

Reseñas

PROBLEMAS DE ATENCION DE SALUD DEL NIÑO DE CORTA EDAD EN UN CONTEXTO ECOLOGICO EN DESARROLLO¹

La armonía ecológica es una condición *sine qua non* para la salud. Las necesidades particulares del niño pequeño, y los problemas que surgen de aquellas que no se satisfacen; no pueden considerarse en forma aislada de su contexto ecológico por ejemplo, la estructura biológica, socioeconómica y cultural de sus padres, el medio uterino materno, la interacción diádica con la madre en el período neonatal y en la primera infancia, la familia y la sociedad en general con todas sus variadas instituciones y sistemas políticos.

El niño pequeño es en realidad un sistema biológico, en constante lucha para adaptarse a las tensiones del sistema ecológico y sobrevivir. Cuando esa adaptación fracasa porque no se satisfacen adecuadamente sus necesidades básicas, sucumbe a la enfermedad, la incapacidad o la muerte. En este proceso, el niño se encuentra en una posición singularmente pasiva, de completa dependencia y desamparo. Le afectan las tensiones que resultan del rápido cambio de su medio y su inadecua-

ción a él, pero no puede introducir ningún cambio que lo favorezca porque está incapacitado para expresarse o actuar. Además, la madre, que por su papel biológico e interacción diádica con el niño es quien mejor comprende sus necesidades, a menudo no llega a satisfacer aquellas que son fundamentales porque, en muchas sociedades, tampoco ella puede expresarse o actuar, y participa muy poco, si es que lo hace, en la toma de decisiones en la sociedad y, con frecuencia, ni siquiera en el ámbito doméstico y familiar.

El niño pequeño, como sistema biológico, se halla en una etapa de transición y es muy vulnerable a otras transiciones del sistema ecológico, a causa de su inmadurez y de las exigencias fisiológicas de un crecimiento y desarrollo rápidos.

En los primeros 18 meses de su existencia, el pequeño vive en total dependencia de su madre; nueve meses de gestación como feto y aproximadamente nueve meses de "gestación externa", como feto externo después del parto, en los que depende de su madre para su protección y alimentación, ya que los senos de esta funcionan como una placenta externa. Posteriormente el lactante pasa lentamente por el período de transición del "destete", en que se acostumbra gradualmente a nuevos

¹ Texto traducido de: Health care problems of the young child in a developing ecological context, *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 57, No. 3, 1979. Págs. 387-403. Por J. K. Harfouche, Profesor de Salud Materno-infantil, Presidente del Departamento de Salud Comunitaria, Escuela de Salud Pública, Universidad Americana de Beirut, Líbano.

alimentos y cambia la leche materna por la dieta completa de la familia. Más o menos a los dos años, a menudo la presencia de un hermano menor lo aleja de la madre.

En los países en desarrollo, las tensiones y adaptaciones a las etapas de transición ya mencionadas resultan complicadas por las condiciones socioeconómicas y de salud hostiles del medio ambiente. Además, ese mismo medio ambiente hostil está cambiando con rapidez y se presentan por lo menos tres transiciones de importancia: la transición en la estructura de la familia (véase la pág. 258), con la transformación de la gran familia en la familia de tipo nuclear (conyugal), acompañada por el cambio de los modelos de gestación y crianza del niño; la transición demográfica y la transición social de una economía no especializada de subsistencia a otra especializada de intercambio.

Madres y niños de corta edad en el mundo en desarrollo: perfil demográfico

La necesidad de información

Si deseamos mejorar las condiciones de salud de los niños de corta edad y sus madres en un determinado país, es necesario conocer el número, el origen y la naturaleza de los riesgos que enfrentan, con el fin de determinar las necesidades y problemas prioritarios. La mayoría de los países en desarrollo aún no llevan un registro de nacimientos y muertes en escala nacional y gran parte de las estadísticas sanitarias se basan únicamente en los datos de encuestas de salud o especiales, que no ofrecen una imagen auténtica de la población total.

La información acerca de la población de niños pequeños (es decir, la población sometida a mayor riesgo) se infiere habitualmente de los datos incluidos en censos decenales. Si se carece de índices positivos adecuados, la salud maternoinfantil generalmente se mide en los términos negativos

de la mortalidad y la morbilidad. Con frecuencia tampoco existen estos indicadores, en particular los índices de morbilidad y mortalidad maternas, mortalidad perinatal y mortalidad del lactante y del niño en la primera infancia (uno a once meses y uno a cuatro años), y se carece también de información concerniente a las causas de la muerte.

Probablemente una de las principales razones del continuo descuido de los niños pequeños, especialmente de uno a cuatro años, es que se conserva muy poca información sobre ellos en los registros oficiales. En otras palabras, si bien están sometidos a un riesgo mayor, tanto los planificadores como quienes toman las decisiones y los trabajadores de la salud desconocen la raíz misma del problema. La reunión de información elemental pero básica, referida al niño pequeño, aparece como una tarea legítima y necesaria en los países en desarrollo durante el Año Internacional del Niño, celebrado en 1979.

Al planificar y poner en práctica programas para un cambio "dirigido" (es decir, "guiado" o "planificado", en contraste con los cambios evolutivos espontáneos) que beneficie a los niños de corta edad es preciso conocer las características de estos y las de las fuerzas "promotoras" o "inhibidoras" del cambio social en su comunidad.

La información sobre la dinámica del cambio representa para los planificadores y ejecutores de los sistemas de salud lo que el mapa para el viajero. Si el mapa es exacto no nos perderemos; si conocemos las características tanto del niño pequeño como de su comunidad, podremos escoger la solución. Del mismo modo que deben actualizarse los mapas permanentemente, es necesario revisar en forma constante nuestro conocimiento acerca de una población determinada y las necesidades de la comunidad, ya que la tendencia al cambio es un aspecto esencial de la sociedad.

La madre constituye el medio ambiente del embrión en desarrollo y, desde el co-

mienzo de la gestación hasta el parto, ambos están inextricablemente ligados; la descripción del niño debe entonces iniciarse con la de la madre (el foco ecológico del niño). Los perfiles que presentamos a continuación se basan en la información limitada de que se dispone, referida a las madres y a los niños pequeños. Cuando se carece de datos válidos, en la mayoría de los casos la información se basa en las mejores evaluaciones posibles.

En los países en desarrollo, más o menos un cuarto de la población está constituida por mujeres en edad de procrear (de 15 a 45 años), que llegan a un total de aproximadamente 600 millones.

El promedio de niños que una madre tiene en toda su vida es de 5.6 y el número varía entre 2.5 y 8.5 o más. Muy pocas veces se dispone de datos nacionales acerca de la edad de las mujeres en el momento del primer parto.

Las madres sin recursos de las regiones rurales por lo general tienen escasas reservas corporales. A menudo reciben la peor parte de la dieta familiar y acatan restricciones y tabúes alimentarios durante el embarazo y el período posnatal. Los altos índices de deterioro general de la salud empeoran como consecuencia del excesivo número de embarazos con breves intervalos, la lactancia prolongada, las pesadas tareas domésticas, el trabajo en los campos y las largas caminatas en busca de leña y agua. Sin embargo, durante la gestación y el parto reciben mucha ayuda y apoyo de otras mujeres, en su mayoría parientes y vecinas cercanas.

En el sector periurbano, la madre de escasos recursos con frecuencia se encuentra en una situación mucho peor que su equivalente rural. Al ser integrante de una familia nuclear y como inmigrada reciente y desarraigada, no recibe mucho apoyo de otras mujeres del lugar. Además de las tareas domésticas, la gestación y crianza de los niños, generalmente trabaja fuera del hogar (toda la jornada o parte de ella) para

ayudar al esposo a mantener la familia. El estilo de vida ciudadano la expone cada vez más a los riesgos de las relaciones sexuales fortuitas, el aborto provocado y el matrimonio de hecho.

Las madres del grupo urbano privilegiado son más afortunadas y disfrutan de las comodidades domésticas modernas, integran una familia nuclear y ofrecen una imagen casi idéntica a la de las madres de los países desarrollados.

Es escasa la documentación acerca de la morbilidad y mortalidad maternas. Muy pocos países en desarrollo están incluidos entre los 42 países que informaron de esos datos a la Organización Mundial de la Salud entre 1951 y 1966, y entre 1966 y 1972. No obstante, a la luz de la información disponible, es posible hacer algunas observaciones:

1) La relativa magnitud de la mortalidad materna está determinada por los índices de nacimientos, los de los abortos, la dimensión de la población femenina en edad fértil, la cobertura total de la asistencia maternoinfantil, el estado de salud de las mujeres y las condiciones socioeconómicas generales, entre las que se incluyen la situación social y educativa de las mujeres.

2) En las regiones desarrolladas del mundo se ha logrado una notable disminución de los índices de mortalidad materna gracias al mejoramiento de las condiciones de salud y de vida en general, y a los eficaces servicios de atención prenatal, natal y posnatal. Algunos países registran índices de mortalidad materna inferiores a 10 por cada 100,000 niños nacidos vivos.

3) Sin embargo, la situación es distinta en los países en desarrollo. Mientras que las mujeres de los grupos con mayores ingresos tienen, por lo general, índices de mortalidad semejantes a los que registran la mayoría de los países desarrollados, para la mayor parte de las mujeres del grupo en edad de procrear (15 a 45 años) la mortalidad materna es aún una de las principales causas de mortalidad, que afecta considerablemente la esperanza de vida de la mujer.

4) Desde la década de 1950 a 1960, también se ha observado una disminución relativa de los índices de mortalidad materna en los países en desarrollo, en gran parte como resultado de las mejoras alcanzadas por la creciente población urbana femenina. A pesar de esta tendencia descendente, los índices registrados continúan

siendo en extremo elevados si se los compara con los de los países desarrollados. Por ejemplo, en Mauricio, los índices de mortalidad materna revelaron una reducción de casi el 50% entre el período de 1951 a 1953 y 1972 (a saber, de 315.1 por 100,000 a 176 por 100,000), pero aún falta recorrer un largo camino para alcanzar los índices correspondientes registrados por Suecia (69 por 100,000 y 7.1 por 100,000).

5) Los estudios han comprobado que, en los países en desarrollo, la mortalidad materna es alta durante la primera gestación y más baja durante la segunda y la tercera; luego comienza a aumentar en el cuarto embarazo y alcanza niveles elevados después del quinto. Cerca del 40% del total de partos son resultado del cuarto embarazo u otro posterior. En consecuencia, se indican como medidas preventivas un mayor intervalo entre cada parto y la reducción del número total de embarazos.

6) En los países desarrollados, las causas principales de mortalidad materna siguen siendo toxemia, hemorragia, aborto, sepsis y otras complicaciones (la mayoría de origen obstétrico). Estas causas son también la raíz de los índices elevados en los países en desarrollo, pero se agravan en gran medida como consecuencia de factores asociados (a saber, enfermedades graves y crónicas que acompañan el embarazo). Las complicaciones que es posible prevenir y que surgen de esos factores asociados, con frecuencia, son la causa del 50 al 60% de las muertes maternas.

7) La morbilidad materna está aún más deficientemente documentada que la mortalidad, tanto en los países desarrollados como en los en desarrollo. En este último grupo, la malnutrición crónica y la anemia (que afectan casi al 20% de las mujeres embarazadas) son las causas fundamentales de la salud deficiente de las madres y están relacionadas con infecciones y con las consecuencias de la procreación no planificada (la multiparidad y los embarazos demasiado frecuentes). Las infecciones agudas y crónicas—tales como la hepatitis infecciosa, parasitosis intestinales, paludismo, uncinariasis y tuberculosis pulmonar, para mencionar solo algunas—cobran numerosas víctimas. Además, casi todas las enfermedades crónicas—hipertensión, afecciones cardíacas y renales, etc.—resultan agravadas por los embarazos demasiado frecuentes.

8) El aborto provocado, efectuado por personas inexpertas, es realmente un riesgo para la salud de las mujeres en edad de procrear (casadas o solteras) y los elevados índices de mortalidad en algunos casos llegan al 46.5 por 1,000 (Tanzanía, 1973).

Los niños menores de cinco años

Se calcula que el total de la población mundial es de 3,500 millones, 2,510 millones en los países en desarrollo y 976 en los desarrollados (Anuario Demográfico de Estados Unidos de América 1968); se estima que la población de niños pequeños (menores de cinco años) llega a 415 millones en los países en desarrollo y a 85 en los desarrollados (un total de 500 millones). El número total de mujeres en edad de procrear y de niños menores de cinco años en los países en desarrollo es de unos 1,015 millones. En todo el Tercer Mundo, esta población vulnerable representa una pesada carga para los sistemas de salud en general y para los que se ocupan de la salud maternoinfantil en particular, pero, al mismo tiempo, constituye la clave del desarrollo económico futuro.

Como consecuencia de los permanentes índices elevados de natalidad, que oscilan entre el 35 y el 50 o más por cada 1,000 habitantes (un promedio de 40 por 1,000), y del aumento anual de la población calculado entre 2.5 y 3.5%, los niños menores de 15 años posiblemente constituyen ahora entre el 45 y el 50% de la población total de los países en desarrollo; del 18 al 22% de esos niños tienen menos de cinco años.

Los principales problemas de salud en cualquier país por lo general corresponden a los niños pequeños. Un cuarto, un tercio o, en algunas zonas rurales, hasta la mitad de todas las defunciones se producen en el grupo de edad de menores de cinco años; esto causa un importante efecto negativo sobre la esperanza de vida y la productividad futura. En Tanzania, por ejemplo, el 26% de los niños que nacen mueren antes de alcanzar los cinco años, la mayoría como resultado de condiciones que pueden prevenirse.

Más del 97% de las defunciones antes de cumplir los cinco años ocurren en los países en desarrollo. Se ha establecido, mediante cálculos (1), que dichas defun-

ciones alcanzan un índice anual de 50 por 1,000 en los países en desarrollo y de 5 por 1,000 en los desarrollados, con una cantidad total de defunciones anuales que llega a 20,000,000 y 500,000, respectivamente.

El peso al nacer es el indicador aislado más importante del crecimiento y el desarrollo durante la vida uterina y debe ser registrado en el acta de nacimiento de cada recién nacido.

En la mayoría de los países en desarrollo no se pesa al niño cuando nace, excepto en las unidades de maternidad de los hospitales y centros de salud, a pesar de que en todas partes se pueden obtener sencillas balanzas portátiles para pesar a los lactantes en la casa.

Se está concediendo una atención creciente a la importancia del peso al nacer como una pauta del crecimiento y el estado de nutrición, ya que el peso del lactante al nacer es un hito fundamental del desarrollo. La insuficiencia ponderal al nacimiento (<2,500 g) de los recién nacidos "prematuros" (nacidos antes de que se complete la gestación, pero sin retraso del crecimiento) y de los "demasiado pequeños" (la mayoría, nacidos cuando ha concluido el período de gestación pero con un retraso del crecimiento), es quizás el mayor desafío entre los problemas mundiales de la salud pública. Se calcula que anualmente nacen unos 21 millones de niños con peso escaso (prematuros y demasiado pequeños), 20 millones de ellos en los países en desarrollo (2). En algunos países desarrollados, la proporción de recién nacidos con peso escaso es del 2 al 3%, comparados con el 7 al 10% en muchos de los países en desarrollo y el 25 al 30% en muchas zonas de estos últimos. También existen algunas pruebas que indican que la mayoría de los recién nacidos con insuficiencia ponderal en los países en desarrollo son demasiado pequeños, pero nacidos a término, más bien que prematuros.

En el período neonatal inmediato,

puede ser similar el efecto del escaso peso al nacer en el niño prematuro y en el demasiado pequeño, pero los resultados a largo plazo son muy distintos. Una reciente revisión de la literatura sobre el tema (3) sugirió que la causa de ese peso escaso produce efectos en el crecimiento posnatal. Así, en el caso del niño prematuro que ha crecido normalmente en el útero, el nacimiento adelantado es seguido por un período de recuperación durante el cual la velocidad del crecimiento puede exceder los límites habituales y, al llegar a la edad escolar, el niño prematuro puede compararse con testigos normales, en términos de crecimiento físico. En el caso del niño que sufre un retraso del crecimiento intrauterino, por el contrario, no existen pruebas de esta etapa de recuperación del crecimiento, ni siquiera en óptimas condiciones de ingestión de alimentos y vigilancia del medio. El retraso generalizado del crecimiento de los niños demasiado pequeños al nacer parece incluir el crecimiento retardado del cráneo, que puede asociarse con un deterioro del desarrollo del sistema nervioso central.

Los resultados de algunos estudios longitudinales gemelos también han sugerido que el desarrollo físico y mental de todos los niños con escaso peso al nacer, en particular el de aquellos que sufrieron un retraso del crecimiento intrauterino, probablemente no proseguirá con normalidad en el período posnatal. Esos estudios han comprobado que una diferencia de pocos gramos en el peso al nacer puede producir una diferencia estadísticamente significativa en el rendimiento escolar de los niños, al menos hasta llegar a los 11 años.

La importancia del peso escaso al nacer con respecto a la salud pública puede atribuirse a numerosos factores: su prevalencia; su asociación con un gran riesgo de mortalidad, morbilidad y lesiones subletales (físicas y mentales) en el período perinatal, con secuelas que llegan hasta la segunda infancia; las pérdidas y el sufri-

miento; su capacidad de dar origen a un grupo de niños malnutridos que serán adultos de escasa estatura; el costo muy elevado de las unidades de cuidado intensivo y del personal especializado, y la asociación del problema con el subdesarrollo socioeconómico.

El Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez (4) de 1973, al destacar la importancia del peso escaso al nacer para la nutrición y la salud pública, señaló que las carencias nutricionales—condiciones que con frecuencia se asocian con el peso escaso al nacer—constituían el más serio de los problemas de salud encontrados. El informe de 1973 expresa la conclusión de que la combinación de esas condiciones—carencias nutricionales e insuficiencia ponderal al nacimiento—ponen en peligro y obstaculizan el desarrollo de los lactantes y niños de corta edad y, probablemente, el de las futuras madres. Si bien en el pasado se consideraba que el desarrollo completo del cerebro humano se alcanzaba en el quinto mes posterior al nacimiento, las pruebas recientes sugieren que el proceso puede no finalizar hasta aproximadamente el tercer año. En consecuencia, las carencias nutricionales persistentes, que comienzan con el peso escaso o insuficiente al nacer y resultan agravadas por las condiciones adversas del medio y la gestión inadecuada de alimentos, pueden causar efectos sobre el desarrollo mental de los lactantes y niños de corta edad aún más graves que lo que se suponía. También se cree que el peso escaso al nacer de la madre puede contribuir, al menos en parte, a su estado nutricional deficiente en la edad adulta. Del mismo modo, los niños que mueren como consecuencia de carencias nutricionales pueden ser los mismos que tuvieron un peso poco satisfactorio al nacer. Tiene una importancia crucial romper este círculo vicioso. Ese informe también reveló una positiva asociación entre el peso escaso al nacer y diversas variables maternas (por

ejemplo, edad, paridad, breves intervalos entre los embarazos y condiciones biológicas y socioeconómicas adversas, especialmente el estado nutricional deficiente anterior a la gestación y durante la misma). Las madres jóvenes de escasos recursos económicos (menores de 20 años), que nacieron con un peso escaso y han sufrido una desnutrición avanzada y frecuentes enfermedades en la infancia y la niñez, y que tienen además una estatura escasa en la edad adulta, muy probablemente perpetuarán su propia imagen biológica y socioeconómica al procrear más niños con escaso peso al nacer que sus compatriotas más privilegiadas. Estudios recientes de comunidades con mayores recursos económicos en los países en desarrollo han revelado que la incidencia de los niños con escaso peso al nacer no es elevada en esas poblaciones.

Mortalidad perinatal

El índice de mortalidad perinatal se define como el número de mortinatos más el número de lactantes muertos a comienzo del período neonatal que pesaban 1,000 g o más al nacer, por cada 1,000 nacimientos (que incluyen los niños nacidos muertos y los vivos).

Según la Organización Mundial de la Salud, el período perinatal se extiende desde la etapa de la gestación en que el feto alcanza los 1,000 g de peso (equivalente a 28 semanas de gestación) hasta el final del séptimo día completo (168 horas) de vida. Tiene una duración de 10 a 14 semanas. Si bien el período es breve, incluye la época más peligrosa de la vida extrauterina del pequeño y representa una etapa de numerosos fracasos de la gestación. Aunque abarca menos del 5% de la longevidad promedio, en muchos países en desarrollo en esa etapa mueren tantos seres humanos como en los treinta años posteriores a ella. Además, presenta un elevado riesgo de le-

siones subletales (físicas y mentales). Las pérdidas perinatales y los efectos a largo plazo constituyen una gran preocupación para los sistemas de salud y las metas sociales y económicas.

En los países desarrollados los índices de mortalidad y morbilidad perinatales han descendido a niveles de 10 a 20 por 1,000 y continúan decreciendo. En 1977, el Consejo Europeo de Estados Miembros fijó la meta de disminuir aún más la mortalidad perinatal, hasta llegar al 7 u 8 por 1,000. Esta reducción es consecuencia de diversos factores. Los niveles elevados de hace unas décadas se redujeron principalmente como resultado del mejoramiento del estándar de vida, la salubridad ambiental, la nutrición y la educación. A estas mejoras sociales siguió el establecimiento de sistemas de salud que protegen a la mayor parte de la población mediante servicios asistenciales y preventivos. Se organizaron campañas de inmunización y detección de los embarazos de mayor riesgo por medio de redes de clínicas prenatales, a las que se remitió a las madres para brindarles una atención especial cuando era necesario, además de sistemas de vigilancia de la salud y desarrollo de los niños en edad escolar. Las reformas legislativas para liberalizar el aborto y la esterilización y facilitar la obtención de contraceptivos también han contribuido a disminuir el número de embarazos de mayor riesgo. Por último, el perfeccionamiento de la tecnología y la atención obstétrica y perinatal están logrando reducir aún más los índices de la morbilidad y la mortalidad perinatales.

En aquellos países en desarrollo que dan a conocer los índices de mortalidad perinatal, estos son muy superiores a los de los países desarrollados, si bien continúan siendo superados por los índices muy elevados de la mortalidad total entre los lactantes. Por ejemplo, en el período de 1970 a 1971, en Mauricio se señaló un índice de 60.2 por 1,000, en contraste con Suecia donde fue del 14.4 por 1,000.

La mortalidad perinatal refleja fundamentalmente la influencia del medio intrauterino, que a su vez resulta afectado por la nutrición, la salud y la situación socioeconómica de la madre desde su temprana niñez. Así, muchos de los factores de riesgo que determinan la mortalidad perinatal, también ponen en peligro la vida de la madre y causan una mortalidad materna elevada, con los consiguientes riesgos adicionales para el niño huérfano.

Mediante el estudio de las tendencias de la mortalidad en un período largo, se han logrado comprobar los efectos a largo plazo de la situación socioeconómica materna sobre la mortalidad perinatal. Por ejemplo, en varios países desarrollados los grupos de mayores y menores ingresos han mostrado un descenso gradual de la mortalidad perinatal desde comienzos del siglo XX hasta los decenios de 1950 a 1960 y de 1960 a 1970, pero la diferencia entre ambos grupos aún persiste.

Los principales indicadores medicosociales de la mortalidad perinatal son: la edad de la madre (menos de 20 años y más de 35); la paridad; los intervalos entre los embarazos; el progreso de la gestación actual; el curso y resultado de las gestaciones anteriores; la situación matrimonial, nutricional (en particular el peso) y socioeconómica de la madre, así como la disponibilidad y la utilización de los servicios de salud.

Las principales causas de mortalidad perinatal son: el escaso peso al nacer, las lesiones durante el parto, la anoxia, las malformaciones congénitas y las infecciones neonatales, especialmente el tétanos del recién nacido que, en algunas zonas que carecen de servicios preventivos y de inmunización antitetánica, pueden afectar hasta el 10% de los lactantes nacidos vivos.

El índice de mortalidad en los lactantes (IML)

La mortalidad de los lactantes resulta afectada por factores intrauterinos, pero

los efectos del medio extrauterino comienzan a revelarse cada vez más en el IML durante el período posterior al neonatal (entre uno y once meses).

En el caso de los lactantes y los niños pequeños, el riesgo de morir se asocia muy estrechamente con las condiciones del medio ambiente que los rodea. Por esta razón se reconoce universalmente como un importante indicador no solo del estado de salud de los niños, sino también del grado de desarrollo socioeconómico.

La situación socioeconómica y el lugar de residencia de la familia, los métodos de alimentación del lactante, la salubridad ambiental, las condiciones de la vivienda y las creencias y hábitos culturales, constituyen todos ellos factores determinantes de importancia. Se sabe que los lactantes de los grupos de menores recursos presentan índices de mortalidad superior a los de los grupos de mayores recursos en el mismo país. El lugar de residencia también supone un riesgo especial. Las chozas precarias de las poblaciones periurbanas y las zonas rurales alejadas, donde vive del 80 al 85% de los niños de corta edad en los países en desarrollo, son las áreas más peligrosas. Es mayor el número de defunciones entre los lactantes sometidos a un destete temprano y alimentados artificialmente que habitan viviendas deficientes, que entre los niños alimentados por la madre, que viven en condiciones semejantes. Además de los riesgos de los procedimientos antihigiénicos de alimentación artificial empleados por la población de escasos recursos, los alimentos preparados con leche de vaca carecen de las extraordinarias propiedades nutritivas, protectoras y antiinfecciosas de la leche materna.

El mejor cálculo actual del IML, como promedio en todo el mundo, es de 98 por cada 1,000 niños nacidos vivos (oscila entre 10 y 200). En otras palabras, durante el primer año de vida muere un lactante de cada diez. En los países en desarrollo las cifras del IML son de 10 a 20 veces supe-

riores a las de la mayoría de las áreas desarrolladas.

En los países en desarrollo entre el 60 y el 80% de todos los decesos de lactantes se producen en el período posterior al neonatal (entre uno y once meses). Los índices de mortalidad perinatal y neonatal también son elevados, pero resultan superados por los de la mortalidad en el período posterior al neonatal, aún más altos, que son fundamentalmente la consecuencia de una interacción entre la infección y la malnutrición.

La diarrea y la neumonía de etiologías desconocidas, o sencillamente causadas por microorganismos que habitualmente no son patógenos, son muy comunes entre los niños expuestos a un medio ambiente insalubre y hostil. El promedio de casos fatales en los episodios de enfermedad, que normalmente serían triviales, puede aumentar dramáticamente cuando no se proporciona al menos el cuidado elemental, a causa de la carencia de medios, la ignorancia, o una combinación de ambas. En el caso de muchos de estos niños la malnutrición aparece como un factor más que refuerza los efectos nocivos de las infecciones.

La Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez (4) realizada en 10 países con la participación de 15 equipos nacionales de investigación (13 en las áreas en desarrollo y dos en las desarrolladas), en la que se empleó el análisis de causas múltiples, ha proporcionado pruebas muy útiles de la influencia del subdesarrollo sobre la mortalidad de los lactantes y niños de corta edad y de la positiva asociación entre la infección y la malnutrición en un medio subdesarrollado. El estudio demostró que, en no menos del 57% de los niños que morían antes de llegar a los cinco años, la malnutrición era la causa de muerte subyacente o asociada, y que las cifras máximas de esta mortalidad correspondían al período posterior al neonatal (entre uno y once meses). En el cua-

CUADRO 1—Distribución de las defunciones, por grupos de edad, según la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez.^a

Grupo de edad	No. de decesos	%
<5 años	35,095	100
<1 año	27,602	78.6
Neonatal	12,674	36.1
Posneonatal	14,928	42.5
1 a 4 años	7,493	21.4
1 año	4,361	10.4
2 a 4 años	3,132	8.9

^a En Puffer, R. R. y C. V. Serrano, *op. cit.*

dro 1 se muestra la distribución de las defunciones, según los grupos por edades, de acuerdo a lo establecido por los 15 proyectos de estudio.

El índice de mortalidad entre los niños de uno a cuatro años

En la edad de uno a cuatro años la mortalidad puede aún ser relativamente alta, pero, sin embargo, es muy inferior a la mortalidad en los lactantes. Esto sucede en todas las poblaciones (es decir, es tres o cuatro veces más baja en las zonas menos favorables y 20 veces más baja en los países con mayores recursos) y los índices están descendiendo con regularidad.

En los países con elevados índices de mortalidad en el grupo de edad de uno a cuatro años, gran parte de las muertes se produce durante el segundo año de vida. De esto se puede deducir que, en algunos países, los factores que convirtieron el primer año de vida en un período peligroso continúan actuando después de concluido el mismo. El momento en que se completa el destete tiene singular importancia. La mortalidad en el mencionado grupo de edad, como sucede con la mortalidad en los lactantes, es generalmente más elevada entre los varones que entre las mujeres, excepto cuando, por razones culturales, los varones gozan de una situación más favorable y mejores cuidados.

Principales causas de defunción

Las diferencias de la mortalidad durante la lactancia y la niñez entre los países en desarrollo y los desarrollados no consisten únicamente en los niveles de mortalidad, sino también en las principales causas de muerte, como se muestra en el cuadro 2.

En los países donde es elevada la mortalidad en el período posneonatal, las mismas causas subyacentes pueden seguir teniendo importancia durante el segundo e, incluso, el tercer año de vida. En algunos países hispanoamericanos, por ejemplo Chile, se observan decesos causados por desnutrición grave principalmente durante el primer año de vida, como resultado de la creciente prevalencia del destete temprano y la alimentación artificial. Sin embargo, en algunos países africanos donde la prolongada alimentación con leche materna protege a los niños de la malnutrición y de algunas infecciones en temprana edad, la mortalidad durante el segundo año de vida puede llegar a las cifras de la mortalidad de lactantes en el período posneonatal.

CUADRO 2—Principales causas de mortalidad infantil.^a

Grupo de edad	Países desarrollados	Países en desarrollo
Lactantes	Lesiones al nacer, anomalías congénitas, influenza, neumonía, enteritis, enfermedades diarreicas	Enteritis, enfermedades diarreicas, influenza, neumonía, bronquitis, etc., tos ferina
1 a 4 años	Accidentes, anomalías congénitas, neoplasmas malignos, influenza, neumonía	Enteritis, enfermedades diarreicas, influenza, neumonía, bronquitis, etc., sarampión

^a Síntesis basada en: OMS. *Serie de Informes Técnicos*. No. 600, 1976.

No es exagerado insistir en la importancia de las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias como causas de muerte durante la infancia y comienzos de la niñez en los países en desarrollo. Las enfermedades infecciosas infantiles, como el sarampión, la tos ferina y la difteria, afectan fundamentalmente al grupo de uno a cuatro años y puede provocar proporciones elevadas de casos fatales entre los niños malnutridos. Por ejemplo, en circunstancias de hambre en Africa, al sur del Sahara, se calculó que la letalidad del sarampión era del 50%. Esto contrasta con el 7 al 10% que normalmente se encuentra en el Africa tropical, que ya es muy superior a la letalidad de esa enfermedad en la mayoría de otras poblaciones. Puesto que en los países más desarrollados se ha reducido la mortalidad en el grupo de uno a cuatro años a niveles muy bajos (principalmente como resultado de la inmunización, las medidas de salubridad, una mejor nutrición y la educación para la salud), las diferencias que se observan entre los países con los niveles más altos y más bajos son muy grandes y equivalen a un factor de 50 o más.

El efecto sobre el niño de corta edad de los cambios en los patrones de la estructura familiar

La familia—unidad básica de la sociedad y medio social del niño de corta edad—es un grupo primario, centro de procreación y orientación. Es también una unidad para el cuidado de la salud de sus miembros, en particular del niño pequeño.

La familia es un grupo social caracterizado por la residencia común, la cooperación económica y la reproducción. Incluye a adultos de ambos sexos, de los cuales al menos dos mantienen una relación sexual aprobada por la sociedad, y uno o más hijos, propios o adoptados, de los adultos que conviven en esa relación sexual.

Los cambios en los patrones de la familia

Se sabe que, en cualquier sociedad, la familia es el grupo más conservador y el último que experimenta cambios. Sin embargo, cuando esos cambios ocurren, conducen a modificaciones en la estructura y funciones de la familia, en particular en los patrones de reproducción y crianza de los hijos, lo cual produce efectos de largo alcance sobre el comportamiento individual y del grupo, y sobre el desarrollo de la personalidad.

La modificación más importante notada en los últimos años, en todas las sociedades, es el paso de la gran familia, con su amplia red de lazos de parentesco, a la familia nuclear menos estable y con mayor movilidad, constituida por el esposo, la esposa y los hijos. En 1970, William J. Goode, con datos obtenidos en diversas partes del mundo, presentó pruebas de que, a pesar de las grandes diferencias en cuanto al punto de partida y la rapidez de los cambios, todas las culturas convergen hacia patrones semejantes de la estructura familiar (el tipo nuclear). Sin embargo, estos cambios de los patrones de la familia se producen selectivamente y con distinto ritmo en las diversas sociedades. Es probable que aquellas sociedades que se encuentran en transición sean precisamente las que enfrentan las mayores tensiones y esfuerzos para adaptar los métodos tradicionales de crianza de los niños al nuevo estilo de vida.

En algunas zonas donde domina la cultura occidental, surgen otras formas de familia tales como la unión consensual y la familia en la cual, como resultado del abandono, divorcio o muerte de uno de los cónyuges, el otro (generalmente la madre) debe encargarse, sin ayuda, de los hijos. En 1975, al sintetizar un análisis de los últimos 25 años, U. Bronfenbrenner destacó "la progresiva fragmentación y aislamiento de la familia en su función de criar a los niños".

Mientras que en las sociedades prein-

dustriales predominó la gran familia, todavía frecuente en aquellas sociedades donde la agricultura es más importante que el comercio y la industria, la aparición de la familia nuclear parece relacionarse con la urbanización, la modernización general, la comunicación masiva y la ideología igualitaria. No obstante, parece que este último factor es la fuerza más poderosa que promueve el cambio.

La ideología igualitaria y el papel dual de la mujer

En las sociedades tradicionales la mujer tenía solo una vocación—la maternidad—con su correspondiente imagen y papeles interrelacionados: esposa sumisa y económicamente dependiente, tareas domésticas, gestación y crianza de los hijos. Esta vocación única, por supuesto, produjo una discriminación entre los varones y las niñas desde el nacimiento, pero la imagen y los papeles correspondientes estaban claramente delineados en los códigos y costumbres de la sociedad, y la niña se identificó con ellos durante su crianza. Así, al carecer de opciones, la norma era aceptar el propio destino y ni la mujer joven, su familia o la sociedad se enfrentaban con conflictos cruciales.

En la sociedad moderna, la educación y el trabajo son las condiciones más importantes para poner en práctica el igualitarismo. La educación prepara a la mujer para algún tipo de ocupación—una vocación distinta de la maternidad—mientras que un empleo remunerado le asegura independencia económica y liberación del papel de esposa y madre sometida.

El igualitarismo en la vida política, económica y social se ha convertido en una ideología universalmente aceptada, característica de la sociedad moderna. Diversos órganos de la comunidad internacional han condenado la discriminación de los sexos como fundamentalmente injusta,

como una ofensa a la dignidad humana y una violación de los derechos humanos. Además, a partir de 1970 han crecido los esfuerzos para integrar por completo a la mujer al proyecto de desarrollo total, y para elaborar estrategias nacionales e internacionales tendientes a lograr la participación real y activa de la mujer en la vida de la comunidad, sobre una base de igualdad con el hombre.

Esta tendencia sin precedentes históricos, a pesar de sus reconocidas ventajas para la realización del individuo y la sociedad, ha traído la secuela de nuevos conflictos que emanan fundamentalmente del papel dual de la mujer, el cual exige penosas adaptaciones, tanto de la mujer misma como de su familia y la sociedad.

El problema fundamental que ahora enfrentan la familia y la sociedad es cómo “lograr un equilibrio entre los papeles de ambos padres, que sea psicológicamente equitativo, biológicamente viable, económicamente estable y emocionalmente óptimo para toda la familia, y, en particular, para el niño pequeño” (5, pág. 342). Aquí es preciso señalar que en el proceso de la crianza del niño existen dos componentes: uno sociocultural y otro biológico. Si bien el padre y otros pueden contribuir mucho en el aspecto sociocultural, en realidad, son sustitutos maternos ineficaces cuando se trata de la crianza biológica, en particular de la alimentación con el pecho.

La situación de los padres

El desarrollo y el bienestar del niño dependen sobre todo de aquellos que son los primeros en transmitirle los elementos básicos para su vida, supervivencia y adaptación, es decir, los padres, los más importantes agentes reforzadores del proceso de socialización.

Dentro de la familia, las relaciones no se establecen al azar. No son relaciones ocasionales que se producen en un medio

dado, sin importar que esté organizado, difuso o por completo desorganizado. Esas relaciones están estructuradas y los papeles y normas están delineados con claridad.

Dos tipos de relaciones ligan a los miembros de una familia, las de los padres, que se basan en una unión, y las que existen entre padres e hijos, la filiación. En realidad, las relaciones entre padres e hijos se consideran tanto el resultado de leyes de la naturaleza como la expresión de un fenómeno sociocultural. No es tanto el instinto sino la sociedad la que determina las actitudes y patrones de comportamiento de los padres. En consecuencia, las relaciones entre padres e hijos tienen un aspecto biológico y otro cultural. El primero no supone ni justifica el segundo. Sin embargo, cuando usamos los términos madre, padre, hijo, inmediatamente adoptamos una posición sociocultural ya que, al mismo tiempo, dotamos a esas palabras de un significado psicológico y sociológico.

Las posiciones y papeles de la familia están estructurados y son sus aspectos estructurales los que permiten al niño percibir e internalizar los conjuntos de actitudes y motivaciones de los miembros de la familia. Los padres intentan criar a los hijos de acuerdo con su interpretación de su propia socialización, los medios de comunicación masiva, sus grupos de referencia, los servicios de salud, o según alguna combinación de ellos, para lograr cualquier fin que consideren apropiado. Si el padre asume el papel instrumental y la madre el expresivo (Parsons, 1955), y si estos papeles son definidos, precisos y se repiten con suficiente frecuencia (es decir, están estructurados), el niño podrá internalizarlos; si no es así, estará confundido y esto influirá sobre la posterior organización de su personalidad y su comportamiento.

La tendencia general a una mayor democracia y orientación igualitaria de varones y mujeres, aparentemente, conduce a una convergencia de los papeles de los sexos. Si bien en general todavía se aceptan

como normas distintos comportamientos apropiados para el papel de padre o de madre, la clásica división del comportamiento que hizo Parsons, según el papel de cada sexo, en instrumental para los hombres y expresivo para las mujeres, presenta más excepciones que antes.

En las sociedades tradicionales, el papel de padres, a pesar de sus deficiencias, se aprendía en el medio familiar. La niña aprendía el papel maternal por imitación y ayudando a la madre a criar hermanos menores, además de colaborar en otras actividades domésticas. El hijo, por otra parte, aprendía el papel paternal al actuar como aprendiz del padre en el campo, el negocio y el hogar.

En las familias nucleares aisladas, las parejas no han recibido adiestramiento, o este ha sido escaso, en lo que concierne a la crianza de los niños; están entonces ansiosos de recurrir a los medios de comunicación masiva y a los "expertos", para informarse en ese aspecto. Sin embargo, es difícil para los padres sentir confianza en el consejo de los expertos, que a menudo es ambiguo, a veces contradictorio y cambia permanentemente.

Los padres de hoy deben vivir de acuerdo con papeles según el sexo, que difieren considerablemente de los tradicionales. Se espera que las madres y los padres se acomoden a estilos de crianza de los niños, desconocidos hace dos generaciones. Uno de los problemas más críticos que enfrentan los padres en la actualidad es la delimitación de los papeles y la necesidad de vivir con una creciente superposición de funciones y responsabilidades.

El trabajo remunerado de la mujer y su efecto sobre la diada madre-hijo y sobre la alimentación con leche materna

En los países en desarrollo, como en todas partes desde que los contraceptivos hicieron posible la familia más pequeña,

existe una creciente tendencia en las mujeres a trabajar fuera del hogar, en parte por razones económicas y también para realizarse como individuos. Tales cambios pueden producir efectos notables y de largo alcance sobre los métodos de crianza del niño, especialmente en el aspecto biológico, que incluye el contacto entre la madre y el lactante (es decir, la díada madre-hijo) y la alimentación al pecho en la "etapa de gestación fetal externa".

No es una novedad que las madres trabajen en la actualidad: siempre lo han hecho en el hogar, sin duda alguna, y también en la granja o en el campo. Hoy la principal diferencia la constituye el lugar de trabajo. Cuando la madre trabaja fuera del hogar los hijos sufren una definida separación de sus padres, que se vuelve crítica en la lactancia y la primera infancia.

Los resultados de las investigaciones, sin embargo, han sido incongruentes y a menudo contradictorios en lo que concierne a los efectos del empleo remunerado de la madre para los hijos. No obstante, en general se postula que el empleo materno por cualquier motivo—necesidad, orientación profesional, posición social—durante los primeros años del niño en desarrollo, lo priva de un modelo congruente y de la maestra del papel materno y, en consecuencia, no será completa la identificación con el papel de los padres. Carece también del aprendizaje que podría realizar en ese período con una persona representativa y digna de confianza: la madre. Cuando niños muy pequeños quedan al cuidado de otros mientras la madre trabaja, los pequeños están sometidos a formas de aprendizaje contradictorias y parece que pueden ser interpretadas erróneamente las indicaciones y surgir malentendidos que conducen a una frustración y posible rechazo u hostilidad.

En las situaciones urbanas modernas, puede resultar imposible (o no permisible culturalmente) para la madre trabajadora alimentar a su hijo al pecho (excepto en la

noche) en la fábrica, la oficina o el trabajo doméstico, mientras que en las zonas rurales, las labores son predominantemente agrícolas y en la mayoría de esas actividades, aunque no en todas, las madres pueden llevar consigo a sus pequeños para amamantarlos.

Los estudios en algunos países en desarrollo también han indicado una relación variable entre el empleo remunerado de las mujeres y la incidencia decreciente de la alimentación con leche materna. Por ejemplo, en Colombia, el 47% de una serie de madres había dejado de amamantar porque trabajaban, mientras que en otro estudio en Nueva Delhi solo lo había hecho el 6 por ciento.

Recientes estudios socioeconómicos detallados, efectuados en zonas urbanas de Filipinas, también han proporcionado pruebas de la relación negativa entre la participación en la fuerza de trabajo de las madres y la salud y nutrición de sus pequeños; se han comprobado además los problemas de acceso a los servicios sociales, tales como las clínicas de salud infantil, como consecuencia de la ausencia de la madre por razones de trabajo.

Si la sociedad adopta una política igualitaria y requiere que la madre participe en el trabajo productivo en la medida que exige la producción moderna, debería también estar preparada para elaborar leyes laborales e instituciones que permitan a la mujer ser una trabajadora diestra y una madre competente. En otras palabras, la misión de los padres (la maternidad) y la crianza de los niños debería ser una preocupación de la sociedad en su totalidad; de otro modo, la sociedad tendrá, en última instancia, que soportar las consecuencias de sus propias políticas y estrategias no equilibradas.

Como resultado de la difusión de la ideología igualitaria, se ha propuesto una amplia gama de medidas de adaptación (legislativas, educacionales, protectoras, de apoyo, además de instalaciones destinadas

al cuidado de los niños, etc.) para ayudar a la madre que trabaja, a la familia y a la sociedad a adecuarse a los nuevos papeles de los padres: la paternidad y la maternidad. Pero la complejidad de ponerlas en práctica, la adaptación apropiada a las di-

versas culturas, el costo, la evaluación repetida y las continuas modificaciones constituyen verdaderos escollos que es preciso salvar de manera adecuada, en este lento y prolongado proceso evolutivo.

REFERENCIAS

- (1) Morley, D. *Paediatric Priorities in the Developing World*, London, Butterworth, 1973.
- (2) Organización Mundial de la Salud. *Nuevas tendencias y métodos de asistencia maternoinfantil en los servicios de salud*. Sexto informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud de la Madre y el Niño. Serie de Informes Técnicos, No. 600, Ginebra, 1976.
- (3) Lechtig, A. y D. Burd, documento inédito, 1977.
- (4) Puffer, R. R. y C. V. Serrano. *Características de la mortalidad en la niñez. Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez*. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica 262, Washington, 1973.
- (5) Jelliffe, D. B. y E. F. P. Jelliffe. *Human Milk in the Modern World: Psychosocial, Nutritional and Economic Significance*. Londres, Oxford University Press, 1978.

UNA PLAGA SE ORIGINA EN OCCIDENTE

Las epidemias de peste y cólera, esas grandes oleadas de enfermedad de la antigüedad, solían comenzar en Oriente y se extendían progresivamente hacia Occidente, matando a millones de seres en su trayectoria. La ignorancia de su causa impedía una acción efectiva en su contra.

Hoy en día, una nueva epidemia comenzada en Occidente y potencialmente tan mortífera como las primeras plagas amenaza al mundo, sus efectos son menos evidentes, pero su crecimiento es más insidioso; sin embargo, su causa se conoce y su difusión es favorecida por intereses creados que favorecen su expansión.

¿Qué puede hacerse para que 1980 se convierta en la señal de alto de la difusión del hábito de fumar? Se puede hacer mucho para respaldar la recomendación energética de la OMS.

El no fumar debe convertirse en la norma social de comportamiento. Deben prohibirse todas las formas de promoción del tabaco. Es necesario que todos los gobiernos confeccionen tablas de contenido de alquitranes y nicotina, y establezcan límites máximos de estas sustancias, los cuales pueden ser abatidos progresivamente. Los países en desarrollo deben darse cuenta de la manera en la que están siendo explotados y manipulados por las compañías tabacaleras para conseguir que se cultive o que se consuma el tabaco, con el resultante aumento de problemas serios de salud y grandes pérdidas económicas. Por consiguiente, deben tratar de sustituir el tabaco por el cultivo de plantas alimenticias que produzca ganancias semejantes y ocupe igual número de brazos. (Extractado de: *WHO Chronicle* Vol. 34, No. 4, Ginebra, abril de 1980. Pág. 128.)