos y entrevistarse con ellos tanto para comprender mejor a los pacientes y elaborar normas como para aprovechar la influencia de esas personas o contrarrestarla.

Los recursos del mercado son los medicamentos y alimentos existentes en la colectividad. Los precios, la diversidad, la condición sanitaria, el contenido en nutriente de los alimentos y las marcas comerciales de alimentos especiales para lactantes son factores de importancia para quienes se ocupan de las madres. Es posible que el médico o la enfermera conozca gran parte de esta información, pero también puede suceder que gran parte sea desconocida, sobre todo cuando intervienen distinciones sociales y económicas que influyen en la elección del mercado. En caso necesario puede ser útil obtener la ayuda de especialistas en nutrición.

Es igualmente importante para médicos y enfermeras conocer los recursos del hogar: instalaciones de cocina, despensa y métodos de preparación, régimen alimenticio, servicios de abastecimiento de agua y eliminación de desechos y comodidades de la vivienda. Para el estudio de los aspectos dietéticos, posiblemente se necesite también la guía especial de expertos en nutrición.

Estas diversas excursiones exploratorias de hogares y tiendas pueden estar muy bien organizadas y ser ejecutadas por auxiliares adiestradas en técnicas de entrevistas de estructura sencilla, pero de ordinario no es necesario que sea así (salvo para sistematizar ciertos datos que sirvan de punto de partida para la evaluación). Su principal objetivo consiste en proporcionar al personal que se ocupa de los pacientes una impresión directa del ambiente del paciente, a fin de que el consejo que de a este tenga en cuenta su situación y se adapte a la realidad. En un aspecto, la visita significa educación personal para el personal de salud; en otro, le permite obtener el material apropiado para fundamentar consejos concretos con posibilidades de ser seguidos.

Clima social de la colectividad

En este epígrafe se incluyen valores, prácticas y actitudes derivados de la cultura o experiencia comunes, la división en clases sociales

y las limitaciones de carácter económico. Todos estos factores deben entenderse en la medida en que influyan en la enfermedad y la salud, el comportamiento y crianza del niño y la elección, preparación y consumo de alimentos. Para que el personal de salud los entienda, deben ser expuestos en términos prácticos, como los que se emplean en el marco de sus operaciones y no en la terminología abstracta y el marco teórico del científico de la conducta.

Para obtener esta clase de información sobre la colectividad existen tres fuentes principales: el personal de salud, los dirigentes o personajes destacados de la colectividad y la población de esta en general.

En su calidad de elemento integrante de la cultura común, el personal de salud posee ya mucha información y, consciente o inconscientemente, la utiliza para comprender y aconsejar a los pacientes y en las relaciones funcionales mediante las cuales se comunican estos consejos. A menudo, sin embargo, es posible que el personal de salud no advierta la significación e importancia de estos factores determinantes de la conducta y las positivas contribuciones que para sus fines obtendrá reconociéndolos y manejándolos. Por ejemplo, puede conocer la clasificación de los alimentos en fríos y calientes o los amuletos en que creen sus pacientes, las limitaciones económicas en que estos viven y las diferencias sociales que inducen a todo paciente a aceptar de palabra todo lo que el trabajador le dice. No obstante, tal vez prescindan de lo que sabe y deseche o condene las creencias o hábitos de su paciente, con lo cual anula el efecto de la totalidad o de parte de los consejos terapéuticos o profilácticos que da.

Los antecedentes que en materia de conocimientos posee el personal de salud pueden ampliarse mediante conversaciones con los dirigentes de la colectividad que estén en contacto con el pueblo y no alejados de este por barreras de clase. Es fácil dar con esos dirigentes interrogando debidamente a la población. En la entrevista exploratoria y cordial que trata de elucidar estos factores sociales y culturales, es preciso evitar encerrarse en un criterio moral o religioso que imponga normas y censure a quienes no las cumplen. Se trata de indagar hechos.

Las madres, los consumidores a quienes se destina el servicio, son en última instancia la principal fuente de información que se necesita. Hay que tratar de entrevistarlas con el objeto de averiguar hechos y de conocer sus opiniones como elemento esencial del estudio de la colectividad. Si el personal de salud está lo suficientemente imbuido de los factores culturales y de clases sociales que influyen en la colectividad, puede utilizar ese conocimiento para preparar el esquema de un plan de entrevistas cuya aplicación sea una experiencia educativa para ese personal. Además de estos factores sociales y culturales generales (que se tienen en cuenta al planear las normas y el contenido de los servicios educativos), se necesita alguna información específica que sólo puede obtenerse por medio de entrevistas. ¿Cómo y en qué circunstancias utiliza actualmente el consumidor los servicios existentes? ¿De qué se queja, o

qué sugiere para mejorarlos? Estas preguntas pueden hacerlas los auxiliares adiestrados con tal objeto y también los voluntarios. Además de la selección de muestras, lo importante de esta encuesta sobre los consumidores es efectuarla como si procediera de una fuente desinteresada y que la función del que hace la entrevista (aun siendo médico o enfermera) quede claramente desligada de la función de tratamiento del organismo o profesional de salud que busca información.

Métodos

En el presente apéndice se han examinado varias fuentes de datos y los métodos para recopilarlos, a fin de realizar un estudio de la colectividad. En el esquema que se presenta a continuación se reúnen ambos elementos y se trata de relacionarlos con las tres finalidades de dicho estudio. En dicho esquema, debajo del epígrafe "Finalidad", el símbolo I designa las condiciones de salud, el II los recursos de salud (inclusive el funcionamiento) y el III el "clima social".

<u>Fuente de información</u>	<u>Métodos de estudio</u>	<u>Finalidad*</u>
1. Registros demográficos y censos	a. Informes publicados	I
	b. Retabulación de datos de fuentes	I
2. Instituciones de cuidado de la salud	a. Informes publicados	I, II
	b. Examen de registros y análisis estadísticos	I, II
	c. Listas de personal y funciones	II
	d. Observación de funcionamiento y actividades	II
3. Personal de salud (profesional y no profesional)	a. Entrevistas	I, II, III
	b. Introspección	III
4. Destacados dirigentes de la colectividad	a. Entrevistas	II, III
5. Mujeres y niños (colectividad en general)	a. Entrevistas	I, II, III
	b. Exámenes	I
6. Mujeres embarazadas y niños enfermos (pacientes)	a. Entrevistas	I, II, III
	b. Exámenes	I
7. Defunciones y enfermedades graves	Investigación retrospectiva	I, II
8. Mercado	Visitas de observación	II
9. Hogar	Visitas de observación	II, III

* I - Estudio de las condiciones de salud.
 II - Estudio de los recursos de salud.
 III - Estudio del "clima social".

Apéndice 4

EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACION

En este apéndice se estudia lo que podría denominarse el procedimiento formal de evaluación, a diferencia de los experimentos y juicios de sentido común que se llevan a cabo a diario y que son también un procedimiento de evaluación. El procedimiento formal de evaluación requiere de una planificación previa y una labor más amplia que la organización y prestación del cuidado de la salud. En este procedimiento es ante todo necesario definir los objetivos.

Un programa de servicios de cuidado de la salud para madres y niños persigue dos amplios objetivos "ideales": satisfacer las exigencias y actitud del consumidor en materia de servicios y ayudar a reducir la mortalidad y morbilidad durante el embarazo, los partos y la primera infancia. Es de suponer que el primer objetivo revestirá mayor importancia para los políticos que para los administradores de salud, puesto que las peticiones (o exigencias de los consumidores) no son necesariamente científicas o lógicas y a veces el método para atenderlas está de hecho en pugna con las medidas que deberían adoptarse para alcanzar el segundo objetivo. La dicotomía de los objetivos de la mayoría de los programas de distribución de leche en centros de salud, que se menciona en el Apéndice 5, es un ejemplo de este conflicto. Esto no quiere decir que carezca de importancia la actitud del consumidor con respecto al servicio, ya que según sea positiva o negativa influirá en la posibilidad de alcanzar muchas metas intermedias antes de llegar al segundo objetivo. No obstante, el propósito consiste en subrayar que, a veces, la satisfacción del consumidor que ejerce fuerza o presión, adquiere el carácter de razón de peso (y, en consecuencia, de objetivo) para algún aspecto de un programa de salud y de que el administrador de salud, si quiere ser realista, tiene que reconocer este proceso. La medición de la actitud del consumidor es relativamente sencilla: tasa de utilización del servicio y sondeo de la opinión de los consumidores. Las dos medidas deben adoptarse conjuntamente, puesto que una carece relativamente de sentido sin la otra, y las dos deben elegirse como muestra de parte del estudio inicial de la colectividad. Es preciso incorporar a las normas de servicio repetidos muestreos, de preferencia sobre una base retroactiva. La comparación de las mediciones durante un lapso de tiempo constituye la evaluación.

Jamás puede medirse con seguridad la contribución de un servicio de cuidado de la salud al logro del segundo objetivo "ideal", porque, además de los servicios de cuidado de la salud propiamente dichos, hay

muchos otros factores que influyen en las tasas de mortalidad y morbilidad, especialmente de la primera infancia. Estas tasas son índices o "evaluadores" útiles de la labor total de desarrollo de la salud y de la colectividad. Su utilidad para evaluar los servicios de cuidado de la salud es relativamente pequeña, a menos que se interpreten dentro de la estructura de un proyecto de investigación operativa planificada en el cual se controle la influencia de los demás factores.

Por esta razón, es necesario descomponer el amplio objetivo "ideal" en una serie de objetivos menores, cada uno de los cuales, según se "suponga", facilita la realización del ideal gracias al funcionamiento del servicio de cuidado de la salud. La validez inherente a dichas suposiciones es crucial para la significación e importancia del proceso de evaluación como instrumento para mejorar los servicios.* Por consiguiente, es importante relacionar lo más estrechamente posible en una serie sucesiva los objetivos cuyas suposiciones no estén demostradas con los objetivos fundados en hechos conocidos. Por ejemplo, si la anemia ferropénica se manifiesta en una elevada proporción de mujeres embarazadas de una zona rural, una de las medidas que se puede adoptar en un programa eficaz de cuidado de la salud será el mejoramiento de los niveles de hemoglobina** determinados en una muestra de mujeres durante su primera visita al dispensario para iniciar la inmunización de su hijo. Siguiendo el ejemplo del servicio de dispensario rural esbozado en el capítulo V esto significaría que se tendría éxito si se logran los objetivos afines en la siguiente secuencia inversa:

1. Consumo de tabletas férricas por mujeres embarazadas.
2. Motivación de las mujeres a tomar dichas tabletas:
 - a. por las parteras empíricas, o
 - b. por la auxiliar, en las reuniones de grupo.
3. Distribución de tabletas férricas por parteras empíricas.
4. Motivación de las propias parteras empíricas.
5. Asistencia regular de las parteras empíricas a la reunión mensual de la enfermera obstetriz y administración de hierro a las mismas.
6. Ubicación de las parteras empíricas en el estudio preliminar de la colectividad.

* La investigación operativa tiene por objeto definir la validez de esas suposiciones fundamentales pero, como ya queda indicado, la labor encaminada a reformar el servicio no debe aplazarse hasta conocer los resultados de dicha investigación.

** Medidos con una técnica digna de confianza.

Cada una de esas medidas (u objetivos) depende de la que le sigue, y es mensurable. Es evidente que el proceso debe basarse en el hecho de que los niveles bajos de hemoglobina son, en realidad, una característica de la colectividad descubierta en el estudio preliminar y que puede explicarse por estados ferropénicos. Siempre que sea posible, las mediciones deben obtenerse mediante un mecanismo retroactivo que resuma constantemente y que permita adaptar y modificar las normas operacionales tan pronto se comprenda claramente que no se puede alcanzar uno o más de los objetivos afines. Por ejemplo, si las parteras empíricas no asisten regularmente a las reuniones, el servicio debe averiguar la causa y tratar de remediar la anomalía.

Dentro de esta serie de objetivos hay dos metas de carácter educativo: la motivación de la madre y la de la partera empírica. Si bien la eficaz motivación de la madre puede medirse por el número de tabletas férricas que consume, hay también toda una serie de aspectos del propio proceso educativo que pueden medirse. La determinación de estos aspectos se derivará de la aplicación del estudio preliminar sobre el "clima social" de la colectividad (véase el Apéndice 3) al contenido de las reuniones de grupo con parteras y madres; también se derivará de imprevistas reacciones de la madre a la ingestión de tabletas férricas. Por ejemplo, la encuesta preliminar puede haber revelado una creencia en la utilidad de un "tónico" local especial durante el embarazo, fe en la palabra de un dirigente de la colectividad, el temor a ciertos alimentos o drogas durante el embarazo, etc. El contenido de las reuniones educativas se perfila, en consecuencia, combinando el consumo de tabletas férricas con la utilidad del tónico y la palabra del dirigente de la colectividad y disociándolo de los temores dominantes en materia de alimentos y drogas. Interrogando a las madres se sabrá si estas metas se han logrado o no.

Todos estos objetivos, que culminan en el consumo de tabletas férricas, pueden anularse con la reacción de la madre al observar una modificación en la índole de sus deposiciones después de haber comenzado a tomar las tabletas. Esa modificación puede decidirla a dejar de tomar el medicamento. En tal caso, los objetivos educativos tendrán que modificarse en consecuencia. Es posible que no se logre vencer la reacción de la madre ante la modificación de sus deposiciones con sólo darle de antemano algunas explicaciones y seguridades. En tal caso habrá que proceder a un nuevo estudio del clima cultural y psicológico en busca de otras relaciones u otros métodos de motivación que refuercen lo ya logrado. Esto es otro ejemplo de cómo funciona el mecanismo retroactivo.

El ejemplo presentado puede parecer complicado, pero en realidad no es más que el análisis lógico de las diversas facetas de un objetivo en apariencia simple. El funcionamiento del procedimiento de evaluación en este ejemplo no requiere sino la labor inicial y repetida para tomar muestras de sangre, recopilar cifras de asistencia e interrogar con naturalidad a los individuos. Si ese interrogatorio sencillo (o las cifras de asistencia, o los niveles de sangre) revela en alguna parte solución de continuidad en el logro de un objetivo, habrá que proceder a una

indagación más sistemática. Ese interrogatorio "sencillo" puede sistematizarse cuando no existe la probabilidad de que el personal lo lleve a cabo sin instrucciones específicas.

La anemia ferropénica, en el ejemplo mencionado, es sólo una de varias enfermedades específicas que pueden combatirse con las normas del servicio de cuidado de la salud. Para cada una de ellas puede formarse una cadena de objetivos que termina en un indicador objetivo. No obstante, es preciso seleccionar con cuidado el objetivo final y el indicador objetivo. Por ejemplo, probablemente no sea un criterio realista suponer que un servicio de cuidado de la salud reduzca la incidencia de las enfermedades diarreicas, pero es posible que reduzca la gravedad de las enfermedades diarreicas, medida por la proporción de niños que mueren a consecuencia de dichas enfermedades o que necesitan terapéutica a base de líquido parenteral, o bien según el número de "días-enfermedad" por ataque de diarrea. Estas suposiciones están sujetas a salvedades fundadas en posibles factores de virulencia del organismo infectante, lo cual no invalida su utilidad como evaluadoras del servicio de cuidado de la salud.

Del mismo modo, la reducción de la incidencia total de malnutrición proteico-calórica no es un objetivo realista para un servicio de cuidado de la salud.* En cambio, un objetivo más realista es la reducción de la gravedad de ese estado, medida por la proporción de casos de tercer grado o casos con edema, o por el número de "días-restablecimiento" por caso.

En los dos ejemplos citados, para llegar al resultado final deseado se necesita alcanzar una serie de objetivos relacionados con una secuencia menor. La formación de secuencias de esta índole será más complicada que el ejemplo de la anemia ferropénica: en algunos casos se precisará datos difíciles (por no decir imposibles) de obtener; en otros, una suposición básica cuya validez no esté demostrada. Por ejemplo, para determinar la "proporción" de casos de diarrea grave o enfermedad nutricional se necesita alguna medida de la morbilidad total; si para conocer la gravedad de una enfermedad se confía únicamente en números o en tasas de morbilidad basadas en la población, la reducción o aumento de la morbilidad total--explicados por factores ajenos a la influencia del servicio de cuidado de la salud--puede causar también un cambio importante. Se supone que la temprana rehidratación oral impedirá que se desarrolle una enfermedad más grave, pero esa suposición no ha sido corroborada por ninguna investigación controlada. Se supone, asimismo, que eliminando en los hospitales y centros de salud los carteles y demás medios de propaganda utilizados por los fabricantes de alimentos para niños, se logrará que aumente el número de niños alimentados al pecho (con lo cual habrá luego menos casos de malnutrición proteínica grave), pero falta también demostrar la validez de esa suposición.

A pesar de estas dificultades, la identificación de objetivos dispuestos en serie sucesiva, la designación de índices de medición para cada

* Se puede considerar como el objetivo de un programa de nutrición de salud pública.

uno de dichos objetivos y, asimismo, para el objetivo final y el establecimiento de líneas de base seguido de la recopilación y búsqueda retroactiva periódicas de datos, son aspectos esenciales de la planificación y funcionamiento de un servicio de cuidado de la salud. En el estudio inicial sobre la colectividad debe incluirse algún comentario sobre la morbilidad total (aunque no sea en forma de encuesta sobre la morbilidad). El proceso de evaluación señalara zonas de prioridad en la medida en que interesan para la investigación operativa; por ejemplo, el propio resultado de la evaluación reflejara si la suposición de que la temprana rehidratación oral impide la diarrea grave, es realmente una cuestión importante que conviene investigar.

El proceso de evaluación hasta ahora examinado se ha basado en la existencia de una prevalencia anormal (o susceptible de ser reducida) de enfermedades específicas en la colectividad. Esto corresponde a lo que se denomina "componente técnico" de evaluación en el documento de la OPS titulado "Evaluación de proyectos", publicado el 8 de enero de 1963. Otro método de evaluación consiste en determinar la eficiencia funcional de la organización del servicio de cuidado de la salud. En este método, a su vez, se pueden distinguir tres aspectos principales: la "eficiencia económica" de las operaciones, la aplicación de ciertas ideas nuevas de servicio, examinadas en el texto y la ampliación de los servicios de cuidado de la salud con arreglo a un plan. Este último aspecto es evidente y perfectamente conocido, de modo que no será objeto de mayor examen.

El indicador objetivo de la eficiencia funcional es el dinero gastado por individuo atendido u otra medición de igual significado, como por ejemplo el promedio de permanencia de los pacientes en un hospital. Pero esas mediciones no pueden interpretarse en un vacío. Evidentemente, es posible reducir el promedio de permanencia en un hospital dando de alta a los pacientes antes de su curación, aunque así se les preste un mal servicio. Por consiguiente, el empleo de indicadores de eficiencia funcional como resultados finales, tiene que ir acompañado siempre de algún control que refleje el estado de la enfermedad. No obstante, estos controles no tienen otra finalidad que la de garantizar que no hubo deterioro en los resultados del cuidado médico. Aun en el caso de que el estado final de salud no se haya alterado, el ahorro de dinero es un objetivo que vale la pena. Por ejemplo, si el costo de tratar una malnutrición proteico-calórica de tercer grado puede ser reducido dando de baja al paciente de un hospital y enviándolo a una institución de cuidado diurno, esta finalidad merece ser lograda, aunque las recaídas sean tan frecuentes con el nuevo sistema como con el antiguo. Otros objetivos, como la reorganización del servicio, la educación de la madre y la prevención de recaídas, se considerarían no alcanzados en el ejemplo presentado.

El empleo más frecuente de este procedimiento de "eficiencia funcional" en el proceso de evaluación, consistirá en medir los efectos de una redistribución de las funciones actuales del personal y la eliminación de la duplicación del servicio. Los objetivos a medir se establecerán en el estudio inicial y probablemente se aplicarán especialmente a la reorganización

del servicio urbano de cuidado de la salud. Estas cuestiones están tratadas más a fondo en los documentos de la OPS que se ocupan de la administración del cuidado médico, y de la programación de la salud.

En estrecha relación con la "eficiencia económica", cabe mencionar la medición de la aplicación de las nuevas ideas examinadas en el capítulo 2. El procedimiento de evaluación no se efectúa con el propósito de establecer la validez inherente a estas ideas, sino sólo la aplicación de estas en la práctica. La realización de todas esas ideas o parte de ellas puede ser un objetivo subsidiario al logro del resultado final de un objetivo técnico, como en el ejemplo de la anemia ferropénica. Por otra parte, cada una de dichas ideas puede tomarse como resultado final en sí misma y "ser evaluada". ¿Se ha efectuado un estudio inicial y establecido un sistema de información permanente?* ¿Difieren de modo importante de una colectividad a otra las normas de la colectividad? ¿Qué actividades docentes se llevan a cabo en los hospitales? ¿Funciona un sistema de supervisión y de educación durante el servicio? Estas cuestiones deben ser relativamente fáciles de contestar, aunque las respuestas no reflejen necesariamente los rasgos cualitativos de la realización de la idea.

La cobertura de la colectividad al 100%, la selección de grupos vulnerables para prestarles un servicio más intensivo y la continuidad del cuidado son también objetivos mensurables, pero se necesita alguna planificación especial para recopilar datos que permitan la medición.

El significado de la cobertura se define en las normas y tiene que ser previamente analizado en sus diversas dimensiones. Por ejemplo, en el ejemplo del servicio rural de dispensario (capítulo 5A), las dimensiones serían: asistencia a una reunión de grupo durante el embarazo, atención por una partera empírica bajo el control del servicio de salud, terminación de la serie de inmunización, búsqueda de cuidado para la enfermedad, etc. Puede obtenerse un cómputo no duplicado del número de personas que reciben este servicio. Para determinar el porcentaje de cobertura de la colectividad, cuando no se dispone de datos actualizados dignos de confianza, se necesita un cálculo de los nacimientos, migraciones y defunciones por año en la colectividad.

Los grupos vulnerables que deben seleccionarse para recibir servicio intensivo, están definidos también en las normas. El procedimiento de evaluar el logro de este objetivo, así como el de la continuidad del cuidado, requiere el establecimiento de un mecanismo de retroalimentación que funcione sobre la base de datos obtenidos en un estudio especial, por ejemplo el examen de las defunciones o enfermedades graves que se ha examinado como parte del estudio sobre la colectividad. Además, el acopio de datos reunidos en forma retrospectiva puede incluirse en las normas de servicio. Así, por ejemplo, todo caso de eclampsia, toda gran múltipara que no haya sido examinada por el médico antes del parto, todo caso florido de malnutrición en un niño cuya historia clínica revele constante falta de

* "Sistema de información permanente" es idéntico a "mecanismo retroactivo".

aumento de peso y el hecho de no prestar servicios intensivos, son fallas del sistema de selección y de la continuidad del cuidado. La comparación de un cómputo inicial básico de estos casos durante un determinado período con un cómputo durante un lapso de tiempo análogo un año después, constituye el proceso que puede denominarse evaluación formal. Las mismas finalidades se persiguen con las tasas de readmisión en hospitales. No obstante, la investigación que se lleva a cabo sobre las razones de esas fallas del servicio (que es la finalidad del mecanismo retroactivo) puede ser más importante que la propia evaluación formal.

Los componentes sociales y económicos de la colectividad no son útiles como indicadores del éxito o fracaso de un servicio de cuidado de la salud. Al igual que las tasas de mortalidad y morbilidad, reflejan muchísimos otros aspectos del programa total de salud y desarrollo de un país. Esto no equivale a negar su importancia, sino simplemente a situarlos en la perspectiva que les corresponde.

Como el examen del estudio sobre la colectividad, este examen de la evaluación de los servicios de cuidado de la salud ha sido amplio y general. No todas las sugerencias hechas pueden o deben realizarse en una determinada colectividad. No obstante, por ser apropiado a las circunstancias, en las normas de todo servicio de salud de la colectividad se puede y se debe incluir algún comentario sobre cada método elegido y tendrán como denominador común una serie de indicadores básicos, mediciones repetidas durante un lapso de tiempo y un mecanismo retroactivo empleado para iniciar una acción correctiva inmediata.

Apéndice 5

LA PLANIFICACION NACIONAL Y EL ESTABLECIMIENTO DE NORMAS DE HIGIENE MATERNOINFANTIL EN AMERICA LATINA

Integración de las actividades de higiene y atención médica a un nivel funcional

La magnitud y alcance de los problemas y necesidades de la salud de la madre y el niño en América Latina exceden con mucho de los recursos disponibles para hacerles frente. Con el tiempo, los cambios sociales y el desarrollo socioeconómico, agrícola y sanitario, así como el mejoramiento en calidad y cantidad del personal y de los servicios de salud permitirán obtener los medios para resolver dichos problemas. No obstante, según indica la situación actual, la proporción de personal médico y paramédico de América Latina continuará siendo inadecuada durante muchos años. Por consiguiente, este personal tendrá que ajustar sus actividades a una serie de objetivos que distarán mucho de ser un ideal, pero que, sin embargo, ofrecerán perspectivas para obtener los mayores beneficios del esfuerzo específico realizado. Esta es la función de las normas de servicio* preparadas a nivel nacional, regional y local, como parte del proceso de planificación en el campo de la salud.

Naturaleza del problema

En la actualidad, existen en América Latina marcadas diferencias entre los países y dentro de los mismos en lo que se refiere al alcance y naturaleza de la morbilidad y mortalidad durante el ciclo de maternidad y en la primera infancia. Asimismo se observan grandes variaciones, en cantidad y calidad, en las instalaciones y personal de que disponen los servicios de salud (1). A pesar de estos contrastes, las diversas normas nacionales y locales de "higiene materno infantil" repiten las mismas fórmulas y distribución de personal con monótona regularidad. Esto sería lógico si se tratara de personal e instalaciones de proporciones comparables y de un sistema de prevención o cura de determinadas enfermedades para las que se siguiera un sistema estandarizado.

La maternidad, la crianza de los hijos y su alimentación son expresiones de necesidades biológicas y culturales, más que de procesos de enfermedades. Y puesto que algunas de las prácticas que reflejan estas necesidades pueden contribuir a un proceso patológico, las tentativas para

* Preparado para la Conferencia Latinoamericana sobre la Infancia y la Juventud en el Desarrollo Nacional, celebrada en Santiago, Chile, del 28 de noviembre al 11 de diciembre de 1965.

en estas prácticas forman parte de las actividades atribuidas al personal de salud. Estas actividades son las de higiene maternoinfantil. En América del Norte y en América Latina, el sistema de servicios públicos encargados de estas actividades y de supervisar al personal que las lleva a cabo se desarrolló separadamente del sistema de servicios públicos encargados de administrar la atención médica y los hospitales. En una publicación anterior (2) se examinaron las raíces históricas de esta separación de la medicina preventiva y curativa, así como su evolución.

Con el impulso de la planificación nacional, se está procediendo ahora en América Latina a la integración administrativa de la higiene maternoinfantil con la atención médica. La expresión "cuidado de la salud" se emplea para expresar esta integración y reflejar un sentido más amplio que el que supone el tratamiento exclusivamente. Sin embargo, esta integración no se ha extendido todavía al funcionamiento de los programas ni a las funciones del personal encargado de la labor preventiva y curativa de la madre y el niño. Estos programas, y a menudo el personal que los lleva a cabo, continúan funcionalmente separados, a pesar de su integración administrativa.

Los servicios tradicionales de higiene maternoinfantil se han venido ofreciendo a la comunidad en consultorios especiales o a domicilio. Este sistema es una expresión del desenvolvimiento histórico ya mencionado, más bien que una necesidad intrínseca de los propios servicios.

El sistema en que se prestan dichos servicios se preparó para la población urbana de países desarrollados, y parte del supuesto de que todas las madres y niños de la comunidad deben recibir los mismos servicios. Según sus normas, este sistema requiere visitas prenatales al consultorio todos los meses para ser atendidas por un médico durante los ocho primeros meses del embarazo y visitas quincenales a partir de esa fecha; visitas mensuales a consultorios de niños sanos durante los seis primeros meses de vida, visitas bimestrales durante los seis meses sucesivos, trimestrales durante los dos años siguientes, etc. Si las visitas domiciliarias por personal de enfermería forman parte del servicio, se organizan también a intervalos determinados. Los servicios de "higiene" se ofrecen en una serie de "dosis" administradas a intervalos rutinarios sin ninguna relación esencial con la experiencia real o posible de la familia o de la comunidad con respecto a las enfermedades. Este método de asignar el tiempo del personal tiene también sus antecedentes históricos.

Pocos son los países del mundo que poseen los recursos de personal para aplicar estas ambiciosas normas a toda la población, y en los países en vías de desarrollo estos objetivos seguirán siendo inaccesibles

por muchos años. En América Latina con frecuencia lo que se persigue es facilitar servicios de higiene maternoinfantil a menos del 100% de la población (60%, 40% o incluso menos). Sin embargo, muchas veces ni siquiera se alcanza ese objetivo, y contadas son las familias que reciben todos los servicios especificados en las normas.

Además, puesto que al establecer las normas no se siguieron técnicas sistemáticas de planificación, el pequeño grupo de familias que reciben estos servicios es, probablemente, el que menos lo necesita.

Las actividades de un servicio de cuidados de la salud constituyen sólo uno de los numerosos medios para lograr la reforma social, el fomento de la salud de la comunidad, la motivación de los habitantes a fin de que recurran a los servicios de atención médica y la educación sanitaria de la población. El empleo de los órganos de información (especialmente la radio, en América Latina), la organización de la comunidad y los procedimientos directos aplicados a los grupos dirigentes de la comunidad y por mediación de ella, son probablemente armas más poderosas para alcanzar esas amplias finalidades que los servicios personales prestados a las familias mediante una organización estructurada. La aplicación de estos métodos requiere conocimientos y aptitudes especiales, y debe considerarse como un importante campo de la planificación del desarrollo al que el personal de salud ha de aportar una importante contribución. Dichos procedimientos no deben confundirse con las actividades específicas de higiene maternoinfantil y de atención médica llevadas a cabo por medio de una organización estructurada de servicios personales a la que se refiere el análisis que figura a continuación.

En las páginas siguientes se examinarán los métodos que permiten integrar las actividades de higiene maternoinfantil sobre la base de prioridades y a un nivel funcional en la estructura de los servicios de atención médica que se ofrecen a la población. De esa manera, la higiene maternoinfantil pasará a ocupar el lugar que le corresponde como uno de los elementos de un amplio servicio de cuidados de la salud de la madre y el niño que, a su vez, forma parte de un servicio para la atención de toda la comunidad.

Las actividades de higiene maternoinfantil

Los objetivos de la higiene maternoinfantil pueden alcanzarse mediante cuatro categorías de actividades: 1) selección de los casos tempranos de enfermedades "no identificadas" y envío de los mismos para su debida atención; 2) orientación y educación previa de los padres (inclusive en materia de nutrición) con el objeto de prevenir enfermedades; 3) alimentación suplementaria, y 4) inmunización. La ayuda a la madre para resolver su problema emotivo figura con frecuencia en quinto lugar entre las actividades de higiene maternoinfantil en los países desarrollados,

aunque este es un aspecto que se refiere a la atención de todos los pacientes más bien que a la "higiene" * en particular.

Estas actividades pueden considerarse como parte de los programas de lucha contra las enfermedades y, dentro de cada una de ellas, es posible definir una serie de "tareas" * distintas. Asimismo, cada tarea puede identificarse como un elemento integrante de los programas de prevención de una determinada enfermedad. Las inmunizaciones en su conjunto forman parte de un programa de control de las enfermedades transmisibles, y la inmunización con BCG constituye una tarea preventiva específica de la lucha antituberculosa. La alimentación suplementaria forma parte de un programa de nutrición, determinándose la naturaleza del complemento alimentario según la enfermedad carencial que se trate de combatir; la labor de proporcionar un complemento específico está relacionada con el control de una determinada enfermedad carencial. Las actividades de "selección" son muy diversas y varían desde las entrevistas hasta las pruebas tuberculínicas; cada una de ellas puede considerarse como una tarea de un programa de control de una enfermedad determinada.

La orientación y educación sanitaria previa puede aplicarse en relación con numerosos aspectos y hay muchas técnicas (en el sentido literal de la palabra) para impartir orientación y educación. Cada uno de estos aspectos, con su técnica debidamente seleccionada, puede considerarse como una tarea dentro de un programa de control de una enfermedad específica.

No obstante, la "instrumentación" * de todas estas tareas específicas supone la utilización de recursos humanos y materiales de un servicio de higiene maternoinfantil integrado con los servicios generales de salud de una comunidad. Así pues, en el contexto de un sistema de planificación de la salud, la higiene maternoinfantil puede definirse como el conjunto de todas las tareas preventivas que se incluirán en un servicio de cuidados de la salud de la madre y el niño.

Las tareas más apropiadas para llevarlas a cabo durante el ciclo de maternidad y la primera infancia deben derivarse de la fase de diagnóstico del proceso de planificación, una vez definidas las prioridades relativas de las enfermedades. Este proceso de diagnóstico ha sido ya descrito (3). No obstante, en el caso de la higiene maternoinfantil, hay tres aspectos que merecen especial atención y alguna explicación.

En primer lugar, la clasificación ortodoxa de enfermedades, utilizada para definir las y asignarles prioridad es incompleta y puede prestarse a confusión como base para la planificación de la salud del niño. La patología de la primera infancia no es una, sino que suele ser múltiple, como en el caso del síndrome de la malnutrición diarreica durante el destete (4). Para definir con exactitud los efectos de la malnutrición sobre la mortalidad de la primera infancia, es necesario realizar investigaciones operativas.

* Véase la definición en la referencia (3).

Mientras tanto, es indispensable efectuar un cálculo ponderado de dichos efectos e incluir esta labor directamente en la fase de diagnóstico de la planificación, a fin de poder asignar los correspondientes recursos. La parasitosis plantea problemas análogos.

En segundo lugar, el papel que desempeñan los factores socioeconómicos y culturales en la aparición de enfermedades y la posibilidad de modificarlos mediante la educación y consejos de carácter preventivo deben evaluarse con especial atención en el proceso de planificación. Ya hemos examinado métodos sencillos para proceder a esa evaluación. Es preciso adaptar las tareas concretas de la higiene maternoinfantil a estas realidades y tener en cuenta estas limitaciones. Por ejemplo, puede ocurrir que en una comunidad se preparen alimentos protectores para los adultos de una familia, sin ofrecerlos a los niños de corta edad; en otra es posible que se disponga de alimentos protectores, pero que no se utilicen suficientemente en la dieta familiar y, por último, tal vez no se cuente con esa clase de alimentos. En los dos primeros casos se puede educar en materia de nutrición (de distinto modo), pero en el último esta labor sería inútil.

En tercer lugar, hay que comprender claramente que en el campo de la higiene maternoinfantil suele aplicarse una serie de técnicas (en la acepción más común de la palabra) para llevar a cabo la misma labor. Por ejemplo, para determinar los casos de malnutrición proteico-calórica se pueden emplear diversas técnicas médicas; para fomentar el lavado de las manos se puede recurrir a la comunicación verbal con individuos o grupos o transmitir el mismo mensaje por escrito. Todas las técnicas pueden ser reducidas a un valor homogéneo (por ejemplo, un factor de costo) con relativa facilidad; este procedimiento se ha denominado "determinación del costo de alternativas técnicas" (3). En algunos casos, tales como la selección con respecto a la malnutrición o la inmunización, la eficacia de la técnica se puede determinar cuantitativamente a base de los datos publicados. En muchos casos, como por ejemplo, cuando se trata mediante la educación de fomentar el hábito de lavarse las manos o el consumo de alimentos protectores, no existen datos para medir cuantitativamente la eficacia de la técnica. En vista de que sólo las investigaciones operativas aplicadas permiten obtener dichos datos, mientras no se disponga de ellos, el "sentido común" bien informado deberá sustituir, aunque inadecuadamente, al criterio científico y, en consecuencia, la primera aproximación se basa en la experiencia.

Los lugares de aplicación de las actividades de higiene maternoinfantil

La estructura de los servicios de cuidados de la salud se considera como un continuo que se extiende por la periferia desde una base, representada por el hospital regional y el centro urbano, a través de una serie de lugares de tratamiento ambulatorio (departamentos de pacientes externos, centros de salud, puestos de salud, unidades móviles) hasta las zonas rurales atendidas por el personal autóctono tradicional. Puede ocurrir que los servicios en todos los lugares sean ineficaces y que el sistema esté integrado de manera imperfecta. En América Latina se advierte una vigorosa tendencia a regionalizar los servicios y a perfeccionar el sistema

desde el punto de vista administrativo, tendencia que está vinculada al movimiento de planificación nacional.

Este sistema de servicios de cuidado de la salud ofrece una serie de puntos de contacto "ya organizados" en los que se pueden llevar a cabo las actividades de higiene maternoinfantil o desde los cuales pueden derivarse sistemas para realizar determinadas tareas. La proporción de madres y niños que se atiende mediante ese sistema dependerá de la jerarquía del mismo. En la práctica, muchos de esos sistemas no tienen suficiente categoría, ni logran captarse la confianza de la población. Es un hecho, sin embargo, que las actividades de higiene maternoinfantil no dan resultado cuando existe un vacío en la atención médica. La labor de "selección" resulta inútil sin tratamiento ulterior, y si no se aceptan los servicios de tratamiento ofrecidos, la labor de orientación y educación correrá la misma suerte. Así, pues, para resolver el problema de los sistemas de atención médica débilmente organizados es preciso fortalecerlos en vez de fomentar el establecimiento de sistemas independientes de servicios de higiene maternoinfantil.

El embarazo, el parto y las enfermedades de la madre y del niño son acaecimientos que, en mayor o menor grado, obligan a la madre a buscar atención y consejos de otras personas, de conformidad con sus tradiciones y creencias. La población que trata de obtener esta ayuda es "temporalmente seleccionada". Las posibilidades de obtener un beneficio eficaz de la labor de prevención realizada serán mayores en este sector seleccionado que en la población en general. Las personas que tratan de obtener ayuda presentarán más enfermedades "insospechadas", es decir, que no se relacionan directamente con la molestia principal que motivó la búsqueda de ayuda, y en ellas puede ejercer una mayor influencia el esfuerzo educativo, porque este puede relacionarse con la motivación de obtener atención. Por consiguiente, en la formulación de normas de higiene maternoinfantil se ha de dar prioridad general a la prestación de servicios preventivos y educativos a esta población seleccionada, ya sea directamente o por mediación de otros sistemas. Sólo en circunstancias excepcionales que se aproximen a un estado de hambre o de epidemia se justifican los sistemas separados de servicios o programas verticales. Estos programas se examinarán más adelante.

La hospitalización de la madre que va a dar a luz es un ejemplo de un punto de contacto "ya organizado". Independientemente de su importancia teórica en las prioridades del programa, se trata de un servicio con el que cuenta y contará toda la población urbana de América Latina, y existen y continuarán instalándose servicios de esta naturaleza para satisfacer la demanda. De esta manera, el servicio de maternidad en los hospitales de las zonas urbanas se ha convertido en un punto de contacto del servicio de salud con las madres, que ofrece más seguridad y permite una permanencia mayor que los consultorios prenatales. Si bien el diagnóstico precoz de las complicaciones del embarazo es indudablemente inapropiado en esa fase del ciclo del embarazo, resultan eficaces los consejos de carácter preventivo encaminados a fomentar la lactancia natural, los cuidados de higiene y la inmunización del recién nacido, así como las medidas nutricionales específicas para evitar la malnutrición del hermano que precede al niño que va a nacer.

La hospitalización de niños y los servicios ambulatorios para atenderlos cuando están enfermos constituyen ejemplos de otros puntos de contacto ya establecidos. En todos estos aspectos se pueden llevar a cabo diversas actividades selectivas de diagnóstico. Una de las más sencillas de esta naturaleza consiste en pesar al niño y en clasificar su estado nutricional de acuerdo con las normas de peso por edad, pero incluso un procedimiento tan sencillo suele dejarse de lado. Hay varias maneras de proporcionar consejos de carácter preventivo a la madre del niño hospitalizado o atendido por un servicio de atención ambulatoria, por cualquier causa que sea. Estos consejos resultarán más eficaces si se relacionan con la causa que ha inducido a la madre a buscar ayuda. La determinación del momento oportuno para esta orientación con respecto a la causa que movió a la madre a recurrir al servicio, es cuestión de criterio y sensibilidad. Puede ocurrir que debido a la ansiedad que causa una enfermedad sea inoportuno hablar del futuro, pero probablemente más adelante se encuentre el momento conveniente.

Selección de las personas que han de recibir los servicios

Puesto que los niños son miembros de la familia, el posible alcance de esas actividades puede ampliarse considerablemente; las mujeres embarazadas tal vez tengan hijos de edad preescolar que estén malnutridos; estos niños malnutridos a veces tienen hermanos y hermanas, y las enfermedades diarreicas a menudo afectan a más de un miembro de la familia. Con las técnicas apropiadas de la simple entrevista se pueden determinar estos hechos en todos los puntos de contacto con el paciente y de esta manera poner los servicios al alcance de otros miembros de la familia.

Ahora bien, el tiempo que debe destinar el personal y el costo de aplicar todas las medidas posibles de higiene, aun en el caso de las madres que solicitan atención para ellas o algunos de sus hijos, suelen ser superiores a las posibilidades de los servicios de cuidado de la salud. Por consiguiente, las normas de servicio deben establecer criterios de "riesgo de enfermedad" que puedan ser aplicados a los pacientes en cada punto de contacto. Estos criterios constituyen una forma de "selección" por el diagnóstico basada en los resultados de entrevistas o en medidas objetivas, como la determinación del peso, que al ser aplicadas colocarían a las familias en un orden de prioridad en cuanto a la necesidad de recibir un determinado servicio. Con el empleo de esos sistemas de clasificación, el número de beneficiarios de los servicios preventivos y educativos puede ajustarse a los recursos disponibles, lo que permitiría el servicio de manera selectiva y no al azar.

En el caso de ciertas tareas específicas de higiene maternoinfantil a veces no es necesario ni conveniente seleccionar a las personas que han de recibir determinado servicio según un orden de prioridad. Por ejemplo, en un servicio de maternidad, todos los recién nacidos pueden ser inmunizados con BCG antes de salir de la institución; todos los niños hospitalizados pueden ser sometidos a la prueba tuberculínica; todos los niños que acuden a centros de tratamiento ambulatorio pueden ser pesados y, por lo

menos en la primera visita, ser objeto de un examen físico completo; a las madres que dan a luz en hospitales de maternidad se les puede proporcionar folletos informativos sobre la lactancia natural o invitarlas a asistir a reuniones regulares de grupos en las que se examina la alimentación infantil.

En cambio, para otras tareas específicas es indispensable seleccionar a los beneficiarios de servicios, debido a la limitación de recursos. Dicha selección es especialmente importante en relación con las actividades de observación ulterior encaminadas a verificar resultados (como en familias con antecedentes de abortos) o la ejecución de una tarea especial (como en la dieta suplementaria). Las actividades de observación ulterior pueden ser incorporadas al sistema ordinario de atención ambulatoria del paciente, vinculadas a los sistemas especiales de alimentación suplementaria o de inmunización, que se describen a continuación, o formar la base de otros sistemas de control ulterior. No obstante, en todos los casos, estos sistemas se derivan del funcionamiento y la estructura de los servicios de cuidados de la salud, y no constituyen actividades independientes.

A fin de establecer criterios científicos para la selección de grupos expuestos al "riesgo de enfermedades" es preciso obtener datos de investigaciones operativas, y mientras no se disponga de ellos hay que guiarse "por el sentido común".

La alimentación suplementaria

Tal vez no haya otro aspecto de la higiene maternoinfantil que se preste a tanta confusión entre los ideales que representa y la realidad de la situación como la alimentación suplementaria. La distribución de una ración suplementaria (generalmente en forma de leche en polvo) a las mujeres embarazadas y a los niños hasta cierta edad es un ideal encomiable. Por otra parte, generalmente no se dispone de todos los recursos necesarios para convertir este ideal en realidad y, salvo en condiciones de inanición, los alimentos no representan un sustituto aceptable de otras medidas de asistencia y desarrollo que son más importantes a juicio de las personas que han de beneficiarse de ellas. Esto explica los fracasos y decepciones que han acompañado la labor de distribución de alimentos sin distinción en América Latina (como en otras regiones en vías de desarrollo).

La mayoría de estos fracasos se han relacionado con los servicios de higiene maternoinfantil, sector de los servicios de salud fácil de identificar que atiende a este grupo de población y al que tradicionalmente se le ha asignado la función de distribuir alimentos. Esta misma función tradicional es la que ha hecho que en estos servicios se distribuyan las raciones sin distinción alguna en lugar de aplicar un criterio selectivo.

Como ya señalamos anteriormente, el lugar que corresponde a la alimentación suplementaria como actividad de fomento de la salud y de la nutrición, debe ser considerada en primer lugar en relación con el programa nacional de nutrición en el cual puede asignársele una importante prioridad con respecto a otras actividades encaminadas a mejorar la nutrición y, de esta manera, ser juzgada en relación con otras prioridades. La alimentación complementaria

no es más que una de las diversas tareas de la higiene materno-infantil referentes a la nutrición, y merece ser examinada especialmente en el presente trabajo porque tradicionalmente se le asignan importantes recursos.

Si el diagnóstico de la planificación se aplica a los programas actuales, normalmente revelará la ineficacia de su funcionamiento. Puesto que, sin duda alguna, la malnutrición proteico-calórica es un importante factor de la mortalidad en la primera infancia, este hecho no debe conducir a descartar la alimentación suplementaria como tarea, sino a una programación de la misma, de suerte que se utilicen con más eficacia los mismos recursos.

La prevención primaria de la malnutrición proteico-calórica está fuera del alcance o de la posible influencia de los actuales o futuros servicios de cuidados de la salud. Por consiguiente, es lógico que estos servicios se concentren en la prevención secundaria, seleccionando a individuos ya afectados y tratando de evitar que progrese un estado patológico que conduce a repetidas dolencias, incapacidades e, incluso, a la muerte. Una actividad de selección, como es la determinación del peso, llevada a cabo en todos los puntos de contacto dentro del sistema de atención médica, seleccionará a niños que, a su vez, son indicadores de familias. Los niños de edad preescolar que acompañan a un paciente o a un hermano al consultorio también deben ser pesados. Todos los niños seleccionados deben ser sometidos a examen médico y recibir tratamiento por la enfermedad que se les diagnostique.

Estas son las primeras medidas de un programa. El número de niños que se seleccione para ser incluidos en dicho programa puede determinarse ajustando el punto límite del peso por edad a un nivel en que sólo se seleccione el número de niños que se pueda atender con los recursos disponibles de alimentos y personal.

La segunda fase, o sea la rehabilitación de los niños seleccionados y sus respectivas familias, requerirá el establecimiento de un sistema de observación ulterior de los cuidados, un sistema derivado de la estructura de los cuidados de la salud más bien que uno de carácter independiente. Existen diversos medios de rehabilitación nutricional, a saber, desde los centros de atención diurna hasta los consultorios especiales, pero todos ellos tratan de combinar la distribución de alimentos o la administración directa de los mismos con la enseñanza de medidas preventivas a la madre y otros consejos educativos. Estos servicios ya se describieron más detalladamente y constituyen aspectos que merecen la más alta prioridad para la alimentación suplementaria dentro de un servicio de cuidados de la salud. Entre las actividades del servicio puede figurar también el envío de pacientes a instituciones de asistencia social, si las hubiere.

Cuando la malnutrición constituye un problema suficientemente grave en la comunidad, se puede proceder a una encuesta, casa por casa, de localización de casos (determinando el peso) de todos los niños pequeños,

seguida de un programa de alimentación suplementaria (junto con actividades educativas) en los casos descubiertos de malnutrición. Así lo han hecho, con resultado satisfactorio, varias localidades de América Latina. Naturalmente, esta labor requiere otros recursos en cuanto a alimentos y personal, aunque esta última necesidad puede ser atendida por voluntarios si el programa está vinculado a otro de organización y actividades de la comunidad.

La alimentación suplementaria de toda la población maternoinfantil raramente puede justificarse como una de las mayores prioridades de salud o nutrición, salvo en condiciones que se aproximen al hambre* (programa vertical de urgencia). No obstante, puede justificarse como medida de política social que se deriva de los valores sociales de una nación. En algunos países latinoamericanos, la política nacional exige esta distribución de alimentos. Si todos los recursos necesarios no se encaminan hacia la ejecución de la política establecida, esta labor constituirá un ideal falto de sentido e inapropiado para la higiene maternoinfantil. Si los recursos se orientan de esta manera, se requerirá la implantación de un sistema de servicios a la comunidad, no derivado del sistema de cuidados de la salud ni de una encuesta de la comunidad. Un servicio de esta naturaleza ofrecerá, evidentemente, otra serie de puntos de contacto en los que se pueden llevar a cabo determinadas tareas de higiene maternoinfantil. Además de la inmunización, que se examina seguidamente, la educación sobre la manera de utilizar la ración y la determinación del peso con regularidad para descubrir y seguir observando a los niños malnutridos, a pesar de la ración, tal vez sean las más importantes de estas tareas.

Inmunización

Diversos agentes inmunizan a la población contra numerosas enfermedades transmisibles. Ahora bien, la eficacia, las técnicas médicas y las normas de aplicación de cada agente son intrínsecamente distintas, y la importancia de algunas enfermedades transmisibles varía de una comunidad a otra. El examen de cada uno de los aspectos de un programa de control de enfermedades transmisibles no entra en el ámbito del presente trabajo.

El costo por unidad de la administración de un agente inmunizante es relativamente bajo comparado con el de otros componentes de los cuidados de la salud y, además, su resultado se conoce con más seguridad. La prestación de este servicio preventivo sólo a algunos niños de corta edad es menos lógica que en el caso de la alimentación suplementaria porque la vulnerabilidad es universal; además, si los niveles de resistencia de la comunidad son suficientemente elevados, se interrumpe la transmisión de la enfermedad, e incluso los individuos no inmunizados reciben cierta protección. Por estas y otras razones, existe la tendencia a administrar un solo agente inmunizante o una serie de ellos a la población mediante campañas especiales, a menudo organizadas a base de visitas casa por casa.

* Esta generalización no es aplicable al enriquecimiento de los alimentos ni a la fluoruración del agua, pero estas medidas no constituyen actividades de higiene maternoinfantil.

Un método menos espectacular de inmunizar a la población consiste en prestar este servicio a la comunidad, de manera regular, durante todo el año. No deja de sorprender el hecho de que estos consultorios suelen funcionar en forma tan independiente de los servicios de atención médica y de higiene materno-infantil como las campañas casa por casa.

En ciertas circunstancias--que se pondrán de manifiesto si se sigue el proceso de la planificación--se justifica el sistema de casa por casa u otros tipos de campañas de inmunización. En este caso, es preciso determinar y juzgar por sus propios méritos los valores y costos de efectuar ciertas tareas de higiene infantil en estos nuevos puntos de contacto con la población.

En la mayoría de los casos, no se justifican las campañas especiales de inmunización. Si una determinada enfermedad transmisible reviste importancia suficiente y se puede disponer de los elementos necesarios para ofrecer el servicio (vacuna, logística, refrigeración), el problema de organización se convierte en el de integrar la labor de inmunización en la estructura funcional de los servicios de cuidados de la salud o de establecer un sistema para prestar ese servicio.

Es preciso aprovechar plenamente todos los puntos de contacto con el paciente dentro de la estructura existente de servicios de cuidados de la salud. Salvo que desde el punto de vista médico sea contraindicado, se debe inmunizar a los pacientes hospitalizados, a los que asisten a puestos de tratamiento ambulatorio o que se encuentran bajo vigilancia durante la convalecencia nutricional. A veces se puede administrar totalmente un agente de esta manera, como en la inmunización con BCG del recién nacido. En otros casos, se requiere la administración de dosis repetidas para que el agente ejerza pleno efecto. Estas dosis pueden administrarse cuando el paciente vuelve al consultorio general o a uno especial de inmunización, si se trata de un número importante de pacientes. Si durante la hospitalización o en la fecha en que se somete al examen del médico, resulta inapropiada o contraindicada una inmunización determinada, se puede arreglar, previa explicación, otra cita para el paciente. Es muy importante explicar estos planes de inmunización a las madres antes de ser dadas de alta del servicio de maternidad del hospital.

La aplicación de este concepto depende principalmente de las acciones especificadas en todos los puntos de contacto con el paciente, dentro del sistema total de cuidados de la salud y sólo de manera secundaria, de la estricta adhesión a un "calendario de inmunización". El "consultorio de inmunización" es una derivación de los servicios de cuidados de la salud, y no una entidad independiente. Todos los servicios de salud deben poseer la suficiente flexibilidad para administrar inmunizaciones en todo momento, en lugar de que esta labor quede limitada exclusivamente a un "consultorio" determinado o sólo a determinados intervalos y edades. Esta cuestión es menos complicada de lo que parece, ya que en la mayoría de las instalaciones de tratamiento, las inyecciones de diversas clases figuran entre los elementos de uso frecuente.

Evidentemente, el "consultorio de inmunización" derivado del sistema de servicios de cuidados de la salud, antes descrito, constituye otro punto de contacto con las familias y niños de corta edad. Las actividades específicas de selección mediante el diagnóstico (tales como entrevistas breves y determinación del peso) y de consejos sobre prevención (simplificados y, de preferencia, proporcionados a un grupo) pueden seleccionarse de la manera antes expuesta y aplicarse a estos puntos de contacto adicionales. No obstante, conviene señalar una vez más que la decisión de administrar o no cualquier agente inmunizador a la comunidad debe adoptarse, en primer lugar, sobre la base de prioridades en materia de planificación y de salud. En muchas comunidades, las inmunizaciones pueden representar la utilización de recursos limitados menos importante que otras medidas para mejorar los cuidados de la salud o el saneamiento ambiental. Cuando se deba proceder a la inmunización, es preciso establecer normas y metas para la comunidad para la aplicación de estas normas y revisarlas periódicamente.

El problema de las zonas rurales

La estructura de los servicios de cuidados de la salud es muy deficiente en los medios rurales. Con frecuencia, los puestos rurales alejados están a cargo de un auxiliar cuyas funciones de atención médica son insignificantes. El sistema de servicios complementarios en que realiza su labor no está suficientemente organizado para permitir una supervisión que mejoraría las aptitudes del personal. Dadas las circunstancias, se ha observado una inclinación a destacar los aspectos de orientación preventiva (educación sanitaria) de sus actividades. Esta utilización de personal es teóricamente posible, pero sólo resultará satisfactoria si se relaciona también con la organización de la comunidad y los métodos de fomentar reformas sociales en los que ni el sistema de servicios de salud ni el personal auxiliar han adquirido la necesaria madurez y competencia. Por tales motivos, son comunes los fracasos de los programas y los gastos inútiles por concepto de sueldos.

En cambio, la alimentación suplementaria y las inmunizaciones son actividades sencillas pero limitadas que, teóricamente, pueden ser llevadas a cabo por el personal auxiliar de los puestos rurales alejados, con un mínimo de supervisión. Desgraciadamente, la misma lejanía y el aislamiento que impiden ejercer regularmente una labor de supervisión, entorpecen también la entrega de suministros alimentarios y vacunas y dificulta la obtención de medios de refrigeración. Si pueden vencerse estas dificultades y si la malnutrición o una determinada enfermedad transmisible merece una prioridad relativamente alta en una zona rural, estas actividades pueden llevarse a cabo en puestos rurales. Sin embargo, es muy probable que cuando exista comunicación regular entre un puesto rural y un servicio más importante de salud, aumente aún más la necesidad de establecer supervisión y adiestramiento del personal auxiliar durante el servicio, de manera que pueda fortalecerse su función dentro de la estructura de los cuidados de la salud.

Otro método común para atender a las zonas rurales consiste en la organización de unidades móviles de un establecimiento central que visitan

a las comunidades rurales de manera regular. Como puntos de contacto adicionales, en el continuo de la estructura de los cuidados de salud, ofrecen las mismas oportunidades para llevar a cabo las actividades de higiene maternoinfantil antes mencionadas.

En general, los servicios rurales de salud de América Latina no han hecho un gran esfuerzo por influir en el personal autóctono no profesional al que acuden las madres para recibir consejos y cuidados (partera empírica y curandero). Sin embargo, dada la proporción de habitantes que atiende dicho personal, esta labor probablemente deba tener primera prioridad en el desarrollo de servicios rurales de salud. Hay que tratar de influir en el mencionado personal autóctono, a fin de que no cause daño a nadie y aplique las medidas específicas de "selección" o de orientación adaptables a sus prácticas y pueda identificar y transmitir a los profesionales los problemas más serios que se le planteen. Para ciertos casos, como la asistencia a partos normales, es posible educar y supervisar a la partera empírica y orientar sus servicios mediante normas sencillas.

Puede ocurrir que este esfuerzo no resulte satisfactorio por una serie de razones, pero es un error descartar esta labor sin ensayarla, cuando los recursos profesionales y paramédicos son muy limitados. A medida que aumenten los recursos profesionales de la comunidad, mayor será el número de madres que acudan directamente a ellos, y poco a poco, el curandero y la partera empírica quedarán desplazados como personal de atención de la salud, independientemente de que se realice o no el mencionado esfuerzo.

Es difícil dar por terminado el análisis de los servicios rurales de salud sin mencionar las posibilidades de movilizar la ayuda propia de la comunidad y sus aspiraciones mediante las técnicas de organización de la misma que las vincularán a la prestación de importantes servicios de higiene maternoinfantil a la población. Las posibilidades de un esfuerzo de esta naturaleza justifican la realización de investigaciones operativas que permitan establecer las líneas generales de una metodología que pueda repetirse fácilmente y justificar su aplicación relacionando sus costos con un mejoramiento demostrable de la salud maternoinfantil.

Consultorios prenatales, consultorios de niños sanos y visitas domiciliarias

En el análisis anterior hemos dejado deliberadamente de lado estos tres importantes aspectos de los servicios tradicionales de higiene maternoinfantil que se originaron en las zonas urbanas de los países desarrollados. En efecto, se ha tratado de demostrar que las tareas que desempeñan pueden ser llevadas a cabo eficazmente en diversos puntos de contacto con el paciente, en la estructura de los servicios de salud o mediante sistemas de observación ulterior derivadas de la misma estructura. Se ha hecho hincapié en que este criterio constituye el punto de partida de mayor prioridad para la elaboración de normas de higiene maternoinfantil. La distinción entre los sistemas de observación ulterior descritos y los tres aspectos tradicionales de los servicios de higiene maternoinfantil tiene la importante

finalidad de permitir reajustes en materia de salud, por orden de prioridad, a fin de equilibrar las necesidades con los recursos.

Las visitas domiciliarias, como procedimiento habitual para ofrecer orientación y educación a un grupo no seleccionado de mujeres embarazadas o de niños de corta edad, requieren grandes recursos humanos y pueden clasificarse en un lugar inferior en el orden de prioridad de las actividades del servicio de salud. Ahora bien, se pueden realizar visitas domiciliarias muy especiales, relacionadas con sistemas de observación ulterior de la rehabilitación nutricional u otras indicaciones específicas, siempre que esas visitas sean factibles y se disponga de recursos para llevarlas a cabo.

La distinción entre los consultorios de niños sanos y el sistema de observación ulterior con respecto a las inmunizaciones, que se ha descrito como una derivación del sistema de cuidados de la salud, tal vez parezca simplemente de carácter semántico, sin embargo, dista mucho de ser este el caso. Las visitas repetidas a un "consultorio de inmunización" se irán espaciando cada vez más, y la naturaleza de las otras tareas desempeñadas en estas visitas puede ajustarse a las necesidades de prioridad y a los recursos, en lugar de seguir un plan uniforme.

Los servicios de distribución de alimentos suplementarios o de fórmulas (gotas de leche) dependen de su importancia relativa en el plan de salud que se examina. La alimentación artificial de los lactantes ya ha dejado de ser la cuestión esotérica que era hace 50 años. En muchos lugares, dentro de la estructura de los servicios de atención médica, se puede ofrecer orientación de carácter preventivo sobre estas cuestiones; y se podría seleccionar a los lactantes muy "vulnerables a enfermedades" y malnutridos, cuyas madres necesitan especial supervisión, para que fueran objeto de un control ulterior más intensivo y recibieran servicios especiales. La educación en materia de nutrición es una tarea de los servicios de higiene maternoinfantil que, indudablemente, merece alta prioridad en América Latina. Es preciso modificar, no los objetivos, sino los puntos en que se realiza la tarea, o desde los cuales se efectúa, y las técnicas que se emplean.

Los mismos principios empleados para equilibrar las necesidades con los recursos pueden aplicarse a los cuidados prenatales. Los limitados recursos disponibles para ofrecer la tradicional atención prenatal completa a todas las mujeres embarazadas, obliga a concentrar la atención en primer lugar en las patologías más prevalentes y evitables durante el ciclo de maternidad o relacionadas con él, y en el desarrollo de un programa de cuidados de la salud materna en el que se conceda mayor prioridad a los aspectos patológicos que a las consultas prenatales. Así, pues, se puede evitar el tetanus neonatorum en los medios rurales trabajando con las parteras empíricas o inmunizando a las madres durante la última parte del ciclo de maternidad, eligiendo el método de acuerdo con las circunstancias y recursos de la comunidad. Los consultorios prenatales especiales sólo constituyen una extensión o derivación justificada de los servicios de atención médica si su necesidad puede determinarse por la relativa importancia

de la cantidad de trastornos patológicos que evitarán. Sin embargo, aun cuando se establezcan, los principios de selección de pacientes (separación de los casos de mayor y menor "vulnerabilidad a las enfermedades"), la identificación de las tareas específicas del servicio y la delegación de funciones en personal paramédico adiestrado reducirá considerablemente el consumo inútil de recursos que es característico de las presentes normas de cuidados prenatales.

A medida que aumenten y se consoliden los recursos y el personal de salud, los "consultorios de inmunización" y los servicios prenatales pueden asumir otras tareas, y las visitas domiciliarias pueden llevarse a cabo de una manera menos selectiva. Ahora bien, si se siguen estrictamente los principios de la planificación de salud, se puede predecir con seguridad que, en América Latina, el nivel de las actividades que exigen las normas actuales de higiene materno-infantil no se alcanzará en muchos años.

Elaboración de normas de servicio

Son relativamente pocos--si es que hay alguno--los países de América Latina que presentan suficiente homogeneidad para formular normas precisas nacionales aplicables a todo el país. Cada región o zona de un país requiere una "definición" de las normas que su fase de desarrollo puede permitir. A nivel nacional, se pueden distinguir enormes diferencias en la epidemiología de las enfermedades y en la distribución de los recursos, que sirvan de base para dicha definición. Utilizando estas definiciones y los conceptos antes examinados, las normas de higiene materno-infantil y su integración en las que rigen los servicios de cuidado de la salud, pueden resumirse en una serie de medidas aplicables a nivel regional y local, a saber:

1. Definir y evaluar por orden de prioridad las patologías específicas del ciclo de maternidad y de la infancia que caracterizan a la zona de que se trate (3).
2. Definir y evaluar por orden de prioridad las prácticas empleadas en el parto, la crianza y la alimentación infantil que pueden causar o contribuir a estos estados patológicos.
3. Determinar en líneas generales las medidas de higiene materno-infantil que pueden aplicarse para descubrir los estados patológicos en su primera fase, impedirlos o evitar su avance.
4. Calcular la proporción de la población materno-infantil abarcada por los diversos puntos de contacto con el paciente en el continuo total de la estructura de cuidados de la salud, desde los curanderos autóctonos hasta el hospital central.
5. Seleccionar las medidas y tareas que pueden aplicarse directamente en cada punto de contacto o conducir a la derivación de un sistema de observación ulterior, estableciendo el correspondiente

orden de prioridad en cada uno de los puntos de contacto. Los sistemas de observación ulterior constituyen otros puntos de contacto para aplicar las tareas a que se hace referencia.

6. Adaptar la tarea--especialmente en lo que se refiere a la labor de orientación y educación sanitaria--a la realidad (limitaciones) de la comunidad y ajustar en consecuencia el orden de prioridad establecido.

7. Enumerar las técnicas (en la acepción más común del término) disponibles para realizar cada tarea en los diversos puntos de contacto y ordenarlas según su probable eficacia.

8. Reducir cada tarea a un instrumento* que pueda expresarse en términos de costo per capita.

9. Establecer criterios específicos de elevada "vulnerabilidad a las enfermedades" que puedan aplicarse a los diversos puntos de contacto a fin de seleccionar, a base de prioridades, el número de personas que han de ser atendidas por los servicios de higiene maternoinfantil o enviadas a servicios especiales de observación ulterior.

10. Preparar tres planes alternativos para la prestación de servicios de higiene maternoinfantil a la población: mínimo (sin aumento de recursos), moderado y máximo. Cada plan representará la combinación de varias tareas a llevar a cabo en uno o varios puntos de contacto y en uno o varios sistemas de observación ulterior derivados de su aplicación.

Los costos y las necesidades de personal serán mayores en el plan máximo y más reducidos en las otras dos versiones con la aplicación, sobre la base de la relación prioridad-costo-equilibrio de diversos criterios para la selección de personas a atender y diferentes técnicas para efectuar una tarea o eliminarla.

11. Incorporar las normas de servicio requeridas para la ejecución de los tres planes en las normas de la estructura de cuidados de la salud y las funciones del personal que preste servicios en cada punto de contacto.

Se prepararán normas especiales únicamente para los sistemas de servicios de observación ulterior derivados de la estructura de cuidados de la salud. Las normas preparadas con ese fin nunca deben considerarse como fijas. La planificación es un proceso continuo que debe perfeccionarse en el curso de su evolución.

* Véase referencia (3).

Mito y realidad de la planificación

Para llevar a la práctica estos conceptos se necesitarán cambios radicales en las normas de servicio de las actividades de higiene materno-infantil y en la distribución de personal y del tiempo que se le asigne para llevarlas a cabo. La ejecución de un plan "mínimo" requerirá mayores cambios y modificaciones que la de un plan "máximo". Es posible que estos cambios no se produzcan de manera rápida y sin tropiezos, porque el hombre no es una criatura totalmente racional. No obstante, si se determinan claramente las metas de estos cambios, se podrá encontrar un camino para alcanzarlas. Este camino no siempre será directo porque son muchas las características del terreno que bloquean el paso. Cualquier cambio encaminado hacia la meta supone un avance hacia ella.

Ahora bien, los mitos referentes al diseño y a la ejecución de los planes de salud impiden los cambios y a su vez los estimulan. Los impiden cuando tergiversan la historia de la salud pública y conducen a una repetición ritual de sistemas de servicio cuya lógica y finalidad no se justifican en el contexto de América Latina. La estructura separada del servicio de higiene materno-infantil es, en efecto, ese ritual.*

Los mitos de salud pública que sustituyen el hecho científico por una supuesta sabiduría también impiden toda innovación. Ya se ha mencionado varias veces este aspecto al poner de relieve la necesidad de llevar a cabo investigaciones operativas para desvanecer estos mitos.

También impiden los cambios aquellos mitos que deifican al médico y a sus colaboradores paramédicos y les atribuyen poderes de ingenio y facultades que no poseen porque no están suficientemente preparados ni cuentan con el apoyo técnico adecuado para desempeñar las funciones que se esperan de ellos. La planificación de salud que comprenda medidas encaminadas a fortalecer tanto la educación médica y paramédica como el adiestramiento durante el servicio, y la supervisión, transformará este mito en una realidad que, por lo menos, pueda expresarse en términos cuantitativos en el proceso de la planificación.

Los mitos heroicos de aspiraciones humanas, elemento este que no puede medirse cuantitativamente y cuyos efectos no son fáciles de predecir, propulsan los cambios. Es precisamente esta aspiración que favorece de manera irracional a un "subsector" de la higiene materno-infantil de la planificación de salud, cuando lógicamente todos los subsectores de la salud, en realidad todos los sectores del plan nacional, han de repercutir en la salud de la madre y del niño y de las unidades familiares a que pertenezcan.

* Por otra parte, es lógico y necesario identificar dentro de la estructura de la atención médica un sistema de servicios completos de cuidado de la salud de la madre y el niño en el que estén incluidos el tratamiento y la rehabilitación, así como la "higiene".

De todos modos, las aspiraciones humanas expresadas como una preocupación especial de la sociedad por la madre y el niño no deben de ser ignoradas, ya que constituyen un vínculo catalítico que puede encauzar factores del cambio social y la realidad política hacia los propósitos técnicos del planificador. Estas aspiraciones exigen plena expresión como parte de los esfuerzos de promoción que deben acompañar a la planificación y orientar los planes hacia esa meta. Sería un grave error de juicio ignorar esta expresión especial o restringirla a un estrecho subsector denominado de higiene maternoinfantil. La expresión de estas aspiraciones deberá aunar, partiendo de los propios planes de salud, todo el campo de acción que beneficiará a la madre y al niño. Este campo de acción debe darse a conocer al público con toda la sensibilidad, convicción y fuerza que exigen sus valores humanos, a fin de que, en efecto, el plan de salud en su conjunto se convierta en el "defensor" del niño.

REFERENCIAS

1. Serie de Publicaciones Científicas de la OPS:
 - a) No. 62, Encuesta sobre las escuelas de enfermería de la América Latina (1962).
 - b) No. 64, Resumen de los informes cuadriennales sobre las condiciones de salud en las Américas, 1957-1960 (1962).
 - c) No. 70, Atención médica--Bases para la formulación de una política continental (1962).
 - d) No. 104, Las condiciones de salud en las Américas, 1961-1962 (1964).
 2. Yankauer, A.: "Análisis histórico de los programas de reducción de la mortalidad de la primera infancia en América Latina", Bol Ofic Sanit Panamer, 60:77 (julio) 1963.
 3. Programación de la salud--Problemas conceptuales y metodológicos, Ahumada, J. et al. Publicación Científica de la OPS No. 111, 1965.
 4. Control de las infecciones entéricas. Publicación Científica de la OPS No. 100, 1964.
-

Apéndice 6

METAS DEL ADIESTRAMIENTO Y DEL SERVICIO DE ENFERMERAS PROFESIONALES Y ESPECIALISTAS EN OBSTETRICIA EN LOS PROGRAMAS DE CUIDADO DE LA SALUD DE LA MADRE EN AMERICA LATINA

La preparación y utilización de todos los niveles de personal de obstetricia en el cuidado de la salud de la madre (inclusive en el parto normal) es, naturalmente, conveniente para todos los países del Hemisferio. Se reconoce que las medidas para atender las necesidades de la maternidad deben considerarse en relación con otras prioridades y que la utilización de personal debe expresarse en términos aceptables para cada país. Es también evidente que para alcanzar las metas fijadas a menudo se requiere legislación que confiera facultades especiales. Hechas estas salvedades, se estima que las siguientes metas son convenientes para un adiestramiento a largo plazo:

1. En todos los países: la inclusión de un mínimo de experiencia sobre el parto en los estudios de preparación de las enfermeras profesionales que hayan de dedicarse al amplio campo del cuidado de la maternidad.
2. En países que cuentan con escuelas de adiestramiento en partería, vinculadas a instituciones de enseñanza de la enfermería en las que se preparan especialistas posgraduadas en enfermería, esta tendencia debe alentarse, ampliarse y perfeccionarse a un ritmo compatible con otras prioridades y necesidades.
3. En países donde la obstetricia es actualmente una disciplina profesional separada de la enfermería, hay que alentar la paulatina ampliación del adiestramiento tradicional en obstetricia para que con el tiempo acabe fundiéndose con el adiestramiento posgraduado de la enfermera profesional. El alcance de esta ampliación--es decir, la medida en que abarque, por ejemplo, principios de enfermería y salud pública o de cuidado de lactantes y niños--y el grado de especialización en técnicas de parto que siga formando parte de dicho adiestramiento, pueden variar según los países y también variará la velocidad del cambio. Estos aspectos dependen de otros factores y son esencialmente metas a corto plazo. No obstante, es indispensable conservar o instituir cierto adiestramiento en obstetricia, o mantener en forma de especialidad

posgraduada en enfermería el adiestramiento superior en técnicas obstétricas prácticas. De esta suerte, se formará un cuerpo de verdaderas especialistas en enfermería capaces de desempeñar funciones docentes y prestar servicios directos de enfermería.

4. En países que no tengan adiestramiento de ninguna clase para parteras profesionales, habría que estudiar muy seriamente la posibilidad de crear un cuerpo de enfermeras obstétricas. La velocidad con que pueda lograrse este objetivo dependerá de cómo el país acoja este servicio y de la prioridad que se asigne a esta meta. Antes de establecer el adiestramiento en obstetricia en un país, sería conveniente enviar al extranjero a algunas enfermeras graduadas a cursar estudios en la especialidad.

La utilización de la partera profesional o enfermera obstétrica en los programas de servicios de salud actualmente en marcha, dependerá del número de estudiantes de esta índole que terminen su preparación y del número de ellas que estén disponibles. En países donde haya parteras que no sean enfermeras profesionales, convendrá (además de las modificaciones del adiestramiento básico ya examinadas) organizar programas de perfeccionamiento para darles una reorientación que les permita desempeñar funciones más amplias.

A continuación se indican las funciones que podría desempeñar la partera profesional o enfermera obstétrica después de haberse beneficiado de la reorientación antes mencionada:

1. Planear y ejecutar programas docentes de cuidado de la maternidad (inclusive el parto normal) para estudiantes de escuelas básicas de enfermería y cursos de obstetricia superior para enfermeras.
2. Planear y ejecutar programas de adiestramiento, supervisión y consulta para parteras tradicionales, y programa de adiestramiento durante el servicio para enfermeras profesionales y parteras.
3. Prestar servicios consultivos a enfermeras de salud pública o a enfermeras auxiliares que trabajan con parteras empíricas.
4. Prestar servicios directos de cuidados de la salud materna en períodos prenatal, natal y post partum. Este cuidado puede prestarse en un hospital o dispensario o en el hogar. La naturaleza de este servicio dependerá del programa de atención materna del país y puede variar según los países.

Es esencial que todas estas funciones de la partera profesional o de la enfermera obstétrica que haya reorientado su adiestramiento estén totalmente integradas con los servicios médicos y se desempeñen bajo

dirección y supervisión médica. La distribución de las parteras reorientadas y de las enfermeras obstétricas dentro de los servicios de salud y médicos de un país, debe ajustarse no sólo a las necesidades naturales del cuidado de la salud de la madre, sino también a la distribución de estos servicios complementarios.

Metas de adiestramiento a corto plazo para parteras profesionales

Además de las metas de adiestramiento a largo plazo examinadas anteriormente, en los países en los cuales la obstetricia y la enfermería son profesiones separadas existe la necesidad apremiante de ampliar el alcance y conocimientos de la obstetrix graduada, de suerte que sus servicios puedan ser más eficaces en su propio país. La obstetrix suele estar bien preparada en "partos", pero le falta adiestramiento en materias como administración y supervisión, educación sanitaria, adiestramiento de parteras empíricas, higiene del niño, técnicas generales de enfermería y salud pública.

Para colaborar con los países en la reorientación de las obstetricas graduadas se necesita con la mayor urgencia un centro internacional de adiestramiento. Un centro de esta índole ofrecería adiestramiento graduado a obstetricas seleccionadas únicamente en los campos especiales que no figuraban en la preparación que se les dio para obtener el grado.

Las obstetricas que recibieran adiestramiento en un centro de esta naturaleza, formarían un cuerpo de instructoras que luego se encargaría de organizar cursos de adiestramiento durante el servicio para obstetricas de sus propios países. Un centro de esa índole constituye una solución más bien provisional que permanente de la lamentable separación existente entre las profesiones de enfermería y obstetricia. Además de otras ventajas, puede contribuir a subsanar la brecha entre ambas profesiones y (como meta a largo plazo) a adelantar la fecha en que la obstetricia llegue a ser una de las especialidades de la enfermería.

La obstetrix que hubiera reorientado su formación mediante el adiestramiento durante el servicio, proporcionado por una instructora que haya asistido al centro de adiestramiento posgraduado regional, participaría en los servicios de salud en la forma ya indicada.

Apéndice 7

PROBLEMAS DE NUTRICION DEL NIÑO PREESCOLAR EN AMERICA LATINA*

por

Dr. John J. Kevany**

Como en otros lugares del mundo, los problemas de nutrición en América Latina se hacen más evidentes en el grupo de población formado por los lactantes y los niños de edad preescolar. La presente exposición se refiere sobre todo a este grupo de edad y sus problemas, pues se ha observado que es más vulnerable a las deficiencias de la nutrición, tanto desde el punto de vista social como del psicológico; en segundo lugar, porque este grupo representa un sector creciente de la población actual de las zonas en vías de desarrollo, y finalmente, porque dentro de dos décadas será la población económicamente productiva.

Los factores generales de la ecología de la nutrición en las regiones en vías de desarrollo de América Latina se han descrito con claridad en muchas ocasiones. El rápido crecimiento demográfico está igualando, y aun sobrepasando en ciertas zonas, el incremento de la producción de alimentos. Los recursos físicos están limitados por la

* Trabajo presentado a la Conferencia Latinoamericana sobre la Infancia y la Juventud en el Desarrollo Nacional, celebrada en Santiago, Chile, del 28 de noviembre al 11 de diciembre de 1965, y auspiciada conjuntamente por la Comisión Económica para América Latina, el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en cooperación con la Organización Internacional del Trabajo, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, y la Organización Mundial de la Salud. El texto inglés de este trabajo fue presentado al Congreso de Nutrición del Hemisferio Occidental, de la American Medical Association (Chicago, Ill., E.U.A., 9 de noviembre de 1965) y originalmente publicado en los Proceedings de dicha reunión. Este texto también fue publicado en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. LV, abril de 1966.

** Asesor Regional en Nutrición, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., E.U.A.

productividad de las tierras, la calidad de los elementos básicos, como semillas y animales de cría, y la eficacia de los servicios de almacenamiento y distribución de alimentos. Un escaso poder adquisitivo y el desconocimiento de la destreza culinaria básica y de las necesidades alimentarias reducen aun más la capacidad del individuo para aprovechar eficazmente los alimentos de que dispone. La desnutrición que resulta de estos factores se complica a menudo con otras enfermedades endémicas que precipitan los efectos severos de la deficiencia de la alimentación.

Al examinar la ecología nutricional del niño preescolar, cabe recordar que todos los demás factores que afectan a la población en general ejercen su influencia sobre este segmento joven, y tienden a hacerse sentir con más fuerza sobre él. En este contexto, analizaremos algunas de las condiciones sociales generales de América Latina y también los factores específicos de la nutrición en cuanto se relacionan con los problemas de este grupo.

Prioridades sociales

En las regiones en vías de desarrollo de este Hemisferio, la estructura social de la familia, especialmente entre las clases más pobres, difiere en muchos aspectos de la que se observa en regiones más avanzadas. Cuando no existen sistemas eficaces de seguridad social o de ayuda para vastos grupos de gente pobre, el ingreso de la familia depende de la capacidad del padre o de otros adultos para ganar el dinero con qué sufragar alimentos, vivienda y vestuario. Si esta fuente de ingreso desaparece, como suele suceder, debido al desempleo por enfermedad, toda la familia sufrirá. Aunque la familia de este tipo no tenga comprensión cabal de las relaciones científicas entre la nutrición y la salud, sabe implícitamente que el que gana el sustento debe alimentarse bien. En consecuencia, la preferencia en materia de alimentación en la familia tiende a supeditarse a la capacidad para ganar el sustento; de aquí que el lactante y el preescolar ocupen un lugar muy bajo en este orden de prelación. El problema se hace aún más complejo porque, a diferencia de sus hermanos mayores, el preescolar depende totalmente de su madre y es incapaz de tomar iniciativas que mejoren su condición; además, pasa por una fase de crecimiento rápido que causa gran tensión fisiológica y exige relativamente mayor consumo de calorías y nutrientes esenciales.

Al nivel nacional, la planificación económica también tiende a olvidar al lactante y al preescolar, por su contribución aparentemente escasa como fuerza productiva de la nación. Sin embargo, la población menor de cinco años es hoy una proporción creciente de la población total, proporción que a menudo llega a ser hasta del 18 por ciento. En las regiones técnicamente desarrolladas, en cambio, este grupo de edad representa sólo el 10 ó 12% de la población. Dentro de dos decenios, este sector será la fuerza productiva, y, como es evidente, el desarrollo físico y mental de esos niños y su estado general de salud influirán en su capacidad productiva cuando alcancen la edad adulta.

Educación

En el campo de la nutrición, como en otros, la educación es el proceso esencial para transmitir el conocimiento científico que ha de aplicar el individuo. Sin embargo, la facilidad con que este se puede educar depende en gran medida del grado de alfabetización existente. El analfabetismo no sólo representa una barrera para los medios contemporáneos de comunicación, sino que ayuda a perpetuar conocimientos tradicionales, muchos de los cuales quizá perjudiquen al individuo y a la comunidad, especialmente en vista de los recursos disponibles en esta época de rápido avance tecnológico. En América Latina, el nivel de educación general presenta variaciones considerables.

En muchos países el promedio nacional de analfabetismo es aún del 60%; esta cifra generalmente indica que en las comunidades rurales aisladas hasta el 80% o más de la población puede ser analfabeta. Por otro lado, los promedios de analfabetismo en las regiones técnicamente avanzadas del Hemisferio son del 10 al 20%, y en algunos lugares hasta del 2 al 3%, como en los Estados Unidos de América. Aunque la educación no afecta directamente al niño preescolar, su influencia a través de sus padres, y en especial de la madre, es de significación respecto de las causas de la desnutrición. Cabe señalar que en esta era en que los receptores de radio son tan populares y fácil de adquirir, la propaganda inexacta e irresponsable que impulsa la venta de productos alimenticios puede viciar aún más los hábitos alimenticios de la población analfabeta.

Servicios de salud

Otra condición general que influye sobre la nutrición en las regiones en vías de desarrollo es el alcance y la calidad de los servicios de salud que consideran los problemas locales, emprenden acciones efectivas para solucionarlos y ponen en práctica medidas de prevención. Aunque en los últimos decenios los servicios latinoamericanos de salud han mejorado bastante, no se cuenta aún con el personal suficiente para proporcionar servicios básicos en gran escala.

Si se considera la escasez comparativa de personal médico y paramédico que existe en América del Norte, es evidente que este déficit es aún más acentuado en América Latina, donde este personal, de por sí escaso, se concentra en los centros urbanos. Si se tiene en cuenta, además, que aproximadamente el 55% de la población latinoamericana vive en comunidades rurales de menos de 2.000 habitantes, donde la acción de la salud pública es escasa o nula, es indudable que los servicios de salud aportan poco a la lucha contra la desnutrición.

Estas son algunas de las condiciones generales que influyen sobre la nutrición del lactante y del preescolar en América Latina. Con el fin de analizar los elementos ecológicos específicos, trataremos a continuación sobre las distintas etapas del desarrollo del niño, desde el embarazo hasta la edad escolar, e identificaremos los diversos factores que determinan el estado de nutrición del mismo.

Nutrición materna

Es indudable que la desnutrición de la madre a menudo va asociada a la misma condición de sus hijos, lactantes y preescolares. La relación entre estas condiciones de madres e hijos puede ser de simple coexistencia, o bien una secuencia de causa y efecto; esto es algo que deberá verificarse científicamente. Sin embargo, conviene considerar algunos de los conocimientos actuales sobre esta materia.

En la mayoría de las poblaciones hipoalimentadas de este Hemisferio no se mejora la alimentación de la madre durante el embarazo. La causa puede hallarse en la precaria situación económica de la familia, o simplemente en la ignorancia e indiferencia de la gente; es más, hay algunos casos en que la tradición aconseja modificaciones desfavorables del régimen alimentario durante el período de gestación. Al mismo tiempo, la madre continúa realizando trabajos físicos pesados que absorben su ingestión habitual de calorías. En consecuencia, a menudo aumenta muy poco de peso durante el embarazo, o mantiene su peso anterior. En vista de la prioridad fisiológica que tiene el feto sobre los nutrientes, la desnutrición materna es inevitable. Si la alimentación de la madre se mantiene inadecuada, los embarazos frecuentes la llevarán a un estado de desnutrición tal que finalmente llegará a afectar al feto. Diversos estudios han demostrado que la desnutrición, manifestada por la falta de aumento de peso durante el embarazo, puede provocar un porcentaje más alto de niños nacidos con peso insuficiente. Quizá esto signifique sólo una gestación más breve, con o sin inmadurez fisiológica del niño; sin embargo, parece ir unido a una tasa menor de supervivencia infantil. Aunque se precisan nuevos estudios para esclarecer este fenómeno, no por ello deja de acentuar la influencia de la desnutrición materna sobre la salud y resistencia general del recién nacido.

En América Latina se está prestando atención creciente a los casos de anemia durante el embarazo. La anemia causada por deficiencia de hierro prevalece entre las embarazadas, especialmente en las zonas infestadas de parásitos. Si la anemia de la madre es pronunciada, puede resultar en una provisión inadecuada de hierro del feto; de modo que el lactante sufrirá también de anemia si no se evita esta mediante una alimentación adecuada.

La deficiencia de yodo en la alimentación y el consiguiente bocio endémico son males muy difundidos en América Latina que afectan a grandes masas de población, especialmente en las tierras altas. Aunque no se ha determinado aún cuál es el mecanismo preciso, la deficiencia de yodo en la madre puede producir cretinismo en el niño. Este hecho se ve corroborado sobre una base epidemiológica por los casos de cretinismo endémico y sordomudez ocurridos en zonas de América Latina donde existe el bocio endémico. Por diversas razones jurídicas, administrativas y técnicas, son pocos los programas efectivos de yodación de la sal iniciados en América Latina con el fin de prevenir el bocio; la deficiencia de yodo en la nutrición de la madre sigue siendo un problema que afecta gravemente la nutrición infantil.

Conviene mencionar aquí el problema de la deficiencia de la vitamina A, deficiencia que no emana necesariamente de la desnutrición de la madre. En un reciente estudio, llevado a cabo con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y de una subvención concedida a esta por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América ^{1/}, se señala que las enfermedades oculares de la infancia originadas por deficiencias graves de vitamina A son más frecuentes de lo que se suponía. La mortalidad entre los niños afectados de queratomalacia es muy alta; la muerte prematura encubre la magnitud del problema de pérdida parcial o total de la vista que se observa en los niños sobrevivientes. El mutuo desconocimiento de sus campos de acción por parte de los clínicos especialistas en nutrición y los oftalmólogos impide que se tome plena conciencia de la situación.

Los ejemplos expuestos muestran que los diversos factores que afectan la nutrición de la madre pueden ejercer efectos desfavorables sobre el feto y el recién nacido. El aspecto tal vez más importante es que una madre debilitada por desnutrición aguda no puede desempeñar su papel normal y atender al niño en forma que asegure a este un desarrollo favorable en la infancia.

Lactancia

Desde el punto de vista de la nutrición, la lactancia constituye, por su misma naturaleza, una prolongación de la seguridad intrauterina durante el período de transición en que el niño ha de adaptarse a su nuevo medio. Los cambios culturales que se producen en las regiones en vías de desarrollo del Continente amenazan gravemente esta seguridad natural, específicamente cuando se recurre a la alimentación artificial del lactante en forma inoportuna e inadecuada. La tendencia actual de imponer al niño la alimentación artificial tiene su origen en las regiones técnicamente más desarrolladas del Continente, donde por razones estéticas, sociales y económicas, conviene a la madre utilizar las técnicas de alimentación artificial del niño. Sin embargo, cabe recordar que en esas regiones la madre y su hijo viven en medios relativamente no contaminados y tienen acceso a todas las comodidades modernas que aseguran un procedimiento correcto de alimentación. Los recursos económicos de los padres les permiten recurrir holgadamente a la alimentación artificial y, por su grado de educación, están capacitados para comprender los principios de salud e higiene que deben observar. En las regiones en vías de desarrollo, la alimentación artificial también está ganando gran popularidad. Quizá la costumbre se haya originado entre las clases más privilegiadas, pero se ha extendido con gran rapidez a las más pobres. Para la madre que trabaja, la alimentación artificial significa una oportunidad de reincorporarse rápidamente a sus labores

^{1/} Oomen, H.A.P.C.; McLaren, D.S.; y Escapini, H.: "A Global Survey on Xerophthalmia: Epidemiology and Public Health Aspects of Hypovitaminosis A". Trop Geogr Med (Amsterdam) 16:271, 1964.

y de absorber parcialmente el incremento que experimentará el presupuesto familiar. Por lo demás, se halla muy difundido el concepto de "progreso por imitación": se considera que la adopción de las costumbres de los grupos sociales privilegiados confiere prestigio. Es lamentable, sin embargo, que los grupos más pobres de la sociedad con frecuencia no estén preparados para aplicar este sistema de alimentación verdaderamente "artificial". A menudo los conocimientos de higiene de la madre son primitivos, ya sea en teoría o en la práctica, y aunque probablemente pueda comprar el equipo mínimo necesario para la alimentación artificial de su niño, a menudo no puede continuar aplicando el procedimiento en forma satisfactoria; es posible que un biberón y una tetilla tengan que usarse indefinidamente. Aunque al comienzo la preparación del alimento se ciña a la fórmula correcta, cualquier restricción financiera forzará a diluir progresivamente la mezcla. Pese a las pruebas evidentes de tasas altas de infección y de hipoalimentación de niños así alimentados, el procedimiento, una vez que la madre se ha decidido por él, parece inspirar una fe ciega. Es inútil extenderse sobre las consecuencias de esta situación.

En regiones donde se practica la lactancia natural, no se ha determinado aún el efecto de la desnutrición materna. Es probable que, como en otros lugares del mundo, la desnutrición aguda de la madre influya más sobre la cantidad que sobre la calidad de su leche. No obstante, apremia efectuar estudios más detallados al respecto en este Hemisferio, para poder predecir con mayor exactitud las consecuencias de una alimentación deficiente de la madre y atender a sus necesidades en forma preferente con el fin de beneficiar al niño.

Destete

Como en otros lugares del mundo, en las Américas el período de destete es crítico para la ecología nutricional del lactante y del preescolar. Un destete normal, efectuado en forma gradual y cuidadosa, contribuirá al desarrollo físico y mental óptimo del niño. En América Latina, el reemplazo fortuito e inopinado de la lactancia por una alimentación de adultos es pernicioso para el lactante y el preescolar. La magnitud que asume este problema en América Latina se demuestra en forma dramática al comparar los períodos de destete con los niveles de mortalidad del niño. En países donde el destete es temprano, el ápice de la curva de mortalidad se produce generalmente en el primer año de vida. En lugares donde la lactancia es prolongada, dicho ápice tiende a "posponerse" y recae en el segundo o tercer año de vida. El cuadro muestra las razones de mortalidad de niños menores de cinco años entre tres países latinoamericanos y los Estados Unidos de América.

No existen muchos estudios sobre la edad en que ocurre el destete en los países latinoamericanos, pero en Chile, por ejemplo, se acepta generalmente que la mayoría de los niños terminan el período de lactancia en los primeros meses de vida. En Guatemala, en cambio, el destete se produce al año de edad o aun más tarde. En Colombia, el período de lactancia es intermedio y dura generalmente entre 6 y 9 meses. En

comparación con las cifras de los Estados Unidos, se observa que los niveles más altos de mortalidad tienden a producirse en relación con el periodo del destete. En Chile, las cifras máximas de mortalidad ocurren en el grupo de edad de 6 a 11 meses, mientras que en Guatemala ocurren en el tercer año de vida. Colombia presenta una situación intermedia, con una probable máxima de mortalidad en el segundo año de vida.

Cuadro

RAZONES DE MORTALIDAD, POR EDADES, DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, ENTRE TRES PAISES LATINOAMERICANOS Y LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA, 1962

Edad	Razón		
	Chile/ E.U.A.	Colombia/ E.U.A.	Guatemala/ E.U.A.
Menores de 7 días.....	1,3	1,3	1,2
7 a 27 días.....	7,4	7,7	8,5
28 días a 5 meses.....	10,6	5,7	5,7
6 a 11 meses.....	13,3	13,4	14,3
1 año.....	11,9	18,4	28,8
2 años.....	6,4	} 11,3*	29,2
3 años.....	5,3		28,6
4 años.....	3,8		20,3

* Promedio para la edad de 2, 3 y 4 años.

Los factores que producen estos fenómenos son múltiples. El periodo de destete es a menudo relativamente breve y el niño pasa en forma brusca a una alimentación adulta levemente modificada, o si esta es inaceptable, a una alimentación intermedia de líquidos que a menudo contienen poca cantidad de proteínas. En muchos lugares de América Latina, la leche de vaca es un alimento muy escaso y caro; sin embargo, en el periodo del destete, la madre no tiene otra alternativa, ya que los alimentos especialmente preparados requieren una manipulación cuidadosa y a conciencia. Como quiera que se considere, la situación está llena de peligros para el niño. Por un lado, este pasa a un régimen alimenticio que tiene un valor nutritivo variable y que posiblemente el niño tolera mal. Por otro lado, pasa a una alimentación de escaso contenido de proteínas, que puede prolongarse indefinidamente si contrae infecciones

intestinales, lo que es corriente cuando la preparación de los alimentos no es higiénica.

La desnutrición severa se refleja en las tasas de mortalidad, y las formas menos severas se reflejan en el estancamiento del proceso de desarrollo de los niños que sobreviven a ella. Se ha demostrado que el niño latinoamericano se desarrolla y crece en forma similar al niño estadounidense en sus primeros seis meses de vida. Pero luego la tasa de crecimiento disminuye o permanece estacionaria y la modalidad de crecimiento se ajusta a esta tasa más baja. Después de un intervalo de algunos meses, se reanuda el crecimiento normal o acelerado y su modalidad se aproxima nuevamente a la tasa inicial más elevada; sin embargo, antes de alcanzarla, suele disminuir de nuevo y seguir un curso inferior, paralelo hasta la madurez.

Años preescolares

Indudablemente, el problema principal del niño preescolar en América Latina es la deficiencia proteico-calórica en la alimentación. Esta deficiencia es frecuente en las áreas periféricas, rurales y urbanas, de las regiones en vías de desarrollo y se manifiesta en su forma clásica de síndrome pluricarencial de la infancia (kwashiorkor) y marasmo, y más a menudo, en formas intermedias.

Aparte de la dieta, el factor condicionante de mayor importancia en la nutrición del niño es el conjunto de enfermedades infecciosas comunes a su edad. El niño se halla físicamente separado de la madre, quien, mientras tanto, tal vez ha tenido otro hijo. La vigilancia materna disminuye, mientras el niño se halla en contacto creciente con un medio muy contaminado: el suelo. Si el proceso del destete no ha sido satisfactorio desde el punto de vista alimentario, la desnutrición facilitará el proceso infeccioso. Situaciones como esta aparecen en estudios efectuados por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) en una población rural de Guatemala (Publicación Científica de la OPS No. 100). Estos estudios revelan que la incidencia de las enfermedades diarreicas agudas entre niños de uno a cuatro años de edad ascendió constantemente desde un índice de 98,8 casos anuales por cada 100 niños, bajo condiciones normales de nutrición, hasta 274,5 casos anuales por cada 100 niños, entre niños con desnutrición de tercer grado. Esta relación se mantuvo para cada una de las edades en el grupo de menores de cinco años.

Una vez declarada la enfermedad, la situación a menudo se hace más compleja por el desconocimiento de las medidas alimentarias adecuadas. En muchas regiones las diarreas y otras infecciones se combaten excluyendo los alimentos sólidos y administrando alimentos líquidos, que suelen ser soluciones muy diluidas de algún carbohidrato. Esta medida quizá ayude a contrarrestar la deshidratación, pero si su aplicación se prolonga, afectará gravemente el estado de nutrición del niño. Una vez superada la enfermedad, el niño deberá encarar un largo período

de recuperación sobre la base de su alimentación ordinaria, ya que por ignorancia o por pobreza no se mejora su régimen de comida en forma que apresure su restablecimiento. A menudo se presentan otros procesos infecciosos antes de que la recuperación sea completa, y el ciclo se repite a un nivel más bajo de equilibrio nutricional, y sigue ocurriendo hasta que sobreviene la muerte.

La magnitud exacta del problema de la nutrición no siempre se refleja en las cifras de mortalidad por enfermedad. La certificación médica de las defunciones en la América Latina es a menudo insuficiente, especialmente en las regiones rurales, donde los informes sobre la causa de muerte provienen de personal no calificado, que sólo puede reconocer las causas de muerte más comunes en la localidad. Generalmente lo que precipita la muerte del niño desnutrido es algún proceso infeccioso, y por esta razón las enfermedades infecciosas son las que se registran con más frecuencia como causa de muerte. Es más, aunque la desnutrición haya sido considerada como causa coadyuvante de la muerte por el personal profesional o no calificado que la certifica, las estadísticas nacionales no la toman en cuenta. Este hecho es de gran importancia para la planificación económica y sanitaria, pues la magnitud, y por lo tanto, la prioridad de un problema dado se determina conforme a la mortalidad, y no conforme a la morbilidad. Al no registrarse adecuadamente los problemas de nutrición, no ocupan un lugar de precedencia en los planes de salud para el niño preescolar.

Puesto que la mortalidad por desnutrición se ignora en gran parte debido a que suele registrarse sólo el proceso infeccioso que precipitó la muerte, conviene que el funcionario de salud pública emplee otros índices para estimar la gravedad del problema. Si se considera que el grupo de edad de 1 a 4 años es el más vulnerable a las deficiencias de la nutrición, resulta interesante observar, por ejemplo, la mortalidad por sarampión en este grupo, considerando que esta enfermedad tiene la misma incidencia y virulencia en todas las regiones del mundo donde es endémica y que hasta el momento no hay una terapia específica para tratarla.

En lugares donde prevalece la desnutrición la mortalidad a menudo es de 100 a 200 veces mayor--como Chile (104,7 por cada 100.000 habitantes), Guatemala (242,3) y el Perú (145,8)-- que en poblaciones bien alimentadas, como las del Canadá (1,4) y los Estados Unidos (1,2).

La mortalidad por enfermedades diarreicas en el mismo grupo de edad presenta características similares. En regiones donde predomina la desnutrición, la mortalidad causada por gastritis y enteritis (Colombia, 352,4 por cada 100.000 habitantes; Guatemala, 661,4 y México, 392,9) es de 100 a 200 veces mayor que en las regiones mejor alimentadas del Continente, como el Canadá (4,4) y los Estados Unidos (3,0). Es indudable que el saneamiento ambiental influye sobre estas enfermedades, pero es opinión general que la capacidad de sobrevivir y de recuperación dependen también del estado de nutrición del paciente.

Estos ejemplos dan una idea aproximada de la magnitud de la desnutrición y de su efecto en el niño preescolar y destacan la necesidad de considerar la desnutrición en sus relaciones con otras enfermedades endémicas en la región, y no como un fenómeno aislado.

Conclusiones

En esta exposición se ha tratado de enfocar los problemas de la nutrición en América Latina, en el contexto del medio en que ocurren. Algunos de los factores ambientales son fenómenos naturales, otros implican la falta de recursos económicos, y otros más reflejan limitaciones técnicas y administrativas. Muchos de ellos son problemas generales que afectan a toda la población de las regiones en vías de desarrollo, y no cabe esperar que se solucionen inmediatamente ni que sean superados tan sólo con mejorar las condiciones de nutrición de los habitantes. Sin embargo, la nutrición, quizá más que otras necesidades humanas, parece incorporar elementos de todos los problemas característicos de lo que hoy se conoce como desarrollo insuficiente o subdesarrollo.

Por lo tanto, es difícil concebir una técnica sencilla para hacer frente a los problemas de la nutrición. Nuestra tarea consiste en planificar y realizar un programa multifacético de nutrición, poniendo en juego todos los recursos disponibles, ya sean nacionales o supranacionales. Si a esta labor se le asigna un lugar preferente en el orden de prelación, de ella pueden emanar la dirección necesaria y los objetivos comunes que impulsen a organismos nacionales, bilaterales o internacionales a emprender en forma sistemática, bien planeada y coherente el logro de un mayor bienestar para la población del Hemisferio.
