

NACIONES UNIDAS

CONSEJO
ECONOMICO
Y SOCIAL

PROPIEDAD DE
LA BIBLIOTECA C. L.



LIMITADA

ST/ECLA/CONF.20/L.17
Noviembre de 1965

ORIGINAL: INGLES

CONFERENCIA LATINOAMERICANA SOBRE LA INFANCIA Y
LA JUVENTUD EN EL DESARROLLO NACIONAL

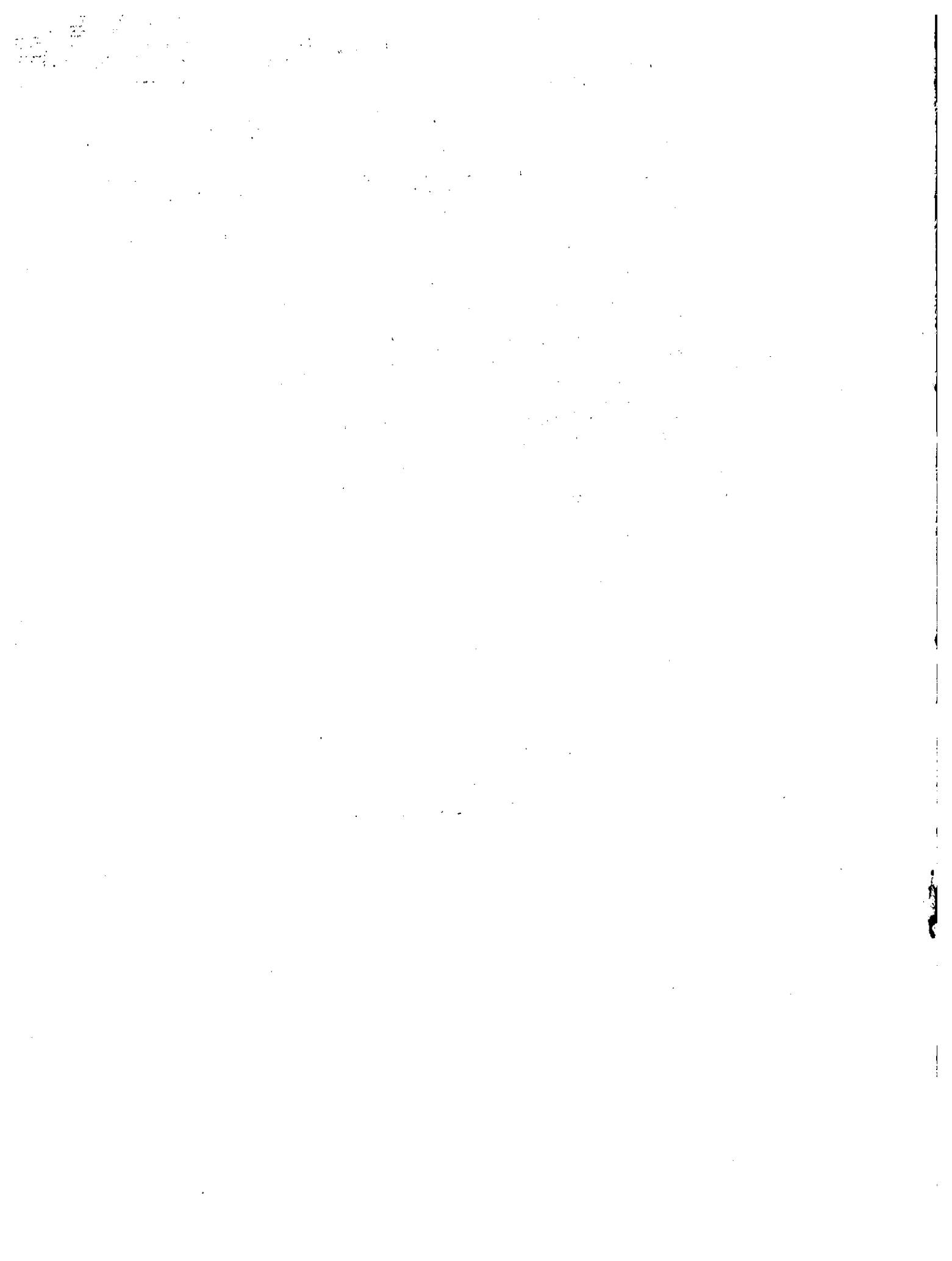
Auspiciada conjuntamente por la Comisión Económica para América Latina, el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en cooperación con la Organización Internacional del Trabajo, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, y la Organización Mundial de la Salud.

Santiago de Chile, 28 de noviembre al 11 de diciembre de 1965

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

La Integración de las Actividades de Higiene y
Atención Médica a un Nivel Funcional

Alfred Yandauer, M. D., M. P. H.



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

La Integración de las Actividades de Higiene y
Atención Médica a un Nivel Funcional

Alfred Yankauer, M. D., M. P. H.*

La magnitud y alcance de los problemas y necesidades de la salud de la madre y el niño en la América Latina exceden 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 servicios de salud proporcionarán los medios para resolver dichos problemas. No obstante, según indica la situación actual, la proporción de personal médico y paramédico de la América Latina continuará siendo inadecuado durante muchos años. Así, pues, este personal tendrá que ajustar sus actividades a una serie de objetivos que distarán mucho de ser un ideal, pero que sin embargo constituirán una promesa de obtener los mayores beneficios del esfuerzo específico realizado. Esta es la función de las normas preparadas a nivel nacional, regional y local, como parte del proceso de planificación en el campo de la salud.

* El Dr. Yankauer es Asesor Regional en Higiene Maternoinfantil de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Americas, Washington, D.C.

NATURALEZA DEL PROBLEMA

En la actualidad, existen en la 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 maternoinfantil" 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 bien 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 influir 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 Latinoamérica, 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) ya se examinaron

las raíces históricas de esta separación de la medicina preventiva y curativa, así como su evolución.

En la actualidad, con el ímpetu que recibe la planificación nacional, se está produciendo en la América Latina 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 llevar a cabo 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 convencionales de higiene maternoinfantil se han venido ofreciendo a la comunidad en consultorios especiales o a domicilio. Este sistema es una expresión de 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. Este sistema parte del supuesto de que todas las madres y niños de la comunidad deben recibir los mismos servicios. Así, pues, las normas de este sistema requieren las visitas prenatales todos los meses, a cargo de un médico durante los ocho primeros meses del embarazo y unas visitas quincenales a partir de esa fecha; las visitas mensuales a consultorios de niños sanos

durante los seis primeros meses de vida, las visitas bimestrales durante los seis meses sucesivos, las trimestrales durante los dos años posteriores, etc. Si las visitas domiciliarias forman parte del servicio del personal de enfermería, 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 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 la América Latina con frecuencia el objetivo se limita a facilitar servicios de higiene infantil 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 no son más que uno de los numerosos medios dirigidos hacia la reforma social, el fomento de la salud de la comunidad, la motivación de las poblaciones para recurrir a los servicios de atención médica y la educación sanitaria popular. El empleo de medios de divulgación en masa

(especialmente la radio, en Latinoamérica), la organización de la comunidad y los procedimientos directos aplicados a la estructura de poder de la comunidad y por mediación de ella son probablemente armas más poderosas para esos fines que los servicios personales prestados a las familias mediante una organización estructurada. La aplicación de estos métodos requieren conocimientos y aptitudes especiales, y deben considerarse como un importante campo de la planificación del desarrollo a la que el personal de salud ha de contribuir considerablemente. Sin embargo, no deben confundirse con las actividades específicas de higiene maternoinfantil y 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.

El resto del presente trabajo se concentrará en el estudio de los métodos en los que las actividades de higiene maternoinfantil pueden integrarse 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 este servicio para toda la comunidad.

LAS ACTIVIDADES DE HIGIENE MATERNOINFANTIL

Las actividades para alcanzar los objetivos de la higiene maternoinfantil pueden agruparse en cuatro categorías: (1) selección ("screening") de los casos tempranos de enfermedades "no identificadas"

y envío de los mismos para recibir la debida atención; (2) previa orientación y educación de los padres (inclusive en materia de nutrición) con el objeto de prevenir enfermedades; (3) la alimentación suplementaria, y (4) la inmunización. El apoyo moral a la madre figura con frecuencia 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 mas 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, definirse una serie de "tareas" * distintas. Asimismo, cada tarea puede identificarse como un elemento integrante de un programa de prevención de una enfermedad concreta. 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 hay que combatir; la labor de proporcionar un complemento específico está relacionada con el control de una determinada enfermedad carencial. Las actividades de "selección" varían considerablemente, desde las entrevistas hasta las pruebas tuberculínicas. Cada una de estas medidas pueden identificarse como una tarea comprendida en un programa de control de una enfermedad determinada.

Son muchos los temas que pueden abarcar la previa orientación y educación sanitaria y muchas las técnicas (en el sentido literal de la palabra) de ofrecer orientación y educación. Cada uno de los aspectos, con su técnica debidamente seleccionada, puede identificarse como una tarea dentro de un programa de control de una enfermedad específica.

* Véase referencia (3) para la definición.

No obstante, la "instrumentación" * de todas estas tareas específicas supone la utilización de recursos humanos y materias 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 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 su aplicación durante el ciclo de maternidad y la primera infancia debe derivarse de la fase de diagnóstico del proceso de planificación, una vez definidas las prioridades relativas de las enfermedades. Este proceso de diagnóstico ya ha sido descrito con anterioridad (3). No obstante, en el caso de la higiene maternoinfantil, merecen especial atención y aclaración tres puntos determinados.

En primer lugar, la clasificación ortodoxa de enfermedad, utilizada para definir las enfermedades y asignarles prioridad es incompleta y puede crear confusiones como base para la planificación de la higiene infantil. La patología de la primera infancia suele ser múltiple, como en el caso del síndrome de la malnutrición diarreica del destete (4). Las investigaciones operativas son necesarias para definir, con exactitud, la contribución de la malnutrición a la mortalidad de la primera infancia. Ahora bien, mientras tanto, es indispensable realizar un cálculo ponderado de esta contribución y que esta labor esté comprendida directamente en la fase de diagnóstico de la planificación, a fin de poder asignar los correspondientes recursos. La parasitosis plantea problemas análogos.

* Véase referencia (3) para la definición.

En segundo lugar, el papel que desempeñan los factores socio-económicos y culturales en la aparición de enfermedades y la posibilidad de modificar estos factores mediante la educación y los consejos de carácter preventivo deben ser evaluados con especial atención en el proceso de planificación. En otra ocasión ya examinamos los métodos generales para esa evaluación (5). Las tareas concretas de la higiene maternoinfantil deben adaptarse a estas realidades y ajustarse a estas limitaciones. Por ejemplo, puede ocurrir que en una comunidad se preparen comidas protectoras para los adultos de una familia, sin ofrecerlas a los niños de corta edad; en otra pueden existir alimentos protectores pero que no se utilicen suficientemente en la dieta familiar y por último, es posible que no existan alimentos protectores. En los dos primeros casos se puede proceder a la educación en materia de nutrición (de distinto modo), pero en el último sería inútil.

En tercer lugar, hay que comprender claramente que en el campo de la higiene maternoinfantil pueden aplicarse con frecuencia una serie de técnicas (en la acepción más común de la palabra) para llevar a cabo la misma labor. Por ejemplo, la labor de determinar los casos de malnutrición proteínocalórica puede desempeñarse mediante diversas técnicas médicas; la tarea educativa a fin de fomentar el lavado de las manos puede efectuarse mediante la comunicación verbal con los individuos o grupos o transmitiendo el mismo mensaje por escrito. Todas las técnicas pueden ser instrumentadas (reducidas a un factor de costo) con relativa facilidad. Esto se ha denominado "determinación del costo de las

alternativas técnicas" (3). En algunos casos, tales como la selección con respecto a la malnutrición o la inmunización, se puede determinar la eficacia desde el punto de vista cuantitativo sobre la base de los datos publicados. En muchos casos, como en el de la educación para fomentar el hábito de lavarse las manos o el consumo de alimentos protectores, no existen datos con los que se pueda medir cuantitativamente la eficacia de la técnica. Y sólo las investigaciones operativas aplicadas pueden facilitar datos de esta naturaleza y, mientras no se obtengan, el "sentido común" bien informado substituirá, aunque inadecuadamente al criterio científico, la primera aproximación se basa en la experiencia.

LOS LUGARES DE APLICACION DE LAS ACTIVIDADES DE HIGIENE MATERNOINFANTIL

La estructura de los servicios de cuidados de la salud se consideran como un continuo que se extiende por la periferia desde una base que es 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 indígena tradicional. Puede ocurrir que los servicios en todos los lugares sean ineficaces y que el sistema esté integrado de manera imperfecta; ahora bien, se observa en Latinoamérica una firme tendencia a regionalizar los servicios y a perfeccionar el sistema desde el punto de vista administrativo. Esta tendencia está vinculada al movimiento hacia la planificación nacional.

Este sistema de servicios de cuidado de la salud ofrece una serie de puntos de contacto "ya preparados" en los que se pueden llevar a cabo las actividades de higiene maternoinfantil o desde los cuáles pueden derivarse sistemas para realizar una labor que se organice. La proporción de madres e hijos que cubra ese sistema dependerá de la fuerza que posea. En la práctica, muchos de esos sistemas no tienen suficiente fuerza, ni logran captarse la confianza de la población. Sin embargo, las actividades de higiene maternoinfantil no pueden dar resultado cuando existe un vacío en la atención médica. La labor de "selección" resulta inútil sin el tratamiento ulterior, y si los servicios de tratamiento ofrecidos no se aceptan, la labor de orientación y educación correrá la misma suerte. Así, pues, la solución de un sistema débil de atención médica estriba en su fortalecimiento, y no en fomentar

el establecimiento de un sistema independiente 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 esta población seleccionada que en la población general. La población que trata de obtener ayuda presentará más enfermedades "insospechadas", es decir, enfermedades que no se relacionan directamente con la molestia principal que motivó el hecho de buscar ayuda, y puede ser objeto de una influencia más firme del esfuerzo educativo, porque éste puede relacionarse con la motivación de buscar ayuda. Por consiguiente, una de las prioridades generales en la preparación de normas de higiene maternoinfantil es la prestación de servicios preventivos y educativos a esta población seleccionada, ya sea directamente o por mediación de sistemas derivados de servicio. 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 los casos de maternidad es un ejemplo de un punto de contacto "ya preparado". Independientemente de su importancia teórica en las prioridades del programa, se trata de un servicio con el que cuentan y contarán todos los habitantes urbanos de la América

Latina, y existen y continuarán instalándose servicios de esta naturaleza para satisfacer la demanda. De esta manera, el servicio de hospital de maternidad en las zonas urbanas se ha convertido en un punto de contacto del servicio de salud con las madres que éstas en general utilizaron con más seguridad y duración; que el de los consultorios prenatales.

Si bien el diagnóstico precoz de complicaciones de embarazo es indudablemente inapropiado en esa fase del ciclo del embarazo, 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, resultan apropiadas. Si la introducción de técnicas para espaciar los nacimientos es una norma nacional aceptada, evidentemente el grupo de mayor prioridad para ofrecer estas técnicas son las mujeres en condiciones de tener hijos, y el momento de prioridad para aplicar el método será en el período de terminación del ciclo del embarazo.

La hospitalización de los niños y las instalaciones de cuidados ambulatorios para atenderlos cuando están enfermos constituyen ejemplos de otros puntos de contacto ya establecidos. En todos ellos se puede llevar a cabo diversas actividades selectivas de diagnóstico. Una de las actividades más sencillas de esta naturaleza es la de pesar a un niño y clasificar su estado nutricional de acuerdo con las normas de peso por edad, pero aún un procedimiento tan sencillo con frecuencia se deja de lado. A la madre del niño hospitalizado o atendido por un servicio de cuidados ambulatorios, por la causa que sea, se le puede

facilitar consejos de carácter preventivo de diversas maneras. Este mensaje a la madre resultará más eficaz si se relaciona con la causa que a movido a la madre a buscar ayuda. La oportunidad del momento de 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 la ansiedad ante una enfermedad haga inoportuno hablar del futuro, pero puede dejarse para más adelante.

LA SELECCION DE PERSONAS QUE HAN DE RECIBIR LOS SERVICIOS

Puesto que los niños son miembros de la familia, el posible alcance de esas actividades pueda ampliarse considerablemente; en efecto, las mujeres embarazadas pueden tener hijos de edad preescolar que esten malnutridos: estos niños malnutridos 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 llevar a la atención de los servicios a otros miembros de la familia.

Sin embargo el tiempo necesario del personal y el costo de aplicar todas las medidas posibles de higiene, aún en el caso de las madres que acuden a los servicios para ser atendidas ellas mismas o algunos de sus hijos, a menudo son de una magnitud superior a las posibilidades de los servicios de cuidado de la salud. Por consiguiente, las normas deben establecer criterios de "vulnerabilidad a enfermedad" en el sentido de que pueden ser aplicados a los pacientes en cada punto de contacto. En efecto, estos criterios son una forma de "selección" por el diagnóstico

basada en los resultados de las entrevistas o en medidas objetivas, como la determinación del peso, que al ser aplicadas colocarían a las familias en un orden de prioridad en 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, y proporcionarse el servicio de manera selectiva en lugar de ser prestado al azar.

En el caso de ciertas tareas específicas de higiene maternoinfantil no será necesario o indicado una selección de los que han de recibir el servicio por orden de prioridad. Así, todos los recién nacidos en un servicio de maternidad pueden ser inmunizados con BCG antes de salir de la institución; todos los niños hospitalizados pueden ser sometidos a la prueba tuberculínica; todos los que acuden a centros de tratamiento ambulatorio pueden ser pesados y, por lo menos en la primera visita, recibir un completo examen físico; y se puede proporcionar a todas las madres que dan a luz en hospitales de maternidad folletos informativos sobre la lactancia natural o invitarlas a asistir a reuniones regulares de grupos en los que se examina la alimentación infantil.

En cambio, para otras tareas específicas es indispensable proceder a una selección de los individuos a atender, debido a la limitación de recursos. Tal es el caso de las actividades de vigilancia ulterior cuando son especialmente indicadas para asegurarse de los resultados (como en familias de antecedentes de abortos) o para la ejecución de la propia tarea (como en la dieta suplementaria). Las actividades de vigilancia ulterior pueden ser incorporadas al sistema ordinario de atención ambula-

toria 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 vigilancia ulterior. No obstante, en todos los casos, estos sistemas se derivan del funcionamiento y la estructura de los servicios de cuidados de la salud, sin constituir actividades por separado.

Para establecer criterios científicos en la selección de grupos y "vulnerables a enfermedades" es preciso obtener datos de investigaciones operativas, y mientras no se disponga de ellos hay que decidir "por sentido común".

LA ALIMENTACION SUPLEMENTARIA

Tal vez no haya otro aspecto de la higiene maternoinfantil tan afectado por la 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 que lleguen a cierta edad es un ideal encomiable. Ahora bien, en general 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 mas importantes a juicio de las personas que han de beneficiarse de ellas. De ahí que la historia de las actividades de distribución de alimentos sin distinción en la América Latina (como en otras regiones en vías de desarrollo) esta llena de fracasos y decepciones.

Lo peor de estos fracasos procede de 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 proceda a una distribución de raciones sin distinción en lugar de efectuarla de manera selectiva.

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 considerado en primer lugar en relación con el programa nacional de nutrición en el cual puede recibir una importante prioridad con respecto a otras acciones 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 maternoinfantil concentradas en la nutrición. Merece ser examinada especialmente en la presente ocasión porque se le asignan, de manera convencional, una importante cantidad de 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 proteínocalórica 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 algunos recursos. La prevención primaria de la malnutrición proteínocalórica 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 detener 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 de la estructura 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 deberán 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 seleccionarán para el mismo puede fijarse ajustando el punto límite del peso por edad a un nivel en que sólo se seleccione el número de niños que los recursos disponibles de alimentos y personal permitan atender.

La segunda fase, o sea la rehabilitación de los niños seleccionados y sus respectivas familias, requerirá el establecimiento de un sistema de vigilancia ulterior de los cuidados, un sistema derivado de la estructura de los cuidados de la salud más bien que un sistema independiente. Son varios los instrumentos 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, enseñando al mismo tiempo a la madre las medidas preventivas y dándole otros consejos educativos. Estos servicios ya se describieron más detalladamente en otra ocasión (5), y constituyen puntos que merecen la más alta prioridad para

la alimentación suplementaria dentro de un servicio de cuidados de la salud. Entre las actividades del servicio pueden figurar también las de envío de pacientes a instituciones de asistencia social, cuando se disponga de ellas.

Cuando la malnutrición constituye un problema de la comunidad suficientemente grave, se puede proceder a una encuesta, casa por casa, de localización de casos (determinando el peso) de todos los niños pequeños de la comunidad, seguida de la administración de una alimentación suplementaria (junto con actividades educativas) a 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, si bien 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 queda justificada como una de las mayores prioridades de salud o nutrición, salvo en condiciones que se aproximen al hambre* (programa vertical de urgencia). Ahora bien, puede justificarse como medida de política social que se deriva de los valores sociales de una nación. En algunos países latinoamericanos, la política nacional obliga a esta distribución de alimentos. Si todos los recursos necesarios no se encaminan hacia la ejecución de la política establecida, esta labor no dejará

* 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.

de ser un ideal falto de sentido e inapropiado para la higiene materno-infantil. 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 tareas seleccionadas 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 vigilar a los niños malnutridos, a pesar de la ración, puede ser la más importante de las tareas.

INMUNIZACION

Son muchos los agentes que 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 las enfermedades transmisibles específicas varía de una comunidad a otra. El examen de todos 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 inmunizador es relativamente bajo comparado con el de otros elementos que componen los cuidados de la salud y, además, su resultado se conoce con más seguridad. La prestación de este servicio preventivo exclusivamente a niños de corta edad es un poco menos lógico 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 ésta y otras razones, existe la tendencia a administrar un solo agente inmunizante o una serie de ellos a la población por medio de campañas especiales, a menudo organizadas a base de la visita casa por casa.

Un método menos espectacular de inmunizar a la población es el de prestar este servicio a la comunidad, de manera regular, durante todo el año. Es curioso el hecho de que estos consultorios funcionen con frecuencia, tan independientemente de los servicios de atención médica y de higiene maternoinfantil 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, hay que determinar y juzgar por sus propios méritos los valores y costos de efectuar tareasseleccionadas 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 un problema de integrar la tarea de inmunizar en la estructura funcional de los servicios de cuidados de la salud o de derivar de éstos un sistema de administración de vacuna.

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 ser administradas cuando el paciente vuelve al consultorio general o a un especial de inmunización, si el número de pacientes

es suficiente. 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 aplicación de un "calendario de inmunización". El "consultorio de inmunización" es una derivación de la estructura de los servicios de cuidados de la salud, y no ocupa 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 ordinarios que las componen.

Evidentemente, el "consultorio de inmunización" derivado de la estructura de los 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 ("screening") tales como entrevistas breves y determinación del peso, y de con-

sejos sobre prevención (simplificados y, de preferencia, proporcionados a un grupo) pueden seleccionarse de la manera antes expuesta y aplicadas a estos puntos de contacto adicionales. No obstante, hay que hacer hincapié una vez más en que la decisión de administrar o no cualquier agente inmunizador a la comunidad debe adoptarse, en primer lugar, sobre la base de prioridades de planificación y de salud. En muchas comunidades, las inmunizaciones pueden representar una utilización de recursos limitados menos importante que otras medidas para mejorar los cuidados de la salud o el saneamiento ambiental. Cuando hay que proceder a la inmunización, es preciso establecer normas para la comunidad a este respecto y revisarlas periódicamente.

EL PROBLEMA DE LAS ZONAS RURALES

La estructura de los servicios de cuidados de la salud es el más débil en los medios rurales. Con frecuencia, los alejados puestos rurales están a cargo de personal auxiliar cuyas funciones de atención médica son insignificantes. El apoyo que recibe el sistema en que trabaja este personal es demasiado débil para permitir una supervisión que mejoraría los aptitudes del propio 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 no resultará satisfactoria si no está también relacionada 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. Así, pues, los fracasos de los programas y los gastos inútiles por concepto de sueldos son comunes.

Por el contrario, la alimentación suplementaria y las inmunizaciones son actividades sencillas pero limitadas que, teóricamente, pueden ser llevadas a cabo por el personal auxiliar de los alejados puestos rurales, con una supervisión mínima. Desgraciadamente, la misma lejanía y aislamiento que impide la supervisión con regularidad, entorpece también la entrega de suministros alimentarios, vacunas y dificulta la obtención de medios 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 durante el servicio del personal auxiliar, de manera que su función dentro de la estructura de los cuidados de la salud pueda fortalecerse.

Otro de los métodos comunes de atender a las zonas rurales son las 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 las acciones de higiene maternoinfantil mencionadas anteriormente.

En general, los servicios rurales de salud de la América Latina no han hecho un gran esfuerzo por influir en el personal indígena

no profesional al que acuden las madres para aconsejarse y recibir cuidados (partera empírica y curandero). Sin embargo, dada la proporción de habitantes que atiende este personal, este esfuerzo es probablemente la primera prioridad que habrá que explorar en el desarrollo de servicios rurales de salud. Hay que tratar de influir en el mencionado personal indígena, 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 darle normas sencillas para la prestación de sus servicios.

Puede ocurrir que estos esfuerzos no resulten satisfactorios por una serie de razones, pero es un error abandonar 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 recursos de atención de la salud, independientemente de que se realice o no el mencionado esfuerzo.

Es difícil terminar un examen de los servicios rurales de salud sin hacer algunas otras referencias a 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 unas investigaciones operativas que establezcan una metodología que pueda repetirse fácilmente y justifique su aplicación, relacionando sus costos con un mejoramiento demostrable de la salud maternoinfantil.

CONSULTORIOS PRENATALES, CONSULTORIOS DE NIÑOS SANOS Y VISITAS DOMICILIARIAS

En el anterior análisis hemos dejado deliberadamente de lado estos tres importantes aspectos de los servicios tradicionales de higiene materno-infantil 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 vigilancia complementaria ulterior derivadas de la misma estructura. Se ha hecho hincapié en que este sistema es el punto de partida de mayor prioridad para la elaboración de normas de higiene materno-infantil. La distinción entre los sistemas de vigilancia ulterior descritos y los tres aspectos tradicionales de los servicios de higiene materno-infantil 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, la situación es distinta cuando se trata de visitas domiciliarias muy especiales, relacionadas con sistemas de vigilancia 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 vigilancia 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 éste 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 las gotas de leche depende 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 los lactantes sumamente "vulnerables a enfermedades" y malnutridos, cuyas madres necesitan especial supervisión, pueden ser seleccionados para recibir servicios más intensivos de vigilancia ulterior y especiales. La educación en materia de nutrición es una tarea de los servicios de higiene materno-infantil que, indudablemente, merece alta prioridad en la América Latina. Y lo que más necesita modificación no es el objetivo sino los puntos en que, o desde los cuales, se desempeña la tarea, y las técnicas que se emplean.

Los mismos principios 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 las patologías

más prevalentes y evitables durante el ciclo de maternidad o relacionadas con él, y el desarrollo de un programa de cuidados maternos 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 puede determinarse su necesidad 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 se deriva 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 la América Latina, el nivel de las actividades que exigen las normas actuales de higiene maternoinfantil no se alcanzará en muchos años.

LA ELABORACION DE NORMAS

Son relativamente pocos -- si es que hay alguno -- los países de la América Latina que presenten suficiente homogeneidad para preparar 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. Se pueden identificar, a nivel nacional, grandes 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, la preparación de normas de higiene maternoinfantil y su integración en las que rigen a los servicios de cuidado de la salud, pueden resumirse en una serie de medidas aplicables a nivel regional y local:

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 en la alimentación infantil que pueden causar o contribuir a estos estados patológicos.
3. Determinar en líneas generales las acciones de higiene maternoinfantil que pueden aplicarse para el descubrimiento precoz de los estados patológicos, para su prevención o para evitar su avance.
4. Calcular la proporción de la población maternoinfantil 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 indígenas hasta el hospital central.

5. Seleccionar las acciones y tareas que pueden aplicarse directamente en cada punto de contacto o conducir a la derivación de un sistema de vigilancia ulterior, estableciendo prioridades para ellas en cada uno de los puntos de contacto. Los sistemas de vigilancia ulterior ofrecen otros puntos de contacto para aplicar aquellas tareas.
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 a ella el orden de prioridad.
7. Enumerar las técnicas (en la acepción más común del término) disponibles para realizar cada tarea en cada punto de contacto y colocarlas en orden de probable eficacia.
8. Reducir cada tarea a un instrumento* que pueda expresarse en términos de costo per cápita.
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 materno-infantil o enviadas a servicios especiales de vigilancia ulterior.
10. Preparar tres planes alternativos para la prestación de

* Véase referencia (3).

servicios de higiene maternoinfantil a una población es decir, 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 vigilancia 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 prioridad-costo-equilibrio de criterios distintos de selección de personas a atender y diferentes técnicas para efectuar una tarea o eliminarla.

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

Las normas especiales sólo se prepararán para los sistemas de servicios de vigilancia 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.

MITO Y REALIDAD DE LA PLANIFICACION

Para llevar a la práctica estos conceptos se necesitarán cambios radicales en las normas sobre actividades de higiene maternoinfantil, en la distribución de personal y asignación de tiempo del mismo 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 que rodean al diseño y ejecución de los planes de salud impiden y propulsan los cambios. Los impiden los mitos que desfiguran la historia de la salud pública y que conducen a una repetición ritual de sistemas de servicio cuya lógica y finalidad no se justifican en el contexto de la América Latina. La estructura separada del servicio de higiene maternoinfantil es, en efecto, ese ritual.*

Los mitos de salud pública que sustituyen al hecho científico por una supuesta sabiduría impiden los cambios. Este punto ya ha sido

* Por el contrario, 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".

mencionado varias veces al poner de relieve la necesidad de investigaciones operativas para deshacer estos mitos.

También impiden los cambios aquellos mitos que diefican al médico y a sus colaboradores paramédicos y las 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 la educación médica y paramédica y el adiestramiento durante el servicio, así como 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 éste 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 higiene maternoinfantil de la planificación de salud, cuando lógicamente todos los subsectores de salud, en realidad todos los sectores del plan nacional, han de repercutir en la salud de las madres de los niños y de las unidades familiares a que pertenezcan.

De todos modos, las aspiraciones humanas expresadas por 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 encaminar las fuerzas 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 a los planes que impulsan hacia esa meta. Sería un grave error de juicio ignorar esta expresión especial o restringir su exposición a un estrecho sector denominado de higiene maternoinfantil. La expresión de estas aspiraciones deberá aunar, desde los propios planes de salud, todo el campo de acción que beneficiará a la madre y al niño. Este campo de acción debe exponerse para que todo el público lo vea, con 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 cuatrienales 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 América, 1961-1962, (1964).

2. Yankauer, A., Análisis Histórico de los Programas de Reducción de la Mortalidad de la Primera Infancia en América Latina, Bol. OSP, 60:77 (julio) 1963.

3. Programación de la salud--Problemas Conceptuales y Metodológicos, Ahumada, J. et al.

4. Control de las Infecciones Entéricas, Pub. Téc. de la OPS, Nº 100, 1964.

5. Un Programa de Salud para madres y niños. A. Yankauer (por publicar).