

ASPECTOS INTERNACIONALES DE LA HIGIENE MATERNOINFANTIL

VARIACIÓN DE LOS PROBLEMAS SEGÚN LAS DIFERENCIAS DEL DESARROLLO TÉCNICO DE LOS PAÍSES^{1, 2}

LOUIS J. VERHOESTRAETE³, M.D., M.P.H.

*De la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud,
Washington, D. C.*

En este trabajo se trata de poner de relieve el contraste que presentan los problemas de la higiene materno-infantil entre los países, escasos en número, que han alcanzado un nivel técnico satisfactorio y aquellos otros cuyo nivel técnico es mucho más bajo. Esto parece más acertado que estudiar por separado los problemas de los países que se encuentran en diversos niveles de desarrollo técnico, por la enorme desproporción existente entre los dos grupos citados. En efecto, solo una quinta parte de la población mundial (1-4) vive en regiones en las que la tasa de mortalidad infantil conocida es inferior a 50 defunciones por 1.000 nacidos vivos. Otra quinta parte habita regiones cuyas tasas oscilan entre 50 y 100, y por lo menos tres quintas partes de la población del mundo habitan en zonas cuyas tasas, conocidas o estimadas, exceden de 100 por 1.000 nacidos vivos. Es más; las cifras relativas a muchas de las regiones menos desarrolladas se basan en datos muy incompletos, y bien cabe suponer que las tasas reales sean todavía mayores.

Los niños representan una importante fracción de la población mundial, pues aproximadamente el 35% de los habitantes son menores de 15 años. La división por edades que aparece en la Fig. 1 y en el Cuadro No. 1 ofrece un cuadro bastante im-

presionante del contraste que existe entre las regiones desarrolladas y las menos desarrolladas. Estas últimas tienen una población mucho más joven con aproximadamente 40% de menores de 15 años, mientras que en los países más desarrollados la cifra de los menores de 15 años desciende a 25% al mismo tiempo que aumenta la población más vieja. En estas cifras influye mucho la diferencia entre las tasas brutas de natalidad y mortalidad. En las regiones más desarrolladas hay aproximadamente 20 nacimientos y 10 defunciones por 1.000 habitantes, lo que representa un aumento natural de la población de un 10 por 1.000 cada año. En las regiones menos desarrolladas los nacimientos varían entre 40 y 50 por 1.000 habitantes, y las defunciones entre 20 y 30, lo que supone un incremento anual de la población de 20 por 1.000 habitantes.

En la Fig. 2 y en el Cuadro No. 1, que muestran el porcentaje de distribución de defunciones en los diversos grupos de edad, es todavía más sorprendente el contraste de al merma de vidas de la niñez. Hay algunas diferencias considerables entre los tres continentes, aunque, como es natural, influye en ellas la calidad de los datos a nuestro alcance. Sin embargo, a pesar de estas disparidades, son enormes las diferencias de la proporción de defunciones de personas de menos de 15 años. Es más; el diagrama muestra claramente la elevada pérdida de vidas del grupo de edad de 1 a 4 años en las regiones menos desarrolladas económicamente, pérdida que es mucho mayor de lo que pudiera explicarse por las diferencias en la distribución por grupos de edad de la población total. Lo que verdaderamente llama la atención son las cifras sumamente bajas

¹ Presentado a las Secciones de Alimentación y Nutrición, Higiene Materno-infantil y Enfermería de Salud Pública de la Asociación Americana de Salud Pública, en Kansas City, Missouri, el 15 de noviembre de 1955.

² Publicado en inglés en *American Journal of Public Health*, enero, 1956.

³ El autor agradece la valiosa ayuda prestada por la Sección de Epidemiología y Estadística de la Oficina Sanitaria Panamericana en el análisis y presentación de los datos.

FIG. 1.—Distribución de la población mundial por edades y regiones de acuerdo con los censos o estimaciones recientes.

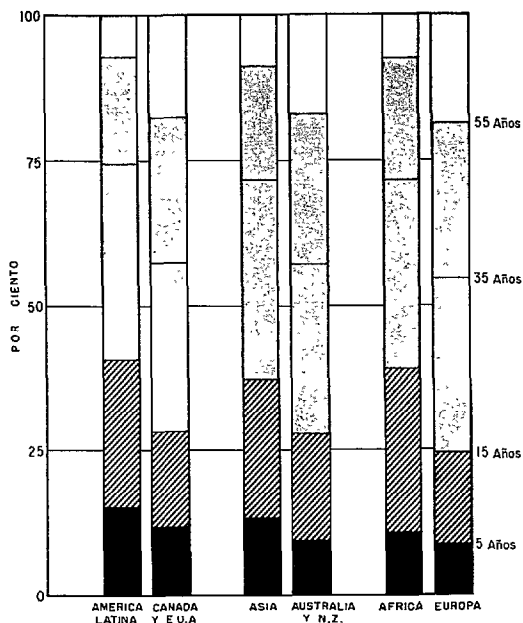
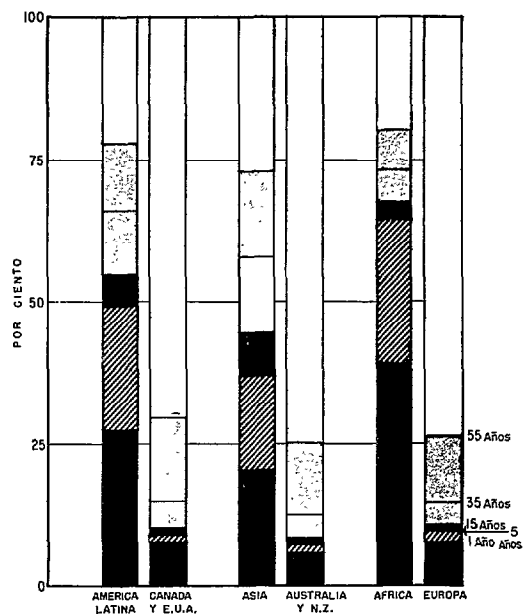


FIG. 2.—Distribución de las defunciones por edades y regiones del mundo, 1952.



CUADRO NO. 1.—Distribución porcentual de la población^a y de las defunciones^b por grupos de edad en regiones del mundo 1952.*

Grupos de edad, en años	Población ^a						Defunciones ^b					
	América Latina	Canadá y Estados Unidos	Asia	Australia y Nueva Zelanda	África	Europa	América Latina	Canadá y Estados Unidos	Asia	Australia y Nueva Zelanda	África	Europa
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Menos de 5	15,3	11,8	13,4	9,5	10,8	9,0	49,1	8,9	36,8	7,3	64,4	10,0
De 5 a 14	25,2	16,6	24,0	18,3	28,2	15,7	5,9	1,3	7,5	1,1	3,0	1,0
De 15 a 34	33,9	29,0	34,2	29,4	32,4	29,9	11,2	4,6	13,4	4,2	5,6	3,9
De 35 a 54	18,3	25,5	19,6	25,6	21,0	26,6	11,8	14,8	15,3	12,5	7,2	11,7
55 y más	7,3	17,1	8,8	17,2	7,6	18,8	22,0	70,4	27,0	74,9	19,8	73,4

* Para los países de los que no se disponía de cálculos para 1952 se usaron los de los últimos censos de población.

^a Se dispuso de datos de población por grupos de edad de 16 países de América Latina (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela); 9 de Asia (Birmania, Ceilán, India, Israel—población judía—, Japón, Filipinas, Corea del Sur, Tailandia y Turquía); 9 de África (Argelia, Basutolandia, Bechuanalandia, Egipto, Costa de Oro, Mauricio, Marruecos, Guinea, Portuguesa y Zanzíbar), y 17 de Europa (Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Islandia, Irlanda, Italia, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, República Federal de Alemania, Suecia, Suiza y Yugoslavia).

^b Sólo se contó con datos sobre defunciones por grupos de edad de 8 países de América Latina (Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Perú, y República Dominicana); 10 de Asia (Ceilán, Chipre, Formosa, India, Israel—población judía—, Japón, Federación Malaya, Filipinas, Singapur y Tailandia); 2 de África (Egipto, localidades con oficina de sanidad y Mauricio), y 15 de Europa (Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Islandia, Italia, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, República Federal de Alemania, Suecia y Suiza).

de defunciones infantiles en estos grupos de edad, en los países desarrollados. Esto nos ayuda a comprender la enorme diferencia de la esperanza de vida en los dos citados grupos de diferentes condiciones económicas; así, en el momento de nacer, la esperanza de vida es de 68 años en los países más desarrollados y aproximadamente de 30 en las regiones menos desarrolladas.

Las Figs. 3 y 4 presentan un interesante ejemplo de paralelismo entre el tiempo y la geografía. La Fig. 3 nos muestra la distribución de las tasas específicas de mortalidad por grupos de edad en los Países Bajos (5), en cuatro intervalos, durante los últimos 45 años. El sostenido mejoramiento que se refleja a lo largo de todo el período de la vida, ha sido paralelo al mejoramiento económico general, a la elevación del nivel de vida y de las condiciones sanitarias, y a los constantes progresos de la medicina y de la organización de salud pública. La Fig. 4 muestra una distribución similar de tasas específicas por grupos de edad en cuatro

países seleccionados de las Américas (3-6) que se encuentran en diversas fases de desarrollo. La semejanza con la figura anterior es manifiesta. No es posible llevar la comparación demasiado lejos, pero es lícito suponer que lo conseguido en los Países Bajos con el transcurso del tiempo, puede lograrse también en los tres países latinoamericanos.

La Fig. 5 presenta la tendencia observada durante los últimos 40 años, en lo que respecta a la mortalidad maternoinfantil, en tres de los países más desarrollados y en tres menos bien desarrollados (1, 6-12). El hecho más notable es que, tanto en lo que se refiere a la mortalidad materna como a la infantil, los cambios de tendencia observados en esos países son aproximadamente paralelos, aunque corresponden a niveles muy diferentes. Sin embargo, es importante señalar que alrededor de 1935 hubo un definido cambio de tendencia de las tasas de mortalidad materna, si bien no se experimentó un cambio correlativo de las tasas de mortalidad

FIG. 3.—Mortalidad por grupos de edad en los Países Bajos en cuatro periodos, 1908-1910, 1923-1925, 1937-1939 y 1950-1952.

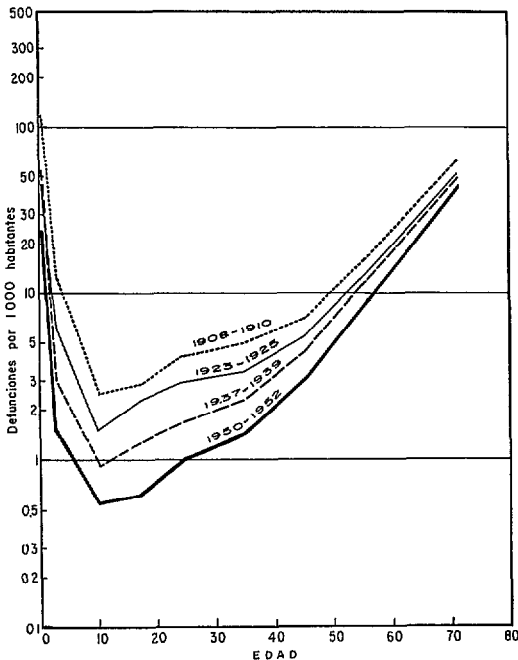


FIG. 4.—Mortalidad por grupos de edad en cuatro países seleccionados de las Américas, 1952.

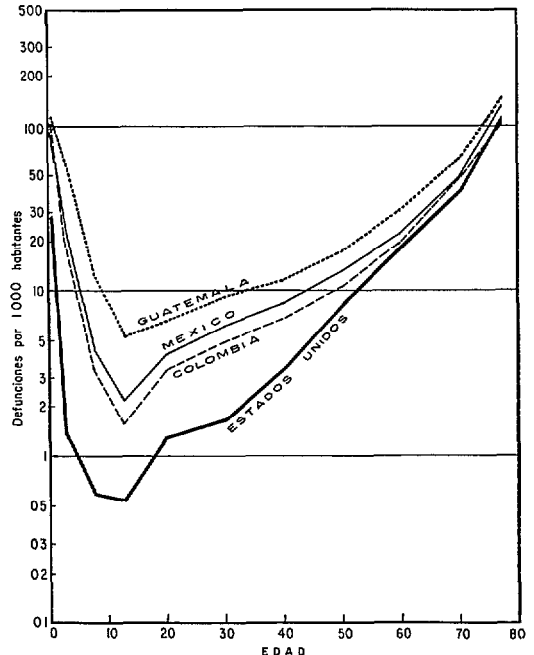
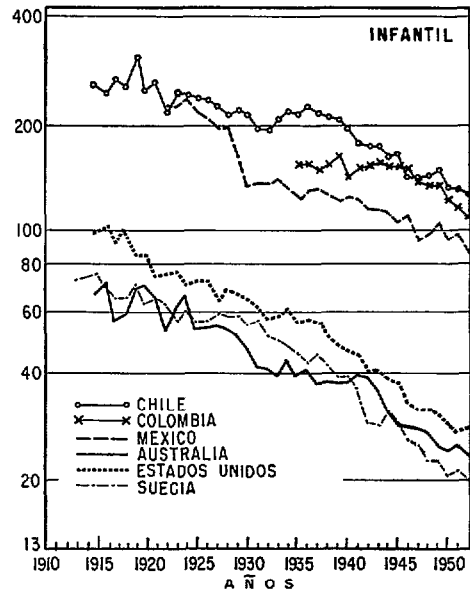
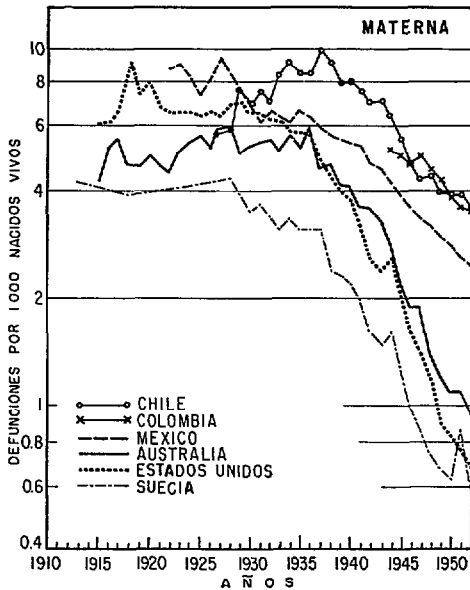


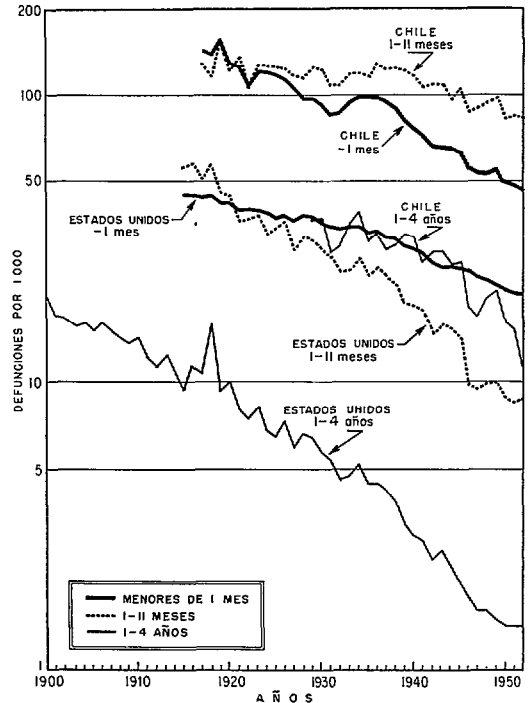
Fig. 5.—Mortalidad materna e infantil en seis países seleccionados del mundo, 1910-1952.



infantil. Es sabido que el cambio de la tendencia de la mortalidad materna fué verdadero en los países más desarrollados, aunque en distintos grados, en lo que respecta a las tres causas principales de defunciones puerperales—es decir, la infección, la hemorragia y la toxemia—y fué concomitante de los grandes progresos hechos en quimioterapia y en antibióticos, así como de la mejor y más amplia organización de los cuidados prenatales y de la adopción de prácticas más avanzadas en los partos. En los tres países menos bien desarrollados se observa también la misma disminución de la mortalidad materna, pero no se registra un cambio paralelo de la mortalidad infantil. Esto no es sorprendente porque las causas de la mortalidad infantil son más variadas y se prestan menos a ser atacadas de una manera específica y directa por los servicios de salud pública cuando no existe un mejoramiento general de las condiciones sociales y económicas.

La Fig. 6 muestra los cambios de la mortalidad en Chile (8) y Estados Unidos (12), en los niños de menos de un mes, en los de 1 a 11 meses y en los de 1 a 4 años, durante el período de 1900 a 1952. Chile es uno de

FIG. 6.—Tasas de mortalidad* de menores de un mes, 1-11 meses y 1-4 años en Chile y Estados Unidos, 1900-1952.



* De menores de un mes y de 1-11 meses por 1,000 nacidos vivos; de 1-4 años por 1,000 habitantes de la misma edad.

los países elegidos para los fines de comparación por sus estadísticas relativamente fidedignas, aunque hay muchas regiones en el mundo que probablemente son más representativas de la situación en este aspecto. El hecho de que la mortalidad de los niños de 1 a 4 años, siga estando en Chile en el mismo nivel que la mortalidad de los niños de menos de un mes en los Estados Unidos, refleja la gran diferencia de las condiciones existentes en estos dos países. Es más; en Estados Unidos la mortalidad neonatal ha pasado en importancia, desde hace largo tiempo, a la de los niños de 1 a 11 meses, y ha venido a ser el problema más serio. Por el contrario, en Chile, la mortalidad de los niños de 1 a 11 meses sigue siendo muy superior a la neonatal, lo que indica la necesidad de atacar nuevamente las principales causas de mortalidad infantil que pueden ser contrarrestadas más fácilmente. Por último, el acentuado descenso de la mortalidad de los niños de 1 a 4 años, en los Estados Unidos, muestra que, a medida que mejoran las circunstancias, se pueden eliminar casi por

CUADRO No. 2.—Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, defunciones de 1-4 años por 1.000 habitantes y razones en 10 países seleccionados, 1952.

País	Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	Mortalidad 1-4 años por 1.000 habitantes	Razón*
Bélgica	44,8	1,7	26
Estados Unidos	28,4	1,4	20
Suecia	20,0	1,1	18
Chile	133,6	11,2	12
Japón (1951)	57,5	8,3	7
Venezuela	78,9	12,5	6
México	89,8	24,7	4
Egipto*	161,9	47,1	3
Ceilán	78,4	23,4	3
El Salvador	85,5	36,7	2

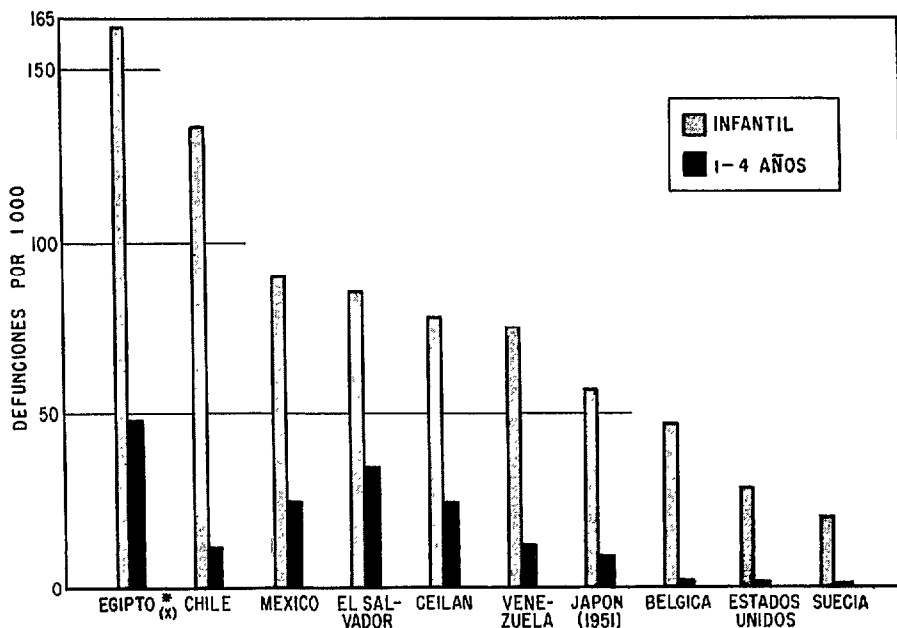
* La tasa de mortalidad infantil dividida por la tasa de mortalidad de los niños de 1-4 años.

* Localidades con oficina de sanidad.

completo las causas de las defunciones de la niñez.

Otra forma de examinar este contraste consiste en comparar las razones de las tasas de mortalidad correspondientes al primer

FIG. 7.—Mortalidad infantil y en el grupo de edad de 1 a 4 años en 10 países del mundo, 1952.



* Localidades con oficinas de sanidad.

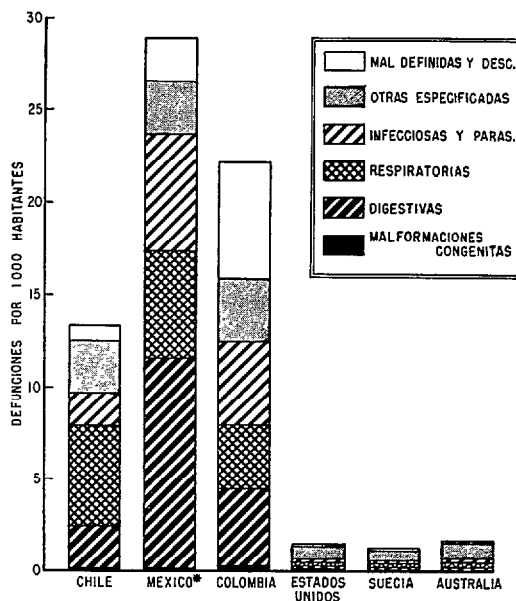
(x) 1 a 4 años, población calculada.

año, con las de los siguientes 4 años de vida, como se hace en la Fig. 7 y en el Cuadro No. 2. En los Estados Unidos, por ejemplo, la razón de una a otra tasa es de 20 a 1, mientras en un país como Ceilán es solamente de 3 a 1. La razón aumenta a medida que disminuyen ambas tasas, lo que corrobora, en consecuencia, la deducción de que la mortalidad es más fácil de reducir en el grupo de edad de 1 a 4 años.

Las principales causas de defunción en estos dos grupos de edad son objeto de un nuevo análisis en las Figs. 8 y 9. El gran descenso observado en los países de baja mortalidad entre las edades de 1 a 4 años se manifiesta en todos los grupos principales de causas de defunción, es decir, en las enfermedades gastrointestinales, respiratorias, infecciosas y parasitarias, todas las cuales son fáciles de prevenir y dependen esencialmente de circunstancias ambientales. La mortalidad de los niños de menos de un año presenta un cuadro diferente. En este caso, las mismas causas de mortalidad que se pueden dominar mediante cambios ambientales se redujeron también casi a un mínimo en los países desarrollados, mientras las causas de la mortalidad neonatal sólo se han reducido parcialmente.

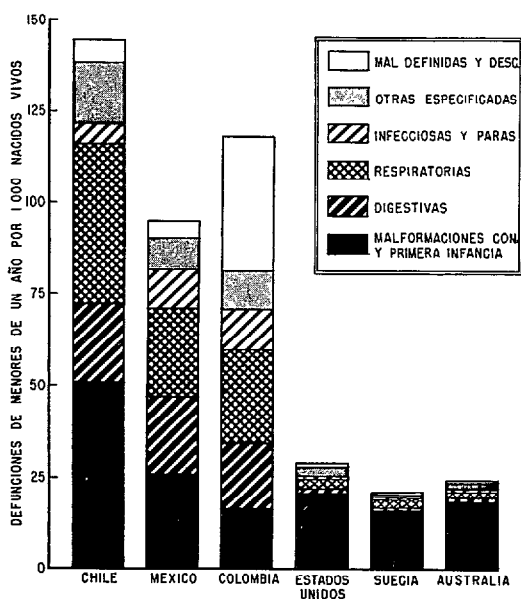
La medida en que los factores ambientales influyen en la mortalidad de los grupos de edad seleccionados se representa gráficamente en la Fig. 10, que muestra los cambios en los Países Bajos (5, 13) en lo que respecta a diversos sectores de la mortalidad de los niños como resultado de las condiciones de extrema pobreza reinantes durante los 5 meses que precedieron al cese de las hostilidades en Europa, de la Segunda Guerra Mundial. El hecho más notable es que la mortalidad de los niños de menos de una semana no experimentó casi ningún cambio, mientras la mortalidad en los demás grupos de edad, en particular en los de una a tres semanas, de 1 a 11 meses y de 1 a 4 años experimentó un aumento considerable. Así, la mortalidad de niños de 1 a 11 meses alcanzó un nivel bastante superior al de la mortalidad neonatal, retro trayendo a los

FIG. 8.—Mortalidad en el grupo de edad de 1 a 4 años, por causas, en seis países seleccionados del mundo, promedio de 1950-1952.



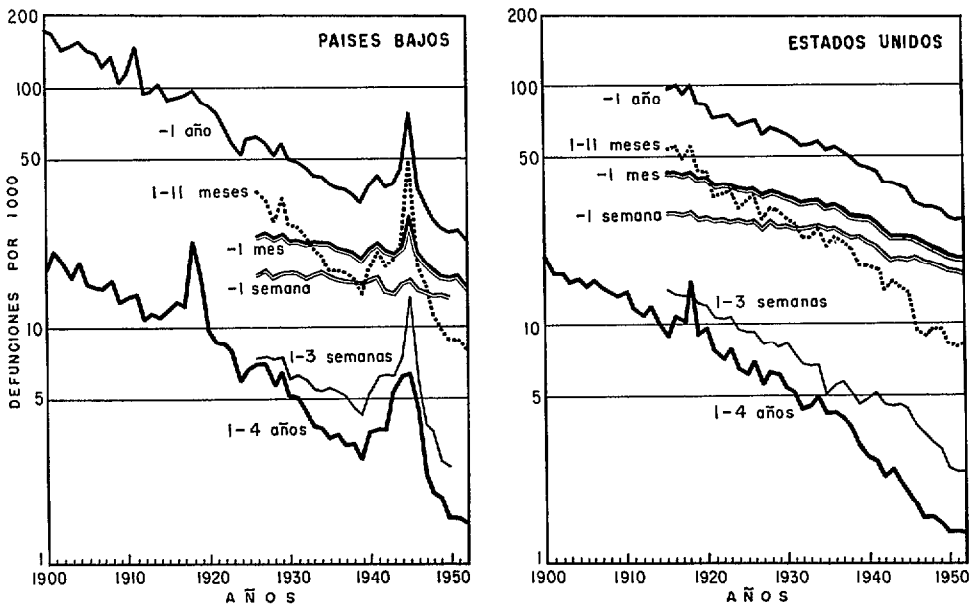
* El cálculo de las causas se basó en la distribución de las defunciones de 1950-1951.

FIG. 9.—Mortalidad infantil por causas, en seis países seleccionados del mundo, promedio de 1950-1952.



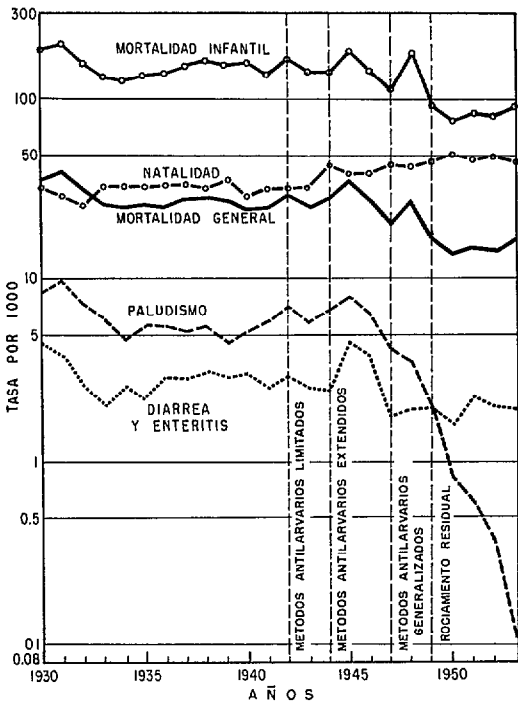
Países Bajos al grado de mortalidad infantil de 25 años atrás.

FIG. 10.—Tasas de mortalidad* de menores de una semana, de 1-3 semanas, de menores de un mes, de 1-11 meses, de menores de un año y de 1-4 años, en los Países Bajos y los Estados Unidos, 1900-1952.



* Por 1.000 habitantes de 1-4 años; por 1.000 nacidos vivos en los otros grupos.

FIG. 11.—Tasas* de natalidad y mortalidad en la isla Mauricio, 1930-1953.



* La mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos; las otras tasas por 1.000 habitantes.

La Fig. 11 revela la importancia de los aspectos específicos del programa general en cuanto a los cambios experimentados por la mortalidad infantil en Mauricio (14), una isla del Océano Indico con una población aproximada de medio millón de habitantes. Las campañas intensivas y específicas que allí se llevaron a cabo contra el paludismo trajeron aparejado un descenso espectacular de las defunciones. A la vez se observa un descenso de proporciones considerables de la mortalidad infantil, pero si bien se aprecia alguna disminución de las defunciones por diarrea y enteritis, no es tan grande como la de la mortalidad infantil total. Como es sabido que el programa antipalúdico fué el único cambio de importancia que experimentaron los servicios médicos y de salud pública durante este período, parece que éste es otro ejemplo de los benéficos efectos de un programa específico sobre la mortalidad infantil.

Las grandes diferencias en cuanto a cantidad de calorías disponibles y particularmente de proteínas (15) en las diversas partes del mundo viene siendo objeto de creciente atención.

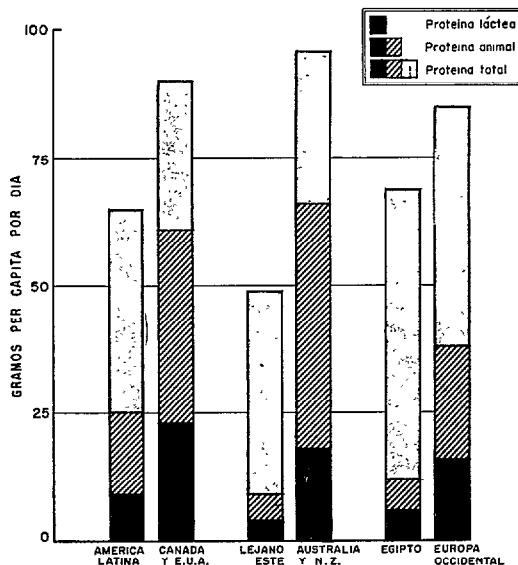
En la Fig. 12 y en el Cuadro No. 3 se sugiere la posible relación de los hechos ya expuestos con la desnutrición, mediante la distribución total del consumo de proteínas (16), y especialmente de proteínas animales y lácteas en distintas partes del mundo. Esto da alguna idea de la gran disparidad de las cantidades de proteínas animales disponibles y particularmente de leche. Nos permite comprender las dificultades que se presentan en muchas regiones durante el período de destete y el inmediatamente posterior a éste, de evitar el desarrollo de la enfermedad, por deficiencia de proteínas, llamada síndrome pluricarencial infantil. Esta situación es probablemente la causa directa de una parte de la mortalidad de los infantes y niños de tierna edad no identificada en los actuales datos estadísticos sobre las causas de defunción, y constituye, sin duda, un intenso factor de debilitación que predispone al infante y al niño de corta edad a sufrir los efectos de otros importantes riesgos de enfermedad.

CONSIDERACIONES

De los datos que preceden se desprende claramente que, en las regiones menos desarrolladas, la forma de lograr la creciente supervivencia de la población infantil se encuentra estrechamente relacionada con aquellos programas que, al margen de los consejos personales a la madre y a la familia, tienden al control de las enfermedades transmisibles principales y al mejoramiento del saneamiento básico y de la nutrición. En último término, esto forma parte, y depende, de un amplio programa de progreso social. Por lo tanto, si bien se ha de prestar una atención preferente a las medidas que tiendan a incrementar la supervivencia infantil más allá del período neonatal, estos programas han de promover también, como es natural, la supervivencia de los niños, de cualquier edad, que puedan ser víctimas de las mismas causas de defunción.

En contraste con esto, los países técnicamente adelantados tienen programas que, con la solución de los problemas mencionados anteriormente, tienden, de un modo esencial,

FIG. 12.—Promedio del consumo de proteína, total, animal y láctea por regiones del mundo, 1953-1954.



Fuente: *The State of Food and Agriculture*; 1955, FAO, Naciones Unidas.

CUADRO No. 3.—Consumo de proteína total animal y láctea por regiones del mundo, promedio de gramos per capita por día, 1953-1954.

Región	Proteína total	Proteína animal	Proteína láctea
América Latina ^a	65	25	9
Canadá y Estados Unidos	90	61	23
Lejano Oriente ^a	49	9	4
Australia y Nueva Zelandia	96	66	18
Egipto	69	12	6
Europa Occidental ^a	85	38	16

Fuentes: Estimaciones obtenidas de las gráficas de las publicaciones *The State of Food and Agriculture* (16); y *Statistical Yearbook* (2).

^a Sólo se contó con datos de los siguientes países: *América Latina*: Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México, Perú, Uruguay y Venezuela; *Lejano Oriente*: Ceilán, Filipinas, India, Japón y Pakistán; *Europa Occidental*: Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, República Federal de Alemania, Suecia, Suiza y Yugoslavia.

al dominio de los factores de desarrollo y de los relacionados con los accidentes del embarazo y del parto. En realidad, en esos países los programas de higiene maternoinfantil se orientan hacia el período perinatal,

y están encaminados a salvar más vidas de niños mediante medidas preventivas aplicadas durante el embarazo y en el momento del parto. Tales programas presuponen la existencia de unos servicios avanzados de salud pública en general y de higiene maternoinfantil específico, así como la disponibilidad de especialistas muy competentes, instalaciones, equipo, procedimientos técnicos y partidas del presupuesto a la medida de las necesidades.

No hay que olvidar, sin embargo, que en los países económicamente menos desarrollados la parte de mortalidad perinatal debida a los llamados factores inherentes es, en términos absolutos, mayor que en los países desarrollados, aunque proporcionalmente sea menos manifiesta. Por otra parte, muchos de estos factores se hallan influidos por el mejoramiento de las condiciones higiénicas resultante de la aplicación de programas preventivos. Un ejemplo típico es el efecto de la desnutrición en el incremento de niños prematuros y de defunciones fetales y en el descenso del promedio del peso al nacer.

Al contrario de lo que ocurre con los problemas de la salud de la infancia, los problemas específicos planteados por el embarazo y el parto, dependen menos directamente de la seguridad del medio en general. Esto se debe indudablemente al hecho de que las mujeres, como adultos, han luchado ya con las deficiencias y han conseguido ajustarse al medio en cierta medida. En consecuencia, a falta de grandes avances en las condiciones generales de vida, en las zonas técnicamente menos adelantadas, se podrían poner en práctica más fácilmente y con cierto éxito, programas que tiendan a la prevención de la mortalidad materna.

Las regiones técnicamente menos adelantadas del mundo se enfrentan, al ampliar sus programas sanitarios, con una serie de obstáculos que son comunes a todas ellas. Consisten éstos esencialmente en una seria escasez de servicios de salud pública, de médicos y de saneamiento, así como de personal profesional y auxiliar, habiendo, ade-

CUADRO No. 4.—Población calculada por médico, por enfermera y por partera en diversas zonas mundiales,* agrupadas con arreglo a la mortalidad infantil.

Mortalidad infantil	Población por		
	Médico	Enfermera	Partera
De menos de 50 por 1.000 nacidos vivos	900	500	1.900
De 50 a 99 por 1.000 nacidos vivos	1.600	2.600	4.400
De 100 o más por 1.000 nacidos vivos	4.100	8.100	18.400

* Zonas en las que se dispone de datos sobre el personal y la mortalidad infantil.

más, graves defectos de distribución entre las zonas urbanas y las rurales. Como la falta de médicos y de enfermeras es particularmente grave para el desenvolvimiento del programa de higiene maternoinfantil, en el Cuadro No. 4 se intenta poner de relieve esta cuestión (17, 18). Sin embargo, el Cuadro no revela la mala distribución de los servicios urbanos y rurales, ni da idea de la magnitud del problema en ciertas áreas; así en Indonesia, hay aproximadamente un médico por cada 70.000 habitantes, y en el Brasil, no hay más que una enfermera diplomada por cada 46.000 habitantes. Este estado de cosas hará necesario en la mayoría de los casos el uso amplio de los servicios de personal auxiliar, especialmente en lo que se refiere a la enfermería, y exige que se le preste atención a la partera empírica rural, cuyos servicios seguirán siendo necesarios durante muchos años.

En las zonas urbanas, con cierto aumento de los recursos y mejoras de los servicios disponibles y de la eficiencia del personal, se podrían poner en marcha rápidamente programas de expansión de los servicios sanitarios similares a los que se han llevado a cabo en los países occidentales. Sin embargo, en el medio rural, las actividades de higiene maternoinfantil, integradas en el programa general de salud pública, tendrán que ser desarrolladas por ahora, en muchos casos, por un grupo de trabajadores sanitarios con

un adiestramiento inferior al normal, tales como enfermeras semiprofesionales, parteras empíricas, maestros y ayudantes sanitarios, sin que muchas veces se pueda disponer de otro asesoramiento médico que no sea el prestado durante el curso de unas visitas; también será limitada la ayuda que se reciba de la colectividad. Por lo tanto, reconociendo las limitaciones de personal en dichas áreas, los programas de higiene materno infantil deben tener en ellas unos objetivos bien definidos y limitados, en lugar de tratar de abarcar demasiado.

A continuación se sugieren diversos puntos considerados de interés. Por lo que se refiere al programa de atención a la maternidad, se necesita, en primer término, ampliar los servicios de supervisión prenatal a fin de que alcancen al mayor número posible de mujeres embarazadas, así como aumentar los medios hospitalarios destinados esencialmente a las anormalidades del embarazo y del parto. Tal programa comprende el empleo de parteras empíricas rurales para que atiendan los partos normales, facilitándoles nuevos conocimientos en cuestiones de higiene y organizando su supervisión a través de los centros sanitarios. De acuerdo con las circunstancias, este programa se puede combinar con un aumento de los partos normales en los centros de maternidad. Sin embargo, esta parte del programa no debe recibir la máxima atención hasta el punto de que redunde en detrimento de otros aspectos del mismo.

En cuanto al programa de atención de los infantes y niños de edad preescolar, es importante reconocer que la alimentación al pecho de la madre es el medio mejor y más seguro para salvarles la vida cuando las condiciones ambientales son deficientes; la ventaja de ese medio de nutrición se refiere tanto a la inocuidad del alimento como a la prevención de defunciones originadas por enfermedades diarreicas. Así, pues, es especialmente importante que, en nuestro celo por poner en práctica nuevas ideas de sanidad e higiene, no quebrantemos los hábitos existentes de alimentación de los niños al

pecho materno. Los problemas nutricionales del período del destete y del posterior a éste tienen más importancia en las zonas insuficientemente desarrolladas, y es muy necesario mejorar la nutrición de la madre lactante para que, a su vez, pueda alimentar mejor a su hijo. Es más; una alimentación suplementaria temprana del infante, con proteínas animales o vegetales, según las posibilidades existentes, es necesaria y con frecuencia imperativa, pero debe ser verdaderamente suplementaria, sin tratar de que substituya a la nutrición al pecho en la temprana edad de cinco a seis meses.

La gravedad de las enfermedades diarreicas en las zonas técnicamente menos adelantadas se evidencia por la observación de que, de 18 países de las Américas (19) que notificaron las correspondientes tasas en 1952, hubo ocho en los que dichas dolencias fueron la principal causa de defunción en todas las edades, y doce en los que figuraron entre las cinco primeras causas. Bien sabemos que la mayor parte de estas defunciones son de niños de menos de 5 años, y al parecer la mayoría se deben a infecciones específicas, siendo probablemente la shigelosis la principal de ellas. Datos recientes (20, 21) indican que el aumento del agua disponible es más importante para prevenir la propagación de las enfermedades diarreicas que la obtención de un elevado nivel de saneamiento del agua en aquellos casos en que sólo se dispone de ésta en limitada cantidad. Esta observación influirá, sin duda alguna, en la política que se siga en lo futuro en las zonas rurales. En aquellos niños que han contraído la enfermedad, el principal factor que contribuye a la muerte es la rápida deshidratación. Esto es algo que se debe hacer saber a todos los trabajadores profesionales relacionados con el programa. La enseñanza de métodos sencillos de rehidratación, tales como la pronta ingestión de agua con azúcar y sal, o de una simple mezcla de glucosa y electrolitos, que se puede recomendar y aplicar con seguridad por enfermeras semiprofesionales y auxiliares, puede reducir, en un programa para áreas rurales, la letalidad por disentería.

Si bien al parecer los servicios de higiene escolar, en una edad en que la mortalidad es relativamente baja, pudieran tener prioridad inferior en los países menos desarrollados, también es cierto que la escuela ofrece oportunidad sin igual para llegar a las familias, así como para atacar enfermedades específicas que predominen en dichas zonas. Es más; la labor docente de la escuela es el mejor medio de que las generaciones futuras conozcan mejor la importancia de una vida saludable.

Hasta aquí los comentarios se han restringido a los problemas de supervivencia y de enfermedad física. Sin embargo, el programa de higiene materno-infantil va mucho más allá. Ha tenido que transcurrir mucho tiempo para que los países técnicamente adelantados comprendieran la importancia de un programa que tienda, no sólo a la supervivencia y a la protección contra las enfermedades físicas, sino también al estímulo de un desarrollo armonioso del niño para la edad adulta. Este concepto amplía considerablemente el programa y lo relaciona con ciertas consideraciones filosóficas referentes a la organización de colectividades, en que se basa la definición de la salud enunciada por la OMS. Como nuestros actuales conocimientos de los factores psicológicos y emotivos relacionados con el crecimiento y el desarrollo necesitan aún muchas aclaraciones, es necesario proceder con cautela al examinar la situación reinante en las regiones menos desarrolladas económicamente. En realidad, todas las regiones tienen unas normas definidas de criar a los niños, y no debemos aplicar con demasiado rigor nuestras ideas actuales para enjuiciar a quienes piensen de distinta manera.

Con frecuencia nos encontramos con importantes obstáculos para la aplicación de los conocimientos modernos relativos a la prevención de enfermedades, surgidos de los prejuicios asociados con la manera de criar a los niños en muchas regiones no pertenecientes a la cultura occidental. Por otra parte, en las mismas regiones se pueden encontrar buenos ejemplos de circunstancias

favorables debidas a la estrecha relación que existe entre la madre y su hijo pequeño y dentro del actual sistema familiar. Aunque existe una inclinación a exagerar los problemas de la higiene mental de los países muy industrializados, por la creciente atención de que están siendo objeto, es evidente que la forma en que el patrón de vida familiar de la cultura occidental se ha desenvuelto en esas zonas industriales en rápido proceso de expansión, origina cierto número de problemas que hoy es preciso abordar.

La diferencia entre los actuales sistemas de vida puede explicar por qué en los países menos desarrollados las mujeres, a la vez que necesitan sin lugar a dudas aprender los principios de la higiene y recibir asesoramiento para librarse de muchos prejuicios peligrosos para la supervivencia de sus hijos, parecen tener una mayor capacidad para amoldarse, sin dificultades, al embarazo y al parto en perspectiva, y muestran mayor facilidad para establecer rápidamente sólidas relaciones emotivas con sus hijos recién nacidos; en las mismas circunstancias, las mujeres occidentales parecen necesitar hoy, con mayor frecuencia, orientación y asistencia profesionales. Por ello hay que proceder con precaución al promover las formas occidentales de crianza de los niños, formas que están siendo constantemente objeto de nuevos análisis por la ciencia social para determinar sus efectos en la familia y en la sociedad.

Creemos estar muy seguros de la manera de cómo mejorar las condiciones de la salud física de las madres y de los niños en las zonas menos desarrolladas económicamente. La cuestión de las prácticas seguidas para criar a los niños, reconocidas como la base fundamental del futuro desarrollo armónico del individuo, se presta a conclusiones igualmente interesantes tanto en las zonas desarrolladas como en las que no han alcanzado un desarrollo completo.

RESUMEN

1. En este trabajo se establece un contraste entre los problemas de la higiene ma-

ternoinfantil en los países en que vive solamente una quinta parte de la población mundial, y tienen una mortalidad infantil de menos de 50 defunciones por 1.000 nacidos vivos, y los de aquellos otros en que viven tres quintas partes de la población del mundo y tienen una mortalidad infantil superior a 100 defunciones por 1.000 nacidos vivos.

2. En los países menos desarrollados económicamente la elevada mortalidad afecta a los niños de todas las edades y especialmente a los del grupo de edad de 1 a 4 años. La causa principal de esta mortalidad son las enfermedades gastrointestinales, las respiratorias, las infecciosas y parasitarias, todas fáciles de prevenir y casi completamente eliminadas en los países desarrollados. Aunque en los datos estadísticos no es aparente, la influencia de la desnutrición sobre la mortalidad es importante.

3. La reducción de estas causas evitables requiere tanto una expansión intensiva del programa general de salud pública como el desarrollo de servicios específicamente dedicados a la higiene maternoinfantil. Tales servicios faltan sobre todo en las zonas rurales de los países menos desarrollados donde el programa maternoinfantil sólo puede progresar lentamente. En consecuencia, se propone que, en tales circunstancias, en vez de ensayar un programa que lo abarque todo, se preste atención a determinados aspectos, tales como la alimentación de los niños al pecho materno como el medio más seguro de salvarles la vida, poniendo de relieve, al mismo tiempo, la importancia de una alimentación suplementaria a base de proteínas animales y vegetales, de agua abundante para reducir la propagación de las enfermedades diarreicas y de la prevención de tales defunciones mediante una pronta rehidratación.

4. El programa de higiene maternoinfantil va mucho más allá de los métodos de prevenir las enfermedades y defunciones, en los que se hallan muy adelantados los países de un alto desarrollo económico, pues tiende simultáneamente a estimular el armonioso crecimiento y desarrollo del niño hasta

alcanzar la edad adulta. En este sentido, las zonas menos desarrolladas no parece que se encuentren, sólo por ello, en una situación desventajosa.

REFERENCIAS

- (1) Naciones Unidas: *Demographic Yearbook*, Nueva York, 1952, 1953, 1954.
- (2) Naciones Unidas: *Statistical Yearbook*, Nueva York, 1954.
- (3) Organización Mundial de la Salud: *Annual Epidemiological and Vital Statistics*, 1952.
- (4) Oficina Sanitaria Panamericana: *Resumen de los Informes de los Estados Miembros, 1950-1953*, 1954.
- (5) De Haas, H.: *Data for the Netherlands on death rates by age*. Comunicación personal.
- (6) Organización Mundial de la Salud: *Epidemiological and Vital Statistics Report*, Vol. 7, No. 2, 1954.
- (7) Australia, *Official Year Book of the Commonwealth, 1927-1939*.
- (8) Chile, Servicio Nacional de Estadística y Censos: *Demografía*, 1952.
- (9) Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística: *Anuario General de Estadística, 1951-1952* e informes anteriores.
- (10) México, Dirección General de Estadística: *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos*, 1953 e informes anteriores.
- (11) Suecia, Statistiska Centralbyrån: *Statistisk Årsbok för Sverige, 1931-1939*.
- (12) Estados Unidos, Oficina Nacional de Estadísticas Vitales: *Infant and Maternal Mortality Statistics*, Special Reports, Vol. 40, No. 13, 1952.
- (13) Posthuma, J. H.: *Perinatale Sterfte in Nederland en andere landen 1926-1950*, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, No. 11-12, 29 de mayo de 1953, pp. 273-292.
- (14) Mauritius: *Annual Report of the Registrar General on Births, Deaths and Marriages, 1924-1953*.
- (15) Chatfield, C., Scott, M. L., y Mayer, J.: *Changes in World Consumption of Calories and Proteins over the Last Decade*, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, No. 2, abril, 1950.
- (16) Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación: *The State of Food and Agriculture*, 1955.
- (17) Troupin, J. L.: *Medical Schools and Physicians*, *Bulletin World Health Organization*, Vol. 13, No. 2, 1955.
- (18) Organización Mundial de la Salud: *Statistics Relating to Medical and Para-Medical Per-*

sonnel, Hospitals Facilities and Vaccinations, (Medical Statistics Documentation II D).

- (19) Molina, G., y Puffer, R. R.: Report of Health Conditions in the Americas, *Pub. Health Rep.*, Vol. 70, No. 10, octubre, 1955.
- (20) Hollister, A. C.; Beck, M. D.; Gittelsohn, A. M., y Hemphill, E. C.: Influence of Water Availability on Shigella Prevalence

in Children of Farm Labor Families, *Am. Jour. Pub. Health*, Vol. 45, No. 3, marzo, 1955.

- (21) Stewart, W. H.; McCabe, Jr., L. J.; Hemphill, E. C., y De Capito, T.: IV. Diarrheal Disease Control Studies, The Relationship of Certain Environmental Factors to the Prevalence of Shigella Infection, *Am. Jour. Trop. Med. and Hyg.*, Vol. 4, julio 1955.