PROYECTO INTERINSTITUCIONAL DE POBREZA CRITICA EN AMERICA LATINA

Organismos participantes del Proyecto: PNUD, CEPAL, UNICEF, LIPES y CELADE

RESTRINGIDO

E/CEPAL/PROY.1/R.29
E/ICEF/SIMP.10
Noviembre de 1979

ORIGINAL: ESPAÑOL

LA POBREZA Y EL NIÑO: INTERVENCIONES PRIORITARIAS EN SALUD

Leonardo Mata, Consultor

El autor, Catedrático y Director del Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) preparó este estudio a título personal como contribución al Simposio Regional sobre la Pobreza Crítica en la Niñez. Las opiniones expresadas en este estudio son de su exclusiva responsabilidad y pueden no representar las de las instituciones participantes en el Proyecto.

79-11-2805

CONTENIDO

Pobreza y privación en sociedades tradicionales aisladas.

Es posible que exista una buena nutrición en un ambiente de pobreza y privación, como ocurre entre los Amerindios que viven en casi total aislamiento del mundo occidental. Se ha revelado que el aislamiento de las comunidades amerindias se traduce en una ausencia de los microbios y virus que causan las enfermedades debilitantes y letales (tuberculosis, sarampión, tosferina y diarreas).

Recientemente pude confirmar en un asentamiento de Amerindios Guaymí en la frontera entre Costa Rica y Panamá, que ninguno de los niños preescolares presentaba desnutrición de acuerdo al Peso para la Talla (Figura 1) 1/. La población se encuentra bastante aislada de otras localidades, siendo su acceso durante la mayor parte del año, muy difícil. Además, las viviendas están bastante separadas unas de las otras, a veces por distancias que requieren de varias horas a pie, entre selvas y forestas, para cubrirlas. Tal situación ecológica dificulta notablemente la posibilidad de transmisión de agentes infecciosos patógenos, lo que parece explicar la ausencia de desnutrición. El hecho es todavía más interesante por cuanto la dieta de los Guaymíes es monótona y poco variada, constituida prímordialmente de frijol y maíz, suplementados con algunos vegetales y frutas y con muy poco proteína de origen animal.

A pesar del buen estado nutricional existe una alta mortalidad en niños, probablemente consecuente a la introducción de virus y bacterias, ya sea por habitantes que regresan de visitar los centros urbanos o por foráneos que acarrean infecciones al asentamiento. La baja inmunidad prevalente parece favorecer el desarrollo de brotes epidémicos que eliminan a los débiles e inmunizan a los demás, estableciéndose la selección de los más aptos. Aun así, el ambiente

---

1/ Mata, L. Child Deprivation and Malnutrition: Observations in Guatemala and Costa Rica. Food and Health. FAO, Roma, en prensa, 1979.

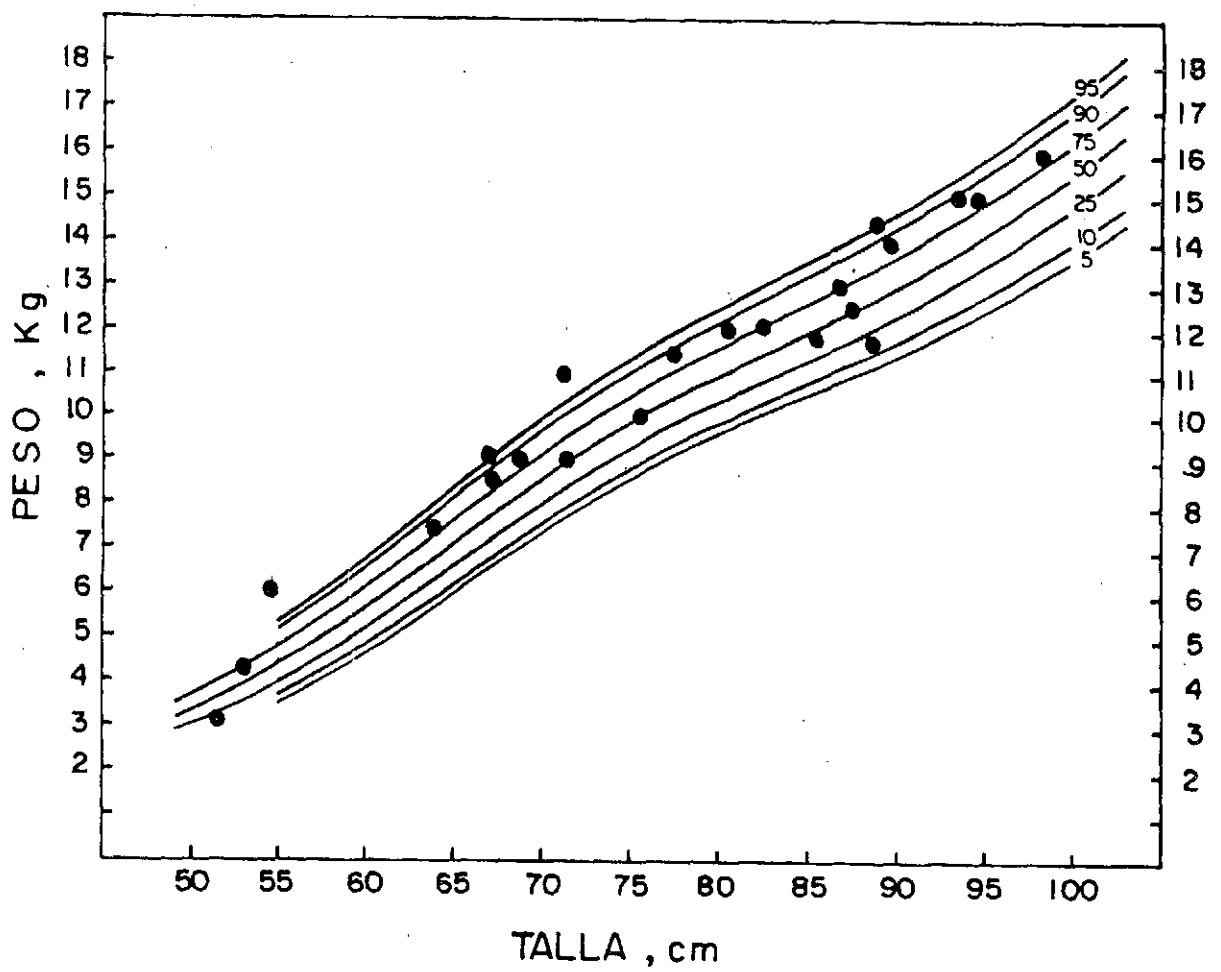

Figura 1. Estado nutricional de 22 niños Guaymíes de Costa Rica, de acuerdo a la relación Peso para Talla. Las curvas empleadas son las del "National Center for Health Statistics-Center for Disease Control" de los Estados Unidos de Norteamérica (1977). Nótese que los niños, que representan prácticamente todo el universo de preescolares, están bien nutridos, la mayoría por encima del 50 percentilo. Una situación similar se observó con las niñas, así como con los adultos (Mata, L., S. Murillo y P. Straley, datos inéditos del INISA, 1979).

de los Guaymíes, por tradición, es de pobreza y privación, evidente a los habitantes que salen a conocer el mundo exterior y que pueden regresar anhelando lo que ahí se disfruta.

Durante las últimas décadas el panorama de los Guaymíes de Costa Rica se ha complicado por el intento sistemático de usurpación de sus tierras por el "hombre blanco", o por la adopción de ciertas costumbres y hábitos occidentales, tales como la alimentación con fórmulas, el consumo de alimentos elaborados, el alcoholismo, y otros malos hábitos de vida.

Pobreza, privación y desnutrición en sociedades tradicionales hacinadas.

Sin embargo, la situación de los Guaymíes es la excepción, ya que la pobreza y el subdesarrollo, y la desnutrición y muerte que la acompañan, es la norma para vastos sectores de los países latinoamericanos.

La alta capacidad de adaptación al medio ambiente, que caracteriza a las poblaciones indígenas y mestizas del continente, ha favorecido su eficiente multiplicación y sobrevivencia hasta constituir masas poblacionales hacinadas en ciudades y áreas rurales.

Mi experiencia se basa en el estudio prospectivo de 12 años de duración de la población Maya-Cakchiquel de Santa María Cauqué, en el altiplano de Guatemala 2/. Dicha experiencia ha sido complementada por visitas a comunidades rurales de otros países del Continente Americano, y por varios años de observación en áreas rurales de Costa Rica. La similitud de los ambientes y de sus efectos en la mayoría de los asentamientos visitados, es impresionante.

Sin ánimo de generalizar, pero sin perder de vista elementos comunes a los diversos ecosistemas, las características de la pobreza son el hacinamiento de viviendas y personas, deficiente higiene e iluminación de las moradas, promiscuidad, carestía de agua potable y dietas pobres e imbalanceadas 2/.

2/. Mata, L.J. The Children of Santa María Cauqué: A prospective field study of health and growth. The MIT Press, Cambridge, Mass., 1978.

El determinante común de la situación descrita es el subdesarrolo. La agricultura es primitiva, de subsistencia, y a pesar de que tiene un bajo rendimiento, demanda un gran insumo de energía laboral. Por otro lado, tal agricultura a menudo causa desvastación ecológica. En conjunción con el bajo nivel educacional de los habitantes, convierte los campos de trabajo, al igual que ocurre con los predios de la casa, en focos de infección por uncinarias y otros parásitos. Además, el crecimiento demográfico resulta en la conversión de tierra fértil en tierra urbana, un serio problema en el mundo actual 3/.

Por encima de todo, la condición psico-socio-política que viven muchos países, no estimula la producción agrícola, usurpa la tierra y viola los derechos humanos mediante sistemas de represión que engendran violencia y mayor privación y pobreza 4/.

A nivel familiar, la carestía de agua, la disponibilidad de sólo una o dos camas (o petates) para toda la familia, la inadecuada disposición de excretas, la ausencia o deficiencia de servicios médicos 5/, y los limitados ingresos económicos, en última instancia son quienes determinan la alta morbilidad y desnutrición de las poblaciones tradicionales de América Latina.

El Estudio Cauqué reveló que a pesar de los nobles rasgos culturales de los Mayas; de su estabilidad emocional, estoicismo y fortaleza; de sus aptitudes para la lactancia materna y crianza del niño; el subdesarrollo, superpoblación y pobreza, mantienen un altísimo índice de infección y desnutrición asociados a una considerable mortalidad durante los primeros años de vida 6/.

3/ Eckholm, E. Losing Ground. Environmental Stress and World Food Prospects. W.W. Norton & Co. Inc., New York.

4/ Mata, L.J. The environment of the malnourished child. En: Nutrition and Agricultural Development. Significance and potential for the Tropics. N.S. Scrimshaw & M. Béhar (editores). N.Y., p.45, 1976.

5/ OPS. Las condiciones de salud en las Américas 1973-1976. OPS/OMS. Washington, 1978.

6/ Mata, L.J. (Op. cit) 1978.

Así, ningún niño preescolar escapa a las enfermedades de la primera infancia; el niño experimenta un promedio de 8 episodios de diarrea por año durante el segundo año de vida. Los procesos infecciosos a menudo se acompañan de debilitamiento, anorexia 7/, deshidratación y fiebre, pérdida de peso y de nutrientes, y alteraciones en el funcionamiento de órganos y sistemas, así como de perturbaciones en la conducta. El efecto acumulativo de los procesos infecciosos y enfermedades crónicas resulta en desgaste y achicamiento (Figuras 2 y 3) e interfiere con la interacción entre el niño y su familia así como con su aprendizaje, contribuyendo al deterioro del rendimiento y creatividad 8/. El fenómeno es más evidente cuando el niño es separado de su hogar por hospitalización o por desintegración familiar 9/.

Pobreza, privación y desnutrición en sociedades en transición.

La transición se caracteriza por la rápida adquisición de características, valores y hábitos de vida que son propios de las sociedades avanzadas y modernas. Muchos de los elementos adquiridos son beneficiosos, pero otros son nocivos ya sea por su naturaleza intrínseca o porque su implementación se realiza en forma inadecuada. Los países en transición manifiestan cambios evolutivos positivos en el nivel de salud que se reflejan en una disminución de la mortalidad infantil y de la natalidad, así como en un aumento en la expectativa de vida al nacer, indicativo de mejoras en la calidad de la vida 10/, 11/, 12/.

7/ Mata, L. The malnutrition-infection complex and its environmental factors. Proc. Nutr. Soc., 38: 29, 1979a.

8/ Cravioto, J. Comunicación personal. Diciembre, 1978. Instituto Nacional de Ciencias y Tecnología de la Salud del Niño,DIF.México DF.

9/ Goodall, J. Malnutrition and the family: deprivation in kwashiorkor. Proc. Nutr. Soc., 38: 17, 1979.

10/ Mohs, E. Evaluation of nutrition in a transitional society: Costa Rica. En: Nutrition in Transition. Proc. Western Hemisph. Nutr. Congr. V, p. 34, 1978. American Medical Assn., Chicago, EE.UU.

11/ Dueñas-Gómez, E. et al. Criterios en la planificación de la atención pediátrica en Cuba. Rev. Gub Ped. 47: 449, 1975.

12/ Mata, L.J. y E. Mohs. Cambios culturales y nutricionales en Costa Rica. Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.), 33: 579, 1976.

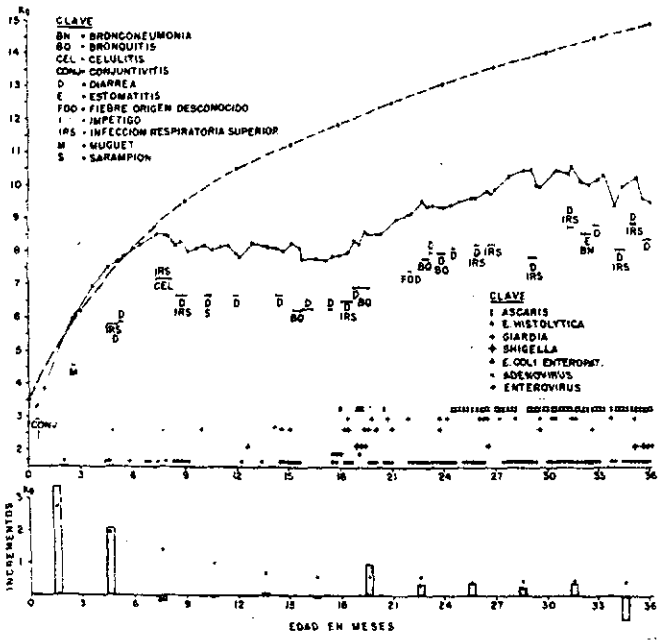

Figura 2. Curva de peso de un niño del Estudio Cauqué observado desde el nacimiento hasta los tres años de edad. La comparación del crecimiento se ha hecho con la mediana del estándar de Boston-Iowa (Jackson y Kelly, J.Pediat., 27:215, 1945). Obsérvese que el crecimiento del varón fue adecuado durante los primeros seis meses de vida en que recibió leche materna, a pesar de estar expuesto a infecciones repetidas durante ese período. Los incrementos de peso fueron según lo esperado por la curva normal, o ligeramente en exceso. A partir del sexto mes, en que se inició la alimentación suplementaria con preparaciones generalmente contaminadas y deficientes en cantidad y valor biológico, se observó alteraciones en el crecimiento. En ese período se observó una alta frecuencia de infecciones y enfermedades infecciosas, a menudo acompañadas de fiebre, anorexia y debilidad. Durante más de un año el niño prácticamente no ganó peso. Eventualmente, cuando el niño había adquirido un nivel importante de inmunidad a las infecciones, experimentó varios meses de buena salud, y el crecimeinto fue casi normal. No obstante, se observó un nuevo deterioro del estado nutricional alrededor de los 29 meses de edad, coincidental a la aparición de diarreas y otras enfermedades infecciosas (Mata, L.J., The Children of Santa María Cauqué. The MIT Press, Cambridge, Mass., 1978). Es importante recalcar que este niño es bastante representativo da la falange estudiada durante varios años.

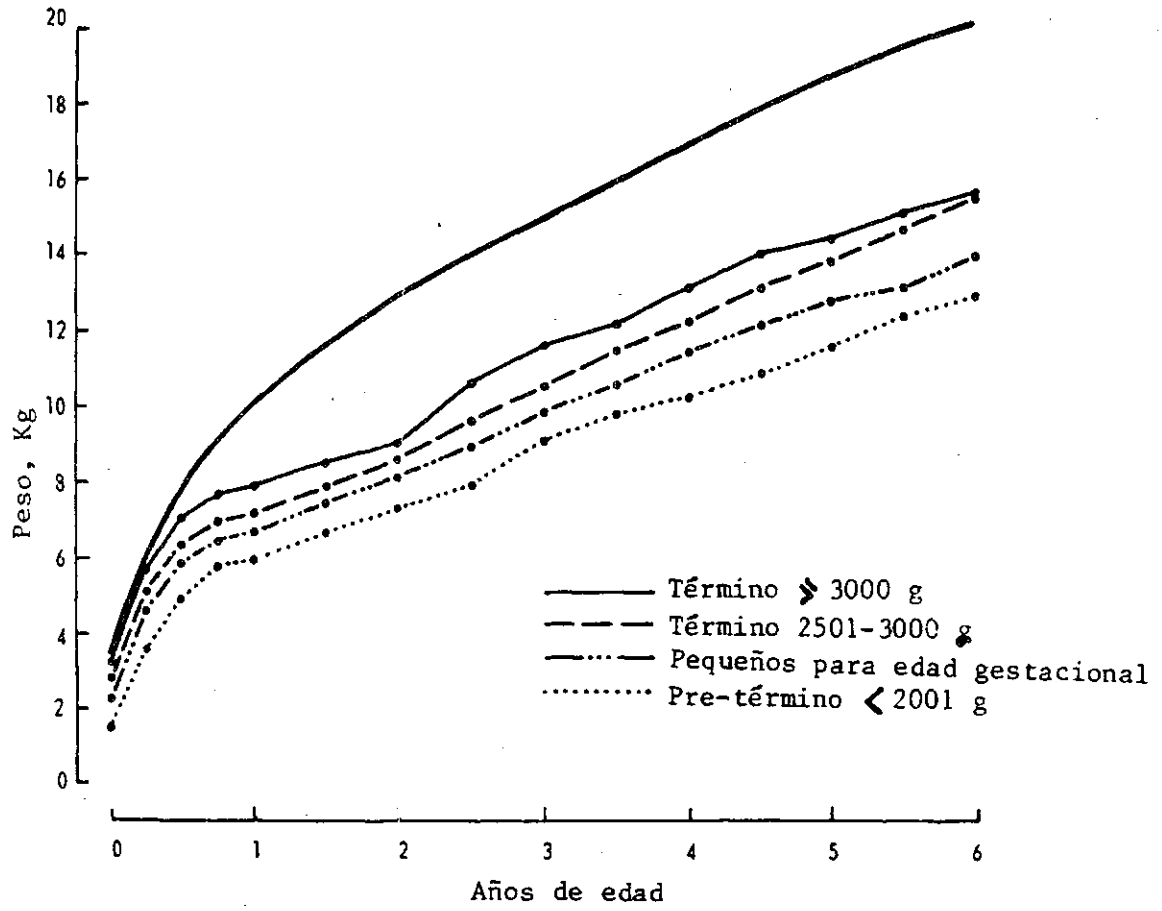

Figura 3. Curvas de crecimiento de falanges (cohortes) de niños de Cauqué observados desde el nacimiento hasta los seis años de edad. Las falanges fueron agrupadas por su grado de madurez o inmadurez fetal determinada por peso al nacer y edad gestacional. La comparación se hace con la mediana del estándar de Boston Iowa. Es evidente que la población mostró en general, buen crecimiento (en peso, talla y otros parámetros) durante los primeros meses de vida. Rápidamente el ambiente negativo empezó a ejercer su efecto "achicador" y "desgastador" resultando en curvas de crecimiento subóptimo, independiente del grado de madurez fetal. Sin embargo, la madurez fetal mostró su efecto a través de todo el período de observación en el sentido de que los niños con mejor nutrición al nacer fueron los que tenían el mejor crecimiento postnatal. (Mata, L., The Children of Santa María Cauqué. The MIT Press., Cambridge, Mass., 1978)'

Parece ser que los recientes cambios observados en países como Trinidad-Tobago, Cuba y Costa Rica, han sido posible gracias al énfasis que en ellos se ha dado al modelo de desarrollo social en contraposición al modelo de desarrollo económico.

No obstante, la rápida transición de muchas naciones en desarrollo, consecuente al crecimiento económico no planificado ni orientado a los intereses de la sociedad global, ha generado fenómenos como la despoblación de áreas rurales, la formación de anillos de miseria en las ciudades y el aumento relativo de la pobreza 13/ 14/. Con la transición, la familia ha pasado de extendida a nuclear, aislando a los padres jóvenes de los adultos más experimentados. La integración de la mujer a la fuerza de trabajo contribuye, junto con otros mecanismos desviantes y neurotizantes de la ciudad, a un aumento en el stress y patología social.

Así, prevalece una mortalidad infantil muy alta en ciudades importantes de Latinoamérica 15/, y se ha registrado un aumento en la prevalencia de desnutrición, particularmente de tipo marasmático, consecuente a cambios culturales y a políticas de desarrollo agrícola. Estas pueden resultar en la exportación de granos básicos con la consecuente merma para el mercado local 16/. La desnutrición que prevalece se asocia al bajo peso al nacer, a la substitución de la lactancia materna por la alimentación artificial, a la baja disponibilidad de alimentos, en fin a la pobreza.

A pesar de que los habitantes pobres de las ciudades pueden creer que se encuentran mejor que en las áreas rurales, el trasfondo de ese espejismo de bienestar es un ambiente en el cual la madre generalmente carece de la

---

13/ Hollnsteiner, M.R. L'environment misérable de l'enfant dans les bidonvilles. Les Carnets de l'Enfance, 43: 11, 1978.

14/ Nelson, J. y P.E. Mandl. Peri-urban malnutrition, a neglected problem. Patterns and approaches. Les Carnets de l'Enfance, 43: 25, 1978.

15/ Puffer, R.R. y C.V. Serrano. Patterns of Mortality in Childhood, Scientific Pub. No. 262, PAHO, Washington, D.C., 1973.

16/ Chafkin, S.H. Beyond the green revolution: some food and nutrition issues in the 1980s. Food and Nutr. Bull., 1:8, 1979.

tecnología apropiada innata en la mujer rural 17/. A menudo la madre no conoce las técnicas para almacenar el agua de beber en forma higiénica, ni los procedimientos para preparar papillas, masas y purés para ablactar al niño. La madre está expuesta a numerosos factores que interfieren con la lactancia materna 18/. Se ha descrito la existencia de "incompetencia materna", manifiesta en la incapacidad de la madre de vigilar la salud del niño, de acudir al puesto o centro de salud para las vacunaciones, de rehidratar al niño con diarrea, o de alimentarlo durante la convalecencia 19/. La deficiencia en competencia materna aumenta el riesgo de muerte del niño y parece estar relacionada con los factores que generan una alta fertilidad en un ambiente de pobreza 20/.

Así, mientras que en sociedades tradicionales, la privación y subdesarrollo fundamentalmente inducen una alta morbilidad y desnutrición, en las sociedades en rápida transición el riesgo mayor es el de privación materna, negligencia y falta de estímulo y, eventualmente, agresión psíquica y física. Ya se acepta que la agresión al niño frecuentemente se acompaña de desnutrición 21/. Recientemente pudimos observar que la prevalencia de desnutrición crónica en niños admitidos al hospital por agresión física, era 3 a 7 veces mayor que la de niños de la misma edad en la población general 22/. El hecho sólo puede explicarse postulando que la agresión se inicia en forma de malas técnicas de alimentación e incluso supresión de los alimentos al niño, o como castigo psicológico o físico que induce anorexia, apatía y eventual "separación" del niño del núcleo familiar.

17/ Mata, L. (Op. cit., 1979a)

18/ Jelliffe, D.B. y E.F.P. Jelliffe. Human Milk in the Modern World. Psychosocial, Nutritional, and economic significance. Oxford Univ. Press., Oxford, 1978.

19/ Wray, J.D. y A. Aguirre. Protein calorie malnutrition in Candelaria, Colombia. I. Prevalence, social and demographic causal factors. J. Trop. Ped., 15: 93, 1969.

20/ Scrimshaw, S.C.M. Infant mortality and behavior in the regulation of family size. Pop. Develop. Rev., 4: 383, 1971.

21/ Kempe, R.S. y C.H. Kempe. Child Abuse. Fontana/Open Books, London, 1978.

22/ Mata, L. Desnutrición energético-proteínica en Costa Rica-1979. Rev. Méd. Hosp. Nac. Niños, 14 (número extraordinario): 55, 1979b.

El reconocimiento relativamente reciente de que el síndrome de "failure-to-thrive" a menudo resulta de la agresión al niño en sociedades avanzadas 23/ constata lo anterior. También evidencia que la pobreza y privación existe en sociedades afluentes.

Los Derechos del Niño.

Desde el punto de vista biomédico, pueden postularse ciertos Derechos del Niño, relativamente distintos de los clásicos derechos declarados por las Naciones Unidas. La observancia de esos derechos resultaría en una salud y bienestar infantil óptimos. El reconocimiento de los Derechos del Niño es condición sine qua non para el establecimiento de prioridades de acción, y en especial para el diseño y ejecución de medidas correctivas y preventivas.

a. El Niño tiene derecho a ser deseado.

El ser deseado demanda el que los padres (o la madre cuando así corresponda) gocen de salud y madurez cuando deciden concebirlo. Implica necesariamente cierto grado de evolución y educación para evitar la concepción precoz, el embarazo no deseado, y sobre todo, la concepción en ambientes de privación que no garantizan el cuidado y supervivencia del producto. Este derecho tiene implicaciones para la planificación familiar.

b. El Niño tiene derecho a una gestación óptima.

La sociedad y la responsabilidad individual deben proveer las condiciones para una supervisión óptima de la evolución del embarazo. Este derecho concierne a los sistemas de atención pre-natal así como a la legislación pertinente sobre protección de la mujer embarazada.

c. El Niño tiene derecho a nacer en forma óptima.

Este derecho implica que la sociedad debe asegurar una adecuada preparación de la madre para el parto. Concierne al fomento del parto natural, y a la disminución del daño iatrogénico. Debe considerar la

---

23/ Pollitt, E., A.W. Eichler, y C-K Chan. Psychosocial development and behavior of mothers of failure-to-thrive children. Amer. J. Orthopsychiat., 45: 525, 1975.

estimulación precoz de la madre y del niño a fin de promover un óptimo crecimiento y desarrollo. Incluye la caracterización y clasificación del neonato a fin de prevenir y tratar males congénitos, así como la rehabilitación del niño cuando sea del caso.

ch. El Niño tiene derecho a una alimentación completa.

El cumplimiento de este derecho depende en gran parte de observar el derecho anterior. Compete específicamente a la lactancia por un período de varios meses, y a la ablactación apropiada con alimentos naturales, adminstrados en forma higiénica y apropiada.

d. El Niño tiene derecho a la protección contra la enfermedad.

Este derecho concierne a la caracterización del neonato a fin de determinar anormalidades congénitas, aunque lo más importante se refiere a la etapa postneonatal. Su observancia demanda infraestructuras de salud que permitan la prevención de enfermedades transmisibles, la vigilancia de la salud y crecimiento y desarrollo, y el tratamiento y rehabilitación de enfermedades y deficiencias. Gran parte de la protección contra la enfermedad, en particular infecciosa, depende de la calidad del ambiente, lo que demanda un enfoque holístico con implementación de toda una gama de intervenciones.

e. El Niño tienen derecho a una estimulación psico-social óptima.

Este derecho concierne a la calidad de la vida global. Fundamentalmente compete a la educación de los padres y de los niños. Debe contemplar mecanismos para la detección de signos en el hogar que puedieran indicar riesgos contra la integridad física y mental del niño. Requiere también de la infraestructura para la orientación social y tratamiento de los padres agresosres, de los minusválidos, de los menores infractores, y sobre todo de los niños marginados.

f. El Niño tiene derecho a una educación coherente.

Este derecho implica que la educación se inicie a temprana edad, tomando en condición la naturaleza y valores humanos así como la calidad del ecosistema y la función del individuo en la sociedad.

El estudio de los derechos enunciados conducirá en forma lógica a la planificación de las acciones de salud, La identificación de las áreas de acción y la selección de las intervenciones como un proceso uniforme que lleve a una meta común, independiente de los caminos que pudieran escogerse.

Intervenciones prioritarias en salud.

Hasta hace dos décadas el espíritu prevaleciente en mesas de discusión sobre intervenciones en salud, era el de frustración ante la importancia de poder aplicar medidas holísticas o integrales a la solución de los problemas de salud. Mientras los gobiernos invertían una buena parte del presupuesto nacional en armamentos y empresas militares, los planificadores sabían que sólo podían contar con presupuestos paupérrimos para desarrollar los programas.

El elevado costo que requiere el mejoramiento del saneamiento ambiental, por ejemplo, llegó a distorsionar el pensamiento científico al postularse que era preciso mejorar el estado nutricional para contrarrestar los efectos de la diarrea. Sabemos que no puede existir una buena nutrición sin la prevención y control de la diarrea y sus efectos 24/. El panorama en Costa Rica demuestra el impacto que el control de las diarreas y otras enfermedades transmisibles tiene sobre la situación general de nutrición y salud. El énfasis dado al enfoque holístico en las Reuniones de Punta del Este y Santiago demostró la factibilidad de logros importantes cuando se fijan metas y se hacen esfuerzos para cumplirlas. Así, las

---

24/ Mata, L.J., R.A. Kronmal y H. Villegas. Diarrhoeal diseases: a leading world health problem. En: 43 Nobel Symposium. "Cholera and Related Diarrhoeas: Mollecular Aspects of a Global Health Problem". Elsevier, North Holland, 1979.

estadísticas revelan que la mayoría de los países latinoamericanos han logrado avances importantes en la disponibilidad de agua, programas de inmunización y otras intervenciones.

La importancia del enfoque holístico, demostrada en los cambios observados en Cuba y Costa Rica, por ejemplo, contrasta con el fracaso e incluso efectos negativos que las intervenciones pueden tener cuando se aplican en forma aislada o individual. El tema ha sido ampliamente demostrado con ejemplos específicos que destacan el poco impacto o fracaso de programas de suplementación alimentaria o de las clínicas de atención de la salud 25/ 26/ 27/.

Las intervenciones prioritarias en salud pueden dividírselas en intervenciones sobre el ambiente e intervenciones sobre el individuo. Ambas deben tener como meta el disminuir la pobreza, aumentar el nivel educacional, y mejorar los hábitos de vida y salud de los individuos.

a. Intervenciones sobre el ambiente.

Debe contemplarse el problema en forma holística impulsando el desarrollo social y económico de las comunidades. La acción requiere de reestructurar la filosofía que alienta a los gobiernos a fin de dar mayor impulso a la descentralización del poder, a la organización comunitaria, y a la distribución de mayores recursos en áreas y clases necesitadas.

Las acciones específicas son aquellas que competen al ambiente social, económico y sanitario de las comunidades, a saber:

Reforma agraria

Mejoras en el nivel de información de la sociedad

Control y estabilización de salarios

Control y estabilización de precios de alimentos

Disfrute de las garantías individuales y laborales

25/ Anderson, M.A. Care Preschool Nutrition Project: Phase II Report. CARE, N.Y. Agosto, 1977.

26/ McDermott, W., K.W. Deuschle y C.R. Bannett. Health care experiment at Many Farms. Science, 175: 23, 1972.

27/ Mata, L.J. (Op. cit., 1978)

Mejoras en la educación

Organización comunitaria para la vigilancia de la salud

Protección del ambiente

b. Intervenciones sobre el individuo.

De nuevo deben aplicarse en forma holística. Las acciones se refieren a mejorar la calidad del individuo y requieren de esfuerzos de tipo societal e individual. Ellas son:

Establecimiento de un patrón de reproducción óptimo

Mejora del nivel de conocimientos del individuo

Atención prenatal adecuada

Humanización del parto y atención del recién nacido

Alimentación óptima y estimulación del lactante

Protección contra la enfermedad

Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño

Tratamiento y prevención de los defectos

Rehabilitación

Educación sobre problemas de salud

Modos y formas de implementación de las intervenciones.

Mucho se ha logrado con el cambio de pensamiento que postuló, y luego demostró, que la salud de los individuos es de la responsabilidad de "médicos descalzos" y no sólo de los médicos del hospital 28/. En el presente no se cuestiona la necesidad de desarrollar infraestructuras de salud que permitan llevar los servicios de salud a toda la población. La paticipación de auxiliares de salud ha sido superada por el concepto de participación y responsabilidad comunitaria en la conservación de la salud que ahora incluye la participación de los niños mayores en la vigilancia de la salud de los pequeños 29/.

Los países en desarrollo han establecido infraestructuras acordes con el sistema de gobierno, recursos y evolución filosófica 30/, permitiendo logros cuantificables, similares entre sí a pesar de que los

---

28/ Newell, K.W. La Salud por el Pueblo. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1975.

29/ Aarons, A., H. Hawes y J. Gayton. Child-to-Child. Macmillan Press, Londres, 1979.

30/ Villegas, H. Extensión y cobertura de salud en Costa Rica. Bol. Of. San. Panam., 83: 537, 1977.

mecanismos efectores pudieren haber sido diferentes. Tal observación llena de optimismo y ofrece posibilidades de implementación de programas variados y novedosos.

a. Concepción del niño.

En la China Popular, se regula la edad de la concepción y el tamaño de la familia mediante acciones de tipo societal, que permiten una disminución dramática de la natalidad, prematuridad y mortalidad infantil 31/. En algunos países de Latinoamérica se han logrado avances similares a través de una mayor disponibilidad de anticonceptivos, educación sexual y responsabilidad individual 32/. Sin embargo, se requiere de heroicos esfuerzos para elevar el nivel de educación necesaria para fomentar un patrón de reproducción óptimo.

b. Atención prenatal.

Los programas de salud comunitaria dan mucho énfasis a la atención prenatal. No obstante, los programas existentes debe humanizarse más. La información que se recoge sobre la mujer embarazada permanece en los hospitales, centros y puestos de salud. No existe en la mayoría de los países un carnet o pasaporte propiedad de la madre, en donde conste su experiencia obstétrica y evolución del embarazo presente. Los servicios que se prestan son incompletos, siendo preciso la incorporación de estudios adicionales, como la detección de bacteriurias.

Por otro lado, la legislación es defectuosa en la mayoría de los países, ya que no garantiza la protección estatal de la mujer soltera, de la progenie de la unión libre, ni asegura una adecuada incapacitación por maternidad.

c. El Parto.

La institucionalización del parto ha ocurrido rápidamente en algunos países (en Costa Rica, más del 85% de los nacimientos sucede en hospitales) sin que simultáneamente se formentara el parto psicoprofiláctico. Por otro lado, la atención del parto en general es inhumana y altamente traumática para la madre. La institucionalización ha resultado en la substitución de la partera o comadrona experimentada

---

31/ Sidel, V.W. y R. Sidel. Serve the People: Observations on Medicine in the People's Republic of China. Beacon Press, Boston, 1973

32/ Fox, R.W. y J.W. Huguet. Tendencias demográficas y de urbanización en América Central y Panamá. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C., 1978.

de la comunidad rural por el interno o residente poco experimentado. Ha habido una disminución importante en mortalidad materna, pero puede ser que parte de la misma haya ocurrido a expensas de un aumento en la incidencia de sufrimiento fetal y parálisis cerebral, por ejemplo.

Por otro lado, todavía no se logra implementar en la mayoría de los hospitales la práctica de estimulación temprana del niño (contacto piel-piel, percepción visual, succión del pezón, etc.), lo cual pone en gran desventaja al niño frente al ambiente prevaleciente en las áreas rurales y urbanas miserables. Finalmente, no existen programas de tamizaje del recién nacido en la mayoría de los países latinoamericanos, para descubrir el hipotiroidismo y otros errores congénitos prevenibles 33/ 34/.

ch. Alimentación.

La separación de la madre y el niño en los hospitales, acoplada a la promoción de fórmulas lácteas y alimentos empacados, son causa actual del destete precoz. Los factores complicantes ya han sido mencionados 35/. Es preciso entonces fomentar la interacción madre-niño 36/, la creación de bancos de leche materna, el cambio en las normas hospitalarias respectivas, legislación restrictiva sobre la venta y promoción de fórmulas lácteas y alimentos procesados, a fin de formentar la lactancia materna, principal promotor de la salud del niño 37/.

d. Protección contra la enfermedad.

La base de esta intervención es el programa de salud rural o comunitaria que permite llevar los consejos sobre salud, las drogas antiparasitarias y vacunas, y la planificación familiar hasta los lugares más apartados del país 38/. Estos programas representan la extensión de

---

33/ Mitchell, M., P. Larsen, H. Levy, A. Bennette y M. Madoff. Screeming for congenital hypothyroidism. J.A.M.A., 239: 2348, 1978.

34/ Thomas, G.H. y R.R. Howell. Selected Screening Tests for Genetic Metabolic Diseases. Year Book Medical Pub., Inc. 1973.

35/ Jelliffe, D.B. Y E.F.P. Jelliffe. (Op. Cit., 1978)

36/ Puga, T.F., A. Zaccaria, J.B. Vukasovic, et al. Interacción conjunta madre-niño y lactancia materna. Bol. Med. Hosp. Infant. (Méx.) 36: 1025, 1979.

37/ Mata, L. Breast-feeding: main promoter of infant health. Am. J. Clin. Nutr., 31: 2058, 1978.

38/ Villegas, H. (Op. cit., 1977).

la labor que antes sólo se realizaba en hospitales y puestos de salud.

La creación de los programas de Salud Comunitaria generó la necesidad de compilar, perfeccionar y desarrollar tecnologías apropiadas 39/ habiéndose gestado también una rama de investigación en servicios de salud 40/.

Entre los aspectos más importantes de la salud comunitaria está la vigilancia del peso (y a veces de la estatura) del niño, generalmente en el centro o puesto de salud, práctica recomendada en fecha reciente por muchos autores 41/ 42/ 43/. Sin embargo, se requiere mucho más, de un carnet o pasaporte para el niño, en que consten los datos importantes sobre su salud y crecimiento. Este elemento educa a la madre y crea el mecanismo que permite descubrir deficiencias en el crecimiento en forma precoz. La implementación de la medida, en forma experimental en Costa Rica 44/ 45/, tiene como meta la prevención y erradicación de la desnutrición severa en una vasta región programática del país.

e. Estimulación psicosocial.

Este es quizás el campo en que existe más deficiencia en nuestro países. En general, el niño no es adecuadamente estimulado desde el momento del nacer. La educación preescolar formal ha sido privilegio

---

39/ Darrow, K. y R. Parn. Appropriate Technology Sourcebook. Voluntiers in Asia, Inc. Stanford, Cal., 1976.

40/ Malher, H. The challenge of health care: fresh approaches. Les Carnets de l'Enfance, 33:9, 1976.

41/ Mosley, D. Paediatric Priorities in the Developing World. Butlerworths, London, 1973.

42/ Knig, M., F. Knig y S. Martodipoero. Primary Child Care. A Manual for Health Workers. Oxford Univ. Press, Oxford, 1978.

43/ Ebrahim, G.J. Practical Mother and Child Health in Developing Countries. Macmillan, Londres, 1978

44/ Hospital Nacional de Niños. Guía para el control de la Salud de mi Hijo. San José, Costa Rica, 1979.

45/ Instituto de Investigaciones en Salud (INISA). Carné de Salud de su Niño. Universidad de Costa Rica, San Pedro, Costa Rica, 1979.

de las clases de alto nivel económico, y apenas alcanza a un sector de la clase media de ciertos países. La educación escolar es deficiente por cuanto se basa en esquemas foráneos en que no se da énfasis a la situación nacional, a la relación del niño con su sociedad y ambiente y a la importancia de vigilar por su salud 46/ 47/.

No existe, por otro lado, una buena interacción entre los responsables de la educación y la salud que permita descubrir a los niños con problemas, ayudar a los minusválidos, y a los infractores.

Prácticamente no existen mecanismos que permitan descubrir ambientes de alto riesgo para el niño, lo cual se traduce en abandono, desnutrición y agresión. Todavía no se crean los sistemas y programas para la clasificación funcional de las familias 48/ y para la orientación social de las familias pobres, desnutridoras y agresoras.

Es preciso hacer énfasis en que en el presente existe gran cantidad de información científica sobre las intervenciones en salud y sus efectos, la cual debe utilizarse en la toma de decisiones. No obstante, debe reconocerse que la investigación autóctona en servicios de salud, aplicada a situaciones regionales y locales es fundamental para alcanzar los objetivos deseados. Si el enfoque es holístico, la cooperación internacional resulta todavía más obvia.

La mejora de la salud de las poblaciones marginadas y la corrección de la pobreza son condiciones vitales para lograr estabilidad política y desarrollo nacional. La falta de progreso en tal sentido sólo acentuará el subdesarrollo y la superpoblación, arrastrando a las naciones a situaciones de mayor sufrimiento, pobreza, y violencia, de las cuales puede ser muy difícil escapar.

46/ Illich, I. Némesis médica. La Expropiación de la Salud. Barral, S.A., Barcelona, 1975.

47/ Mata, L.J. (Op. cit., 1978)

48/ Joy, J.C. Planificación de la reducción de las deficiencias nutricionales. Alimentación y Nutrición, 1: 10, 1975.

Resumen

Ha llevado tiempo el aceptar que la pobreza y privación son los determinantes más importantes en nuestro medio de la desnutrición, morbilidad infecciosa, retardo en el desarrollo, agresión, y abandono del niño.

Es factible encontrar poblaciones humanas aislados que viven en el subdesarrollo y que a la vez gozan de buena salud, mas ésta es la excepción. La regla es que una vasta proporción de los niños de poblaciones tradicionales pobres subren de desnutrición endémica consecuente a la interacción entre las infecciones y las dietas deficientes. En esas poblaciones se ha demostrado que el común denominador es el subdesarrollo que determina un bajo nivel tecnológico en la familia, malos hábitos higiénicos, bajo ingreso económico y hacinamiento. El resultado es un marcado déficit en el crecimiento y desarrollo del niño, asociado a una alta mortalidad .

Las sociedades que experimentan la transición de la vida tradicional a la moderna, gozan de cambios positivos en el nivel de salud. No obstante, sectores importantes de la sociedad quedan atrapados en el subdesarrollo, tanto en áreas urbanas y rurales, a la vez que pierden importantes rasgos culturales mientras adquieren malos hábitos de vida. Esos grupos en transición manifiestan serios problemas frecuentemente caracterizables por patología social, aunque su consecuencia es similar a la observada en sociedades tradicionales pobres.

No puede generalizarse sobre la causalidad y formas de control de los problemas de salud en los ecosistemas descritos. Mientras en las sociedades tradicionales el bajo nivel de información tecnológica, la limitación de recursos económicos y la mala higiene personal y ambiental son quienes generan morbilidad, desnutrición, y muerte; en las sociedades en transición, sobre todo en los anillos de miseria de las ciudades, es la patología social, el stress y otros factores sociales y ambientales los que determinan la mala salud.

Se requiere de una adecuada comprensión de las diversas situaciones para identificar los problemas para así lograr su solución. El establecimiento de prioridades en salud depende en alto grado del conocimiento científico existente sobre salud y bienestar infantil y los requerimientos para implementarlos. Las soluciones dependen de la magnitud de los recursos existentes y del grado de evolución filosófica de los gobiernos, esto es, del sistema político prevalenciente. En general, los logros registrados en algunos países han sido similares, a pesar de existir diferencias en los programas ejecutados, por ser las metas propuestas básicamente las mismas.

Las intervenciones deben realizarse dentro de un marco holístico, y no en forma individual. Debe darse preferencia a las mejoras en el ambiente físico y social y al fomento de buenos hábitos de vida, más que a las medidas de tipo curativo. El énfasis en el modelo de desarrollo social ha dado mejores frutos que en el del modelo de desarrollo económico. La proyección hacia la comunidad es fundamental, lo cual demanda de una descentralización del poder y de las acciones, así como del desarrollo de infraestructuras de salud con amplia participación comunitaria. En el proceso deben preservarse aquellos rasgos culturales positivos para la crianza del niño, así como evitar la adquisición de hábitos no deseables de la vida moderna.