

Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

SERIE DE INFORMES TECNICOS

Nº 115

ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE HIGIENE MATERNOINFANTIL

Segundo Informe del Comité de Expertos en Higiene Maternoinfantil

	Página
1. Introducción	3
2. Objetivos generales de la higiene materno-infantil	5
3. Contenido de un programa completo de higiene materno-infantil	5
4. Principios aplicables a la preparación de los programas	7
5. Organización y estructura de los servicios de higiene materno-infantil	9
6. Métodos de administración	16
7. Funciones del médico en los programas de higiene materno-infantil y preparación que debe recibir al efecto	20
8. Importancia de la evaluación de las actividades	22
9. Investigaciones.	31

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

PALAIS DES NATIONS

GINEBRA

1957

31322

COMITE DE EXPERTOS EN HIGIENE MATERNOINFANTIL

Segunda Reunión

Ginebra, 12-17 de diciembre de 1955

Miembros :

- Dr. Edward Davens, Chief, Bureau of Preventive Medicine, State Department of Health, Baltimore, Md., Estados Unidos de América
- Dr. J. H. de Haas, Jefe del Departamento de Higiene Materno infantil del Servicio Nacional de Salud Pública, La Haya, Holanda
- Dr. D. L. J. Kahawita, Director de los Servicios de Sanidad, Colombo, Ceilán (*Presidente*)
- Dr. Pastor Oropeza, Médico Jefe de la División Materno infantil del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas, Venezuela
- Dr. J. Sulianti Saroso, Consejero del Departamento de Higiene Materno infantil, Ministerio de Sanidad, Yakarta, Indonesia
- Dr. Dorothy Taylor, Senior Medical Officer for Maternal and Child Welfare, Ministry of Health, Londres, Inglaterra (*Relator*)

Consultores :

- Dr. Jessie M. Bierman, Professor, Maternal and Child Health, School of Public Health, Berkeley, Calif., Estados Unidos de América

Secretaría :

- Dr. Edith M. Alexander, Médico del Servicio de Higiene Materno infantil, OMS (*Secretario*)
- Dr. J. S. Peterson, Director de la División de Organización de los Servicios de Salud Pública, OMS

ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE HIGIENE MATERNOINFANTIL

Segundo informe del Comité de Expertos en Higiene Maternoinfantil *

El Comité de Expertos en Higiene Maternoinfantil celebró su segunda reunión en Ginebra, del 12 al 17 de diciembre de 1955. Inauguró la reunión el Director General, Dr. M. G. Candau. Los doctores L. J. Kahawita y D. Taylor fueron elegidos por unanimidad, respectivamente, Presidente y Relator. El Comité aprobó y adoptó el orden del día propuesto.

1. Introducción

El Comité estuvo de acuerdo en que, como la buena administración es condición indispensable para el éxito de un programa de salud pública, convenía examinar los principios y los métodos de administración aplicables en materia de higiene maternoinfantil y estudiar algunos de los problemas particulares que se plantean al respecto.

En el curso de los últimos años la higiene maternoinfantil ha experimentado en todo el mundo una expansión sin precedentes. La gran rapidez con que se han desarrollado nuevos programas ha hecho que los administradores inicien actividades aún no ensayadas en sus zonas de acción. Ciertos métodos, e incluso el conjunto de determinados servicios, han sido trasplantados de un país a otro sin haberse tenido suficientemente en cuenta sus posibilidades de adaptación. En otros lugares la expansión ha consistido, sobre todo, en una ampliación de ideas y métodos conocidos, sin prestarse atención a los cambios experimentados por las necesidades

* En el curso de su 18ª reunión, el Consejo Ejecutivo adoptó la siguiente resolución:

El Consejo Ejecutivo

1. TOMA NOTA del segundo informe del Comité de Expertos en Higiene Maternoinfantil ;
2. DA LAS GRACIAS a los miembros del Comité por la labor realizada ;
3. AUTORIZA la publicación del informe ; y
4. ENTIENDE que, cuando se convoque una nueva reunión de expertos en la materia, se deberá darles encargo de que, teniendo presentes las opiniones expuestas en los anteriores informes sobre la misma cuestión, hagan una síntesis de esas opiniones antes de formular cualquier adición que pudiera parecer necesaria.

(Resolución EB18.R21, *Act. of. Org. mund. Salud, 1956, 73, 7*)

de la población y al progreso de los conocimientos científicos. Este rápido desarrollo de las actividades de asistencia sanitaria y social ha suscitado una competencia creciente, entre las entidades interesadas, para allegar recursos financieros procedentes del Estado o de fuentes privadas. No es extraño, por eso, que los organismos competentes del Estado y la opinión pública reclamen pruebas cada día más concretas de que los créditos se aplican adecuadamente a atender las necesidades existentes y de que se obtienen resultados tangibles. Cuanto menores son los recursos y más apremiantes los problemas, tanto más importa evaluar las necesidades, establecer un orden de prioridad, analizar los resultados y orientar las actividades con arreglo a ese análisis. Sería ilógico, en efecto, permitirse el lujo de mantener servicios improductivos.

Si se trata de programas establecidos hace tiempo, una de las dificultades mayores consiste, por otra parte, en adaptarlos, de manera constante y eficaz, a los problemas concretos que se vayan planteando. Es sabido que el impulso de una acción iniciada tiende a continuarla en la misma dirección. Empréndense nuevas actividades en cuanto hace falta atender un problema nuevo y el programa se agranda sin cesar, porque las necesidades humanas son ilimitadas. Existe un límite, empero, para los recursos financieros y el personal; los administradores no tardan en comprobarlo, y muchos de ellos empiezan ya a darse cuenta de que las economías resultantes de la eliminación de métodos estériles y anticuados significan un aumento del presupuesto disponible para otros servicios más productivos. A medida que crecen el alcance y la complejidad de los programas modernos, es necesario adoptar métodos más racionales, más científicos y más realistas, en sustitución del empirismo y las improvisaciones ideales de los precursores, cuyo entusiasmo suplía las deficiencias administrativas.

Por estas razones, el Comité resolvió concentrar sus trabajos en el estudio de las ideas actuales sobre las cuestiones siguientes :

- 1) Contenido de un programa completo de higiene materno-infantil.
- 2) Inclusión de las actividades de higiene materno-infantil en los servicios generales de salud pública y de asistencia médica.
- 3) Principios aplicables a la preparación de los programas.
- 4) Organización y estructura de los servicios de higiene materno-infantil.
- 5) Métodos administrativos.
- 6) Función de los médicos en los programas de higiene materno-infantil y preparación que deben recibir al efecto.
- 7) Importancia de la evaluación.
- 8) Problemas de higiene materno-infantil que requieren nuevas investigaciones.

2. Objetivos generales de la higiene maternoinfantil

El Comité creyó oportuno empezar por definir el ideal que deben proponerse los servicios de higiene maternoinfantil:

1. «...procurar que toda madre durante el embarazo y la lactancia se mantenga en buen estado de salud, que aprenda a cuidar al niño, que tenga un parto normal y que dé a luz un hijo sano».¹

2. Hacer lo posible para que todo niño viva y crezca en el seno de una familia, de manera que se sienta querido y seguro en un ambiente saludable, que reciba alimentación adecuada, que se vele por su salud con la debida asistencia médica y que se le inculquen las indispensables nociones de higiene personal.

La salud de la madre y del niño está estrechamente relacionada con el estado sanitario general de la comunidad y las condiciones sociales, económicas y culturales del país. Todas las disposiciones que contribuyan a mejorar la salud pública serán beneficiosas para la madre y el niño. Pueden citarse al respecto las medidas de higiene y saneamiento del medio, la lucha contra las enfermedades transmisibles, incluyendo la tuberculosis y las enfermedades venéreas, la preconización de programas de nutrición y el establecimiento de estadísticas demográficas fidedignas. Las madres y los niños constituyen un sector de la población diferente, pues las madres están expuestas a los riesgos inherentes al embarazo y al parto, y los niños a las dificultades del crecimiento y del desarrollo. Los programas de salud pública deben comprender, por ello, medidas encaminadas a atender esas necesidades especiales. Los servicios de higiene maternoinfantil, a su vez, contribuyen al fomento general de la salud pública, porque ofrecen ocasiones excepcionalmente favorables para desarrollar una labor de educación sanitaria, de prevención de las enfermedades y de mejoramiento de la salud en general.

3. Contenido de un programa completo de higiene maternoinfantil

El Comité llegó a la conclusión de que la higiene maternoinfantil abarca todo lo que se refiere a la salud de los niños de cualquier edad, desde el nacimiento hasta el término de la adolescencia, y a la salud de las madres embarazadas o lactantes.

¹ *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn. ; Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1952, 51, 3

Un programa completo de higiene materno infantil debe extenderse a los siguientes extremos :

1. Medidas de protección sanitaria para todas las madres y para todos los niños, según la definición contenida en el segundo informe del Comité de Expertos en Administración Sanitaria : « La protección sanitaria comprende el mejoramiento de la salud, la prevención de las enfermedades, y todos los aspectos de la medicina curativa y de la medicina de readaptación ». ¹ Dichas medidas incluyen :

- a) la asistencia a las embarazadas, a las parturientas y a las madres lactantes ;
- b) la vigilancia sanitaria continua y la asistencia médica completa a todos los niños, desde el nacimiento hasta la edad adulta.

2. Estudio de los problemas referentes a la salud y al bienestar de la madre y del niño (para servir de base o de orientación a la ejecución de los programas).

3. Análisis de las estadísticas y de otros datos demográficos, relacionados con la madre y el niño (para servir de base o de orientación a la ejecución de los programas).

4. Determinación de las condiciones mínimas que debe reunir el personal encargado de la protección sanitaria de la madre y del niño, y los medios materiales dedicados a esa finalidad.

5. Coordinación de los servicios de higiene materno infantil con los de otros organismos de asistencia sanitaria y social a la madre y al niño.

6. Educación sanitaria de los padres, de los escolares y del público, en materia de higiene materno infantil.

7. Evaluación de la eficacia y del rendimiento de los servicios de higiene materno infantil.

8. Investigación y establecimiento de nuevos métodos.

9. Aplicación de los servicios de higiene materno infantil a la formación de personal profesional y auxiliar.

Integración de las actividades de higiene materno infantil en los servicios generales de salud pública y de asistencia médica

El Comité estimó que la inclusión de las actividades de higiene materno infantil en los servicios generales de salud pública y de asistencia médica tiene gran importancia cuando se trata de atender plenamente las especiales necesidades de la madre y del niño. Es posible que en algunos países,

¹ *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn. ; Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.* 1954, 83, 4

en ciertas fases del desarrollo de los servicios de higiene materno-infantil, la adopción de medidas generales, tales como campañas en masa (por ejemplo, contra el paludismo), sea más beneficiosa para la salud de la madre y del niño que la creación de servicios especializados en higiene materno-infantil de tipo tradicional. Inversamente, por el interés sentimental que suscita en la población, un programa de higiene materno-infantil puede, a su vez, facilitar el camino para la aplicación de medidas de carácter general de fomento de la salud pública.

4. Principios aplicables a la preparación de los programas

Por « programa » puede entenderse una serie coherente de actividades, cada una de las cuales está dedicada a uno o varios aspectos de un problema central, y por « preparación de programas » un proceso que se extiende desde el estudio de los antecedentes del problema, el análisis de las necesidades sanitarias del grupo social interesado, y el inventario de los recursos existentes o potenciales, hasta el establecimiento de un orden de prioridad y de un plan de operaciones que lo tenga en cuenta.

Estudio de los antecedentes del problema

El análisis de la natalidad, de la mortalidad y de la morbilidad, permite, cuando esos datos existen, obtener informaciones muy valiosas para la preparación de los programas. En los países donde estas estadísticas faltan o son incompletas, puede recogerse la información necesaria con encuestas especiales, con estudios a base de muestras de todos los nacimientos y de las defunciones y enfermedades de cierto tipo que se hayan registrado en zonas limitadas, o con un examen de los registros de ingreso y defunción de los hospitales¹ y de los archivos clínicos de los dispensarios de higiene materno-infantil (para reunir, por ejemplo, datos sobre el crecimiento de los niños). La opinión y la experiencia de los médicos, de otros miembros del personal sanitario, y de los padres, pueden servir también para precisar los problemas sanitarios más inmediatos. En la sección 8 (pág. 22) se consideran los métodos para obtener datos acerca de las necesidades, expuestas por los propios grupos beneficiarios.

Además de reunir los datos relativos a la mortalidad y a los problemas sanitarios planteados, es preciso estudiar la influencia que ejercen los

¹ *Org. mond. Santé : Ser. Rapp. techn.*, 1954, **85**, 12, 13 ; *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1954, **85**, 11, 12

factores culturales, económicos y sociales sobre la salud de la comunidad.

El Comité insistió en la importancia de que se aprovechen lo mejor posible los datos reunidos por los diferentes servicios de higiene materno-infantil. Es necesario, pues, determinar la naturaleza de los datos que se necesitan y los métodos que convenga emplear para su copilación, considerando su interpretación y empleo en la preparación, dirección y evaluación de los programas de higiene materno-infantil. En consecuencia,

El Comité de Expertos en Administración de los Servicios de Higiene Materno-infantil

RECOMIENDA que la OMS convoque un comité de expertos para examinar el empleo administrativo y científico de las estadísticas y de los registros de higiene materno-infantil, así como los programas de higiene escolar.

Establecimiento de un orden de prioridad

Cuando se prepara un programa de higiene materno-infantil es indispensable establecer un orden de prioridad de las actividades, que dependa de la importancia que tenga cada una de ellas no sólo para los problemas específicos que estén planteados, sino para las necesidades de la salud pública desde el punto de vista de la colectividad.

Al establecer ese orden de prioridad han de tenerse en cuenta, a juicio del Comité, los recursos potenciales, concediéndose preferencia a aquellas actividades que desde su comienzo beneficien al mayor número de madres y de niños (como ocurre, por ejemplo, con el mejoramiento de la nutrición), dejando para una fase ulterior la solución de otros problemas menos urgentes. Quiere esto decir que conviene simultanear las medidas de efecto a largo plazo con las de acción inmediata. Así, por ejemplo, las medidas destinadas a salvar la vida de un gran número de madres y de lactantes precederán a aquellas otras que sólo beneficien a un sector limitado o especial de la población infantil. En consecuencia, un programa encaminado a reducir la mortalidad en la infancia tendrá prioridad sobre otro que se proponga asistir a los niños físicamente impedidos. Se empezará, pues, por crear un núcleo de servicios esenciales que, más tarde, cuando los conocimientos adquiridos y las técnicas empleadas hagan probable el éxito, pueda extenderse y especializarse.

Otro factor que ha de intervenir en la determinación de la prioridad es la posibilidad de resolver un problema teniendo en cuenta no sólo el estado actual de los conocimientos científicos y de las técnicas, sino también los recursos disponibles.

Un planeamiento racional ha de prever, con bastante precisión, cada actividad y el objetivo particular que se proponga, para que una evaluación practicada en una etapa posterior permita comprobar si ha respondido a las necesidades que le originaron y si da los resultados que de él se esperaban.

Es muy conveniente, además, que el administrador de higiene materno-infantil aproveche cuantas oportunidades se le presenten de contribuir al logro de los objetivos del programa, aun cuando al prepararlo no se contase con ellas. La flexibilidad y la iniciativa son muy importantes.

5. Organización y estructura de los servicios de higiene materno-infantil

Existen diferencias considerables de un país a otro en cuanto a las atribuciones propias de los servicios de higiene materno-infantil en la administración central, en la regional o provincial, y en la local. En unos países, todas las funciones que más adelante se enumeran incumben a los servicios centrales de higiene materno-infantil. En otros, son los servicios de nivel intermedio los que se encargan principalmente de determinadas funciones dentro de su jurisdicción respectiva. Los servicios locales, por su parte, suelen ocuparse de la ejecución de los trabajos.

Hay todavía países en los que el Ministerio de Sanidad no tiene una Sección de Higiene Materno-infantil. El Comité hizo presente y apoyó con firmeza la recomendación, formulada por el primer Comité de Expertos en Higiene Materno-infantil¹ y por el Comité de Expertos en Asistencia a la Madre,² de que se estableciera en los departamentos nacionales de sanidad un servicio administrativo de higiene materno-infantil bajo la dirección de un administrador competente y experimentado, que se dedicase exclusivamente a esa labor. Sin un servicio de esta naturaleza se hace imposible, a juicio del Comité, llevar a cabo un programa eficaz de higiene materno-infantil.

El Comité de Expertos en Higiene Materno-infantil

RECOMIENDA a la OMS que señale a la atención de los gobiernos que aún no han creado servicios administrativos de higiene materno-infantil de carácter nacional bajo la dirección de administradores competentes y experimentados las recomendaciones del presente Comité y de dos comités de expertos reunidos con anterioridad, y que les inste a aplicar dichas recomendaciones sin más demora.

¹ *Actes off. Org. mond. Santé*, ; *Off. Rec. Wld Hlth Org.*, 1949, 19, 43

² *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.*, 1952, 51, 5 ; *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1952, 51, 4

Los servicios centrales de higiene materno infantil deberían tener a su cargo :

- 1) el estudio de los problemas especiales que se relacionan con la salud de la madre y del niño ;
- 2) la preparación de una política general ;
- 3) la coordinación con otros servicios del Ministerio de Sanidad y con las instituciones oficiales y privadas que se ocupan de la madre y del niño ;
- 4) la obtención de la asistencia financiera necesaria para los servicios de higiene materno infantil regionales (o provinciales) y locales ;
- 5) la preparación de las oportunas disposiciones legislativas ;
- 6) la determinación de las condiciones y requisitos de la asistencia prestada y del personal encargado de la misma ;
- 7) la orientación y dirección de las actividades de higiene materno infantil ;
- 8) el fomento de la preparación y evaluación de programas e investigaciones, en colaboración con el personal empleado en los servicios regionales (o provinciales) y locales ;
- 9) el asesoramiento en cuestiones técnicas ;
- 10) el fomento de la formación profesional del personal de los servicios de higiene materno infantil y la determinación de los requisitos que debe reunir, y
- 11) el fomento de la investigación.

Antes de formular instrucciones de carácter general, los servicios centrales deben consultar con el personal sanitario de los servicios provinciales y locales y con los representantes de las comunidades, con objeto de facilitar la comprensión mutua y la aceptación de los principios que establezcan, los cuales habrán de ser bastante flexibles para adaptarse a las necesidades y a los métodos propios de cada localidad.

En algunos países, las autoridades centrales tienden a intervenir excesivamente en los servicios sanitarios locales, con lo que se limita la iniciativa de estos últimos, pudiendo inducirlos a desinterarse de las necesidades que han de atender. En cuanto las circunstancias lo permitan, convendrá suavizar la rigidez de dicha intervención y alentar las iniciativas locales.

Tiene, por eso, fundamental importancia el establecimiento de buenas relaciones de trabajo entre todos los servicios mediante un enlace fácil y constante entre un nivel y otro (véase la sección 6, pág. 16). El Comité se declaró partidario de la descentralización, tanto en la fase preparatoria

de la ejecución como en la de las actividades, al objeto de favorecer el dinamismo de los servicios locales.

Relaciones con otros departamentos ministeriales que se ocupan de la asistencia a la madre y al niño

En algunos países los servicios de higiene materno infantil están a cargo de varios departamentos ministeriales. A juicio del Comité, es muy ventajoso, sin embargo, reunir en un solo departamento todos los servicios de higiene materno infantil, sin excluir los de higiene escolar.¹ El Comité recomienda que donde no sea posible poner inmediatamente en práctica esa solución ideal, se adopten las medidas oportunas para establecer una coordinación lo más estrecha posible. «La administración sanitaria tiene el deber inalienable de actuar como un Estado Mayor que coordine todos los servicios sanitarios de una comunidad, con independencia del carácter oficial privado o mixto de las entidades que los tengan a su cargo.»²

Por importante que sea el establecimiento de buenas relaciones de trabajo entre las instituciones sanitarias, no lo es menos el contacto permanente de los servicios de higiene materno infantil con las instituciones sociales de protección a la familia.

El Comité consideró que los servicios de higiene materno infantil deberían extenderse a todas las madres y a todos los niños, tanto si viven en el seno de su propia familia como si se alojan en residencias o instituciones destinadas a madres solteras, a huérfanos, o a niños abandonados o que carezcan de hogar.

Relaciones con los hospitales

El Comité examinó los diversos medios susceptibles de contribuir a que los servicios de higiene materno infantil y su personal mantengan un contacto beneficioso con el personal de los hospitales que reservan camas a las madres y los niños. Entre esos medios figuran los siguientes :

1. Organización de consultas en los centros de higiene materno infantil, a cargo de tocólogos, pediatras y otros especialistas.
2. Acceso a los hospitales del personal médico y de enfermería de los servicios de higiene materno infantil :
 - a) para enterar a los clínicos del ambiente familiar en que viven los pacientes ;

¹ *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.*, 1951, 30, 45 (párrafo 7) ; *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1951, 30, 34 (párrafo 7)

² *Org. mund. Salud : Ser. Inform. técn.*, 1952, 55, 6

- b) para comunicarse recíprocamente informaciones individuales sobre cada enfermo, que faciliten el tratamiento subsiguiente a domicilio ;
- c) para tener al día al personal de higiene materno infantil sobre la evolución de los conocimientos y de los métodos clínicos.

Relaciones con las instituciones de formación profesional

La buena relación entre los servicios de higiene materno infantil y las instituciones de formación profesional puede tener un influjo decisivo sobre la evolución ulterior de aquéllos. La experiencia práctica en materia de higiene materno infantil que desde el principio de su formación profesional adquieran los estudiantes de medicina y de enfermería es una provechosa introducción a la medicina preventiva. Aprenden a conocer así los procesos normales del embarazo y del desarrollo del niño, antes de comenzar a estudiar sus formas patológicas ; y se les ofrece una ocasión de participar en las actividades de un servicio de protección sanitaria a las familias, que los pone en contacto con personas sanas y que muy pronto les permite formarse una idea de las actividades de salud pública de la comunidad. Esa clase de experiencia tendrá a la larga un efecto beneficioso en la actitud general de los futuros profesionales ante las madres y los niños que están llamados a asistir.

La calidad del trabajo de los servicios de higiene materno infantil mejora cuando emplean el personal docente de los establecimientos de formación profesional, el cual, al mismo tiempo, entra en contacto directo con los problemas de la colectividad. Los establecimientos de enseñanza pueden organizar, además, cursos de repaso para el personal de higiene materno infantil y para médicos generales, lo cual no sólo contribuye a mejorar su competencia en esa esfera particular, sino que los pone directamente en contacto con los problemas que la colectividad tiene planteados.

El Comité ha considerado muy importante esa colaboración, e insta encarecidamente a las autoridades encargadas de la enseñanza de la medicina y de la enfermería, y a los administradores de los servicios de higiene materno infantil, a que así lo reconozcan y a que, siempre que en la práctica sea posible, procedan en consecuencia.

Relaciones con la profesión médica

Conviene mucho que los médicos en ejercicio estén informados de los problemas que plantean y de los progresos que realizan los programas de higiene materno infantil, en cuya preparación y ejecución ha de procurarse su ayuda y asesoramiento. Se han conseguido excelentes resul-

tados, al respecto, mediante la creación de Comités mixtos, nacionales y locales, de higiene materno-infantil, integrados por representantes de estos servicios y de las asociaciones de médicos, así como con el establecimiento de comités encargados de analizar las estadísticas de mortalidad materno-infantil, y con el empleo de médicos que ejercen libremente la profesión, en los servicios de higiene materno-infantil de la comunidad.

Integración de los servicios de higiene materno-infantil

Se ha podido observar que, en los países donde la higiene materno-infantil está organizada desde hace mucho tiempo, sus servicios son, por lo general, más especializados y autónomos. Ello obedece, en parte, a razones de carácter histórico, ya que cuando en estos países se iniciaron las actividades metódicas de protección sanitaria a la infancia, los servicios públicos de higiene eran a menudo rudimentarios, ocupándose, sobre todo, de sanear el medio y de combatir las enfermedades transmisibles, sin prestarse ninguna o casi ninguna asistencia a la persona individual. Ciertas asociaciones benéficas privadas, precursoras de la higiene materno-infantil, pusieron en práctica métodos nuevos para afrontar algunos de los principales problemas de la época, tales como la elevadísima mortalidad infantil, el abandono en que se tenía a los niños y la ignorancia general de los cuidados que necesitan. Más tarde, las administraciones de salud pública, cuando tomaron a su cargo esas actividades, adoptaron en gran parte los mismos sistemas de las asociaciones privadas, los cuales siguen todavía influyendo en la naturaleza de las prestaciones que suelen facilitar los servicios de higiene materno-infantil.

Otro factor que intervino en esos países al comenzar a funcionar la administración de higiene materno-infantil fue la circunstancia de que los servicios médicos y los hospitales para niños enfermos estuvieran por entonces relativamente desarrollados. Resultado de ello fue que las actividades de salud pública se concentrasen sobre todo en los aspectos preventivos y educativos, estableciéndose así una deplorable separación entre ellos y los servicios curativos. En la actualidad, se afianza cada vez más el convencimiento de que las relaciones entre las actividades preventivas y las curativas han de ser muy estrechas, y de que se ha de procurar una relación mayor entre los servicios de higiene materno-infantil y aquellos que están destinados a la familia en su conjunto.

El Comité ha insistido en que la principal preocupación de los servicios de higiene materno-infantil debiera ser siempre la prevención, pero, a su juicio, tiene también gran importancia que, cuando sea preciso, se consideren obligados a proporcionar por sí mismos a la madre y al niño una completa asistencia médica y de enfermería. El Comité ha desaprobado

la separación entre los servicios preventivos y los curativos, sobre todo en los países de alta morbilidad, donde los recursos terapéuticos son insuficientes. Sería erróneo, en tales países, impedir que los centros de higiene materno infantil ejerzan actividades curativas. La labor propia de estos centros ha de consistir en ocuparse no sólo de la enfermedad que haya motivado la consulta, sino del estado general de la madre y del niño, para prevenir la aparición de otras enfermedades y asegurar su salud. Es evidente que si tratan la enfermedad como objeto de la consulta, están en mejores condiciones de ganar la confianza de los interesados, lo que facilitará en lo sucesivo la vigilancia médica continua.

Donde los servicios curativos han adquirido un grado avanzado de desarrollo, la higiene materno infantil puede consagrarse más a la organización de los servicios preventivos y de la educación sanitaria, sirviendo al mismo tiempo eficazmente de enlace con los servicios curativos médicos y de enfermería, para mantener la continuidad de la asistencia.

En la práctica es imposible establecer con claridad la diferencia entre los servicios preventivos y los curativos. El niño retrasado en su crecimiento porque se alimenta poco no es un niño normal. El tratamiento de la desnutrición o de la malnutrición previene otras enfermedades de génesis nutritiva más graves, e incluso un desenlace fatal; de igual modo, tratar la sífilis en una mujer embarazada es prevenir la sífilis congénita en el niño que va a nacer.

El Comité considera que todos los servicios de higiene materno infantil e incluso de higiene escolar, sobre todo en la esfera local, deberían formar parte de los servicios generales de sanidad, y que la finalidad de unos y otros debería ser la vigilancia sanitaria de la familia en su conjunto. A su juicio, el servicio de higiene materno infantil ha de tomar la iniciativa de fomentar la integración de todos los servicios sanitarios para la madre y el niño (sean financiados por el Estado o por entidades privadas) en el programa general de salud pública y de asistencia médica.

En grandes colectividades y en ciudades de alguna importancia, donde los servicios tienden a especializarse, la integración de todos los servicios de higiene materno infantil se podrá realizar mediante la coordinación, la consulta y el intercambio de informes e ideas.

En algunos países donde los programas de higiene materno infantil son más recientes, los métodos de trabajo y de administración han estado muy influídos por sistemas anteriores procedentes del extranjero. Otros países, en cambio, han procurado desde el principio una mejor integración de la higiene materno infantil en los servicios generales de salud pública y en los servicios curativos. Algunos de ellos tienen actualmente en marcha programas muy especializados, cuyo personal, lo mismo en la esfera nacional que en la local y en la intermedia, se encarga de dar

una protección sanitaria casi completa a la madre y al niño. Por el contrario, hay países desprovistos de personal competente en higiene materno-infantil que se dedique a la preparación y a la ejecución de los programas, de manera que los servicios tienen que estar a cargo de médicos generales y de enfermeras no especializadas, que actúan tanto en los dispensarios no especializados como en los hogares. Entre ambos extremos hay otros sistemas; el más frecuente consiste en confiar a un centro de higiene materno-infantil de carácter nacional o provincial la preparación de los programas, cuya ejecución se encomienda después, en las zonas rurales, al personal de los servicios generales, y en las ciudades, a un personal más especializado.

El Comité reconoce que en muchos países las instituciones privadas desempeñan un papel muy importante en la higiene materno-infantil. En algunos, la prestación directa de los servicios incumbe principalmente a instituciones privadas, subvencionadas en parte por el Estado; en otros, el Ministerio de Sanidad asume toda o casi toda la responsabilidad de esa labor, nombra al personal y asegura el funcionamiento de los centros de higiene materno-infantil y de los servicios de visita a domicilio; las instituciones privadas se dedican entonces a atender objetivos relativamente descuidados, tales como la asistencia a los niños físicamente impedidos, la salud mental, etc.

Plantéase con frecuencia el problema de mantener la calidad de los servicios cuando el establecimiento sanitario no está sometido a la inspección de una autoridad superior. En ocasiones se procura elevar su nivel incluyendo en los consejos directivos de las instituciones privadas a miembros del personal de los servicios oficiales de higiene materno-infantil, a pediatras o a otros especialistas, recurso cuya eficacia depende de que los demás miembros de esos consejos estén dispuestos a aceptar la orientación de los técnicos.

Otro método consiste en limitar las subvenciones oficiales, exclusivamente a los centros o entidades que reúnan todos los requisitos fijados por el Ministerio de Sanidad. La experiencia demuestra que la concesión por los departamentos centrales de subvenciones condicionadas, a los servicios provinciales o locales, o a las instituciones privadas, es un buen medio de elevar y mantener el nivel de sus servicios.

En los principios generales en que se inspiran las actividades de salud pública, lo mismo que en la organización de los programas y en la selección del personal de higiene materno-infantil, empieza ya a influir el convencimiento, cada vez más firme, de la estrecha interdependencia de los factores sanitarios y sociales, de que la familia tiene una gran importancia en materia de sanidad, y de que conviene llegar a una conexión tan íntima como sea posible entre los servicios curativos y los preven-

tivos. El Comité de Expertos en Administración Sanitaria ya había advertido en su primer informe que « las tendencias actuales en el desenvolvimiento de la asistencia sanitaria no favorecen el fraccionamiento de la administración sanitaria. »¹

Para facilitar la integración de todas esas actividades hace falta establecer un órgano administrativo, que puede consistir en uno o varios comités coordinadores, de categoría nacional o intermedia. Formarían parte de ellos algunos representantes de los grupos profesionales interesados en la materia (tales como pediatras, tocólogos, médicos generales, enfermeras, dentistas y administradores generales de salud pública), de hospitales e instituciones docentes, así como de otros organismos públicos y privados que se ocupan de la salud de la madre y del niño. Estos comités de coordinación se esforzarían, sobre todo, en hacer comprender y apreciar, a cada uno de los grupos representados, la naturaleza de los problemas y de las aportaciones de los demás grupos, y en organizar entre ellos la mejor colaboración posible para el logro de los objetivos comunes.

6. Métodos de administración

Relaciones humanas

Defínese a menudo la administración como el arte de poner en práctica un programa de acción o un plan de trabajo. Uno de sus elementos principales es el hábil manejo de una serie de personas, cada una de las cuales desempeña una función propia en la ejecución del programa. De ahí se infiere que uno de los principales cometidos del administrador sea el crear en sus servicios un ambiente que permita dar el máximo rendimiento a su personal. El conocimiento de la naturaleza de los móviles humanos y de las relaciones entre individuos es, por eso, tan importante para el administrador como su competencia técnica.

La ciencia y el arte de las relaciones humanas han progresado en los últimos años como resultado de la investigación y de la aplicación de los conocimientos teóricos a la práctica industrial y a la administración de los servicios públicos. Si se piensa en la honda simpatía que siempre suscita la higiene materno infantil, no parecerá extraño que los administradores de sus servicios hayan puesto un interés particular en las relaciones humanas y comprendan mejor la importancia de los principios en que se fundan.

He aquí algunos de dichos principios, que se aplican especialmente a la administración de los servicios de higiene materno infantil :

¹ *Org. mund. Salud : Ser. Inform. técn.*, 1953, **55**, 46

1. Es importante la participación del personal en las decisiones que le conciernen y que se refieran a su trabajo, pues contribuye a que las comprendan y secunden.

2. El personal debe estar íntimamente compenetrado con los fines y los métodos de los programas en cuya ejecución interviene.

3. La seguridad es una exigencia fundamental del individuo. Toda persona, incluso el administrador, necesita que se la atienda con interés, que se la ayude y se la oriente en su labor.

4. La satisfacción del personal y el mayor rendimiento de sus esfuerzos no se obtienen con la obediencia pasiva sino con la plena participación en las actividades. Un personal escaso, pero con una participación efectiva en la obra común rinde más y mejor que un personal numeroso que se limite a cumplir órdenes.

5. La noción clara que cada uno tenga de la posición relativa de los miembros del personal influirá mucho en sus relaciones profesionales mutuas, y en las relaciones que mantenga el personal con la población a cuyo servicio esté.

Estos principios revisten particular importancia en la administración de higiene materno-infantil, donde el personal es siempre insuficiente, y se hace indispensable sacar el mejor partido posible de sus esfuerzos.¹

Ejemplos de aplicación

Según se ha dicho antes, es muy conveniente que los servicios centrales, intermedios y locales intervengan conjuntamente en la preparación de los programas. A este fin se celebrarán conferencias periódicas en las que los representantes de los tres servicios confrontarán sus puntos de vista y se podrán poner de acuerdo sobre las decisiones oportunas.

Las reuniones del personal en las que cada uno de sus miembros puede exponer sus ideas para que se discutan en grupo contribuyen a que todos ellos sientan que efectivamente forman parte de un equipo. El orden del día de esas reuniones debe ser flexible y dejar tiempo para discutir los problemas planteados por cualquier miembro del personal.

Para mantener elevada la moral del personal es necesario que todos sus miembros tengan la seguridad de ser acogidos benévolamente por sus jefes y escuchados con atención al exponerles sus problemas.

Con frecuencia se ha dicho que el administrador ha de estar al corriente de los problemas de su personal. No es menos conveniente para

¹ Documento de trabajo inédito WHO/MCH/58

la buena armonía entre jefes y subordinados que estos últimos tengan ocasión de darse cuenta de algunos de los problemas que el administrador tiene que afrontar.

En una organización que tanto depende de la calidad del trabajo de grupo y de la buena disposición del público, es indispensable que cada miembro del personal, desde el jefe hasta el ayudante más modesto, esté persuadido de que se le guardan los respetos que merece y de que su intervención contribuye directamente al éxito del trabajo de todos. Cada uno por su parte guardará las consideraciones debidas a los derechos y sentimientos de los demás, para mantener la buena armonía en el servicio. Estas observaciones se han de hacer también extensivas a la actitud del personal con respecto a las madres y los niños con quienes esté en contacto. Todo aquel que sea incapaz de manifestarles simpatía y de compenetrarse con ellos para comprender sus preocupaciones no conseguirá influir en sus hábitos de vida.

La bondad de los métodos que se apliquen no excluye la posibilidad de que surjan conflictos de orden personal, susceptibles de repercutir en la moral y en el rendimiento. En estos casos, la intervención del psiquiatra del servicio puede tener alguna utilidad.

La organización de conferencias mixtas entre el personal de salud pública y el restante personal sanitario (médicos, enfermeras, etc.) facilitará la comprensión y el respeto mutuos.

Los comités en que estén representados los diversos elementos de la población que se interesan en los problemas sanitarios pueden contribuir grandemente a la buena marcha de los programas de higiene materno-infantil, tanto para ganar la adhesión pública como para allegar fondos del Estado y de los particulares. Esos grupos representativos de la población permiten, además, adquirir un conocimiento más exacto de las necesidades sanitarias de la población de la zona.

Normas sobre personal

Las normas que se apliquen en materia de contratación y selección del personal, de seguridad y retribución del empleo, de consideración social, ascensos, permisos, prestaciones en caso de enfermedad, condiciones de vida, especialmente en regiones rurales apartadas, y de posibilidades de mejorar la propia formación profesional, tienen mucha importancia desde el doble punto de vista de la moral del personal y de su contratación y estabilidad. También contribuye mucho a levantar la moral y a elevar el rendimiento, la posibilidad de disponer del personal de secretaría y de los medios de transporte y de comunicación que sean necesarios.

Informes

Los informes que debe rendir el personal sobre sus propias actividades son una necesidad administrativa ; pero el Comité estuvo de acuerdo en considerar que, con frecuencia, no tienen ninguna utilidad muchas de las informaciones que se suelen pedir. La única precisa es aquella que permita evaluar el trabajo realizado y preparar las tareas futuras. El personal ejecutivo aceptará de mejor grado, y cooperará mejor en la elaboración de los informes si ha participado en la preparación de las reglas a que éstos deban sujetarse.

Relaciones entre los servicios

Ya se ha aludido a la capital importancia que tiene la preparación de los programas conjuntamente por los servicios nacionales, intermedios y locales. A ese fin, es condición indispensable que mantengan entre sí una comunicación frecuente, cordial y variada. Nada contribuye tanto a disipar la confusión, la desconfianza y las resistencias que a menudo se establecen entre los servicios administrativos de distinto nivel.

Una administración dinámica encuentra innumerables medios para facilitar el intercambio de las ideas y de las informaciones.

La redacción de las comunicaciones escritas debe siempre ser cortés, clara y sencilla, teniendo presente que van dirigidas a una persona y no a un negociado. Las estadísticas e informes de los servicios locales merecen que invariablemente los servicios intermedios o nacionales que los reciben correspondan con el envío de otros informes analíticos que sirvan de ayuda y estímulo al personal local. Los servicios ejecutivos deben recibir informes y documentación que les permitan estar al corriente de la marcha del programa de higiene maternoinfantil. La índole de muchos problemas hace del teléfono el medio de comunicación más eficaz en ambos sentidos.

Nada reemplazará, sin embargo, las visitas a los servicios locales de los administradores de los servicios intermedios y nacionales de higiene maternoinfantil y de especialistas diversos enviados como consultores. Tales visitas son el único medio de conseguir que el programa se mantenga en armonía con los problemas y las necesidades de la población. También es útil que de cuando en cuando los servicios locales puedan tomar la iniciativa de convocar conferencias a las que asistan representantes de los otros servicios.

Lo fundamental para todo lo anterior es la facilidad de acceso. Las relaciones que conviene establecer sólo son posibles cuando cualquier miembro del personal o cualesquiera de los representantes de la población

beneficiaria pueden sin obstáculo obtener una entrevista con el funcionario competente.

7. Funciones del médico en los programas de higiene materno-infantil y preparación que debe recibir al efecto

El Comité reconoce, claramente, que la importancia que conceden las escuelas de medicina a la obstetricia, a la pediatría, a la higiene materno-infantil, a la nutrición y a la medicina social, varía considerablemente según los países, lo mismo que la calidad de la enseñanza. También son muy grandes las diferencias que existen en la naturaleza y amplitud de la intervención que haya de tener el médico en materia de higiene materno-infantil. Se hace por ello imposible fijar normas rigurosas sobre ambas cuestiones. El Comité estimó, sin embargo, que podían enunciarse algunos principios orientadores.

En las regiones rurales de muchos países urge dar a los médicos una participación directa en los trabajos de salud pública y especialmente de higiene materno-infantil. Las escuelas de medicina deben, por eso, facilitar a sus alumnos una formación que les permita en su día ocuparse eficazmente de los principales problemas sanitarios de la población. En muchos países la formación profesional acusa una deficiencia particular en materia de pediatría y de medicina preventiva.

Importa, pues, hacer constantes esfuerzos para mejorar la formación básica de los médicos en cuanto se refiere a salud pública en general y a la higiene materno-infantil.

Como la preparación del personal ha de ajustarse a las actividades que haya de desempeñar, el Comité ha examinado las funciones de que generalmente se encargan los médicos que trabajan en los distintos servicios de higiene materno-infantil.

Médicos de los servicios rurales

En las zonas rurales, un mismo médico suele encargarse de los servicios sanitarios generales y de los de higiene materno-infantil. A menudo se ocupa simultáneamente de medicina preventiva y curativa en los dispensarios, en las escuelas y a domicilio, se cuida de los trabajos de saneamiento y de los programas de lucha contra las enfermedades, y dirige a las enfermeras y parteras.

La condición indispensable en la formación de un funcionario de esa naturaleza es que sea un buen médico general, cuya preparación com-

prenda obstetricia, pediatría, nutrición y medicina preventiva, y que conozca bien los problemas sanitarios propios de la región. Será muy conveniente, además, que pueda pasar un periodo de prácticas en una zona de demostraciones, para adquirir suficiente experiencia en cuestiones de higiene maternoinfantil, aprendiendo a aplicar sus conocimientos, a la resolución de los problemas sanitarios generales de la colectividad. Para esos efectos, la creación de zonas de demostración y formación técnica es uno de los elementos esenciales de un programa completo de salud pública.

Médicos de los servicios urbanos de higiene maternoinfantil

Los servicios sanitarios de las colectividades urbanas suelen estar en mejores condiciones para permitirse cierto grado de especialización. El médico de higiene maternoinfantil de dichos servicios sólo raras veces ha de ocuparse de funciones distintas y puede recurrir en el cumplimiento de su misión a la ayuda de especialistas. Sus obligaciones administrativas, en cambio, son mayores y, según los casos, se extienden a algunas o a todas las actividades siguientes :

- a) Organización de servicios de asistencia prenatal y postnatal, de dispensarios infantiles, y de servicios de higiene escolar que comprendan la vigilancia médica de los adolescentes.
- b) Dirección de los servicios de obstetricia a domicilio.
- c) Coordinación de los servicios preventivos con los de enfermería y asistencia en hospitales.
- d) Delegación de atribuciones y dirección de todo el personal.
- e) Integración de los servicios de higiene maternoinfantil en los servicios generales de salud pública.

Teniendo en cuenta esas circunstancias, el médico necesita, además de una buena preparación de base, cierta formación complementaria en pediatría y en obstetricia — o cuando menos en una de esas dos disciplinas —, en higiene maternoinfantil y en nutrición, así como alguna experiencia en cuestiones administrativas. Respecto a este último extremo, sería conveniente que el médico pudiera hacer prácticas en un servicio de higiene maternoinfantil bien organizado, e integrado en los servicios generales de salud pública.

Administradores de higiene maternoinfantil en los servicios centrales e intermedios

Como se trata de funcionarios que han de poseer una capacidad y unos conocimientos administrativos muy amplios, además de cuanto se ha dicho antes (véase la pág. 10), la preparación para esos puestos requiere

una formación en materia de salud pública, adquirida en cursos de carácter oficial. El Comité ha considerado plausible la tendencia que se observa hoy en las escuelas de salud pública a organizar cursos de administración general de salud pública que permiten obtener una especialización en higiene materno infantil.

8. Importancia de la evaluación de las actividades

El Comité ha atribuído gran importancia a la evaluación de las actividades para la buena administración de los servicios de higiene materno infantil y ha dedicado, en consecuencia, atención particular a ese problema.

La evaluación admite varias definiciones, pero, a los efectos de los programas de higiene materno infantil, cabe decir que es la *apreciación sistemática de los progresos realizados hacia el logro de un objetivo fijado de antemano*. Se trata de un proceso dinámico que consiste en reunir y analizar datos y opiniones sobre las necesidades del grupo de población en que se aplique el programa, así como sobre los resultados de los proyectos emprendidos y de los métodos empleados. El propósito que se persigue es ayudar al planeamiento y facilitar el acierto de las decisiones en cada fase del programa.

La condición primordial para hacer una evaluación eficaz tal vez sea la actitud objetiva que adopte el administrador con respecto al programa o a las actividades de que esté encargado. Algunos hay que inconscientemente hacen de sus servicios una cuestión personal. La evaluación puede provocar en ellos un estado de ansiedad que comprometa la confianza en su propia capacidad y en la importancia del programa que tengan a su cargo. Por otra parte, la experiencia de la evaluación y la participación en sus trámites habitúan a juzgar con objetividad.

La evaluación puede variar desde la simple enumeración que contesta una pregunta concreta, como, por ejemplo, cuántas madres o cuántos niños han recibido asistencia de un programa durante un determinado lapso de tiempo, hasta los procesos mucho más complejos que tratan de verificar con pruebas científicas si un determinado programa ha hecho que se modifiquen los cuidados que las madres suelen dar a sus hijos, y si este cambio ha mejorado la salud de los niños.

Según se ha hecho resaltar,¹ la evaluación de una actividad determinada

¹ United States of America, National Advisory Mental Health Council, Community Services Committee, Subcommittee on Evaluation of Mental Health Activities (1955) *Evaluation in mental health: a review of the problem of evaluating mental health activities*, Washington, D.C., p. 17 (US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service Publication No. 413)

puede hacerse de una o varias maneras, con arreglo a criterios diferentes. Es necesario, por eso, distinguir entre :

- 1) La evaluación desde el punto de vista de los beneficiarios de una actividad, con arreglo a sus propios deseos y criterios.
- 2) La evaluación hecha por « expertos » que examinan una actividad o servicio y lo comparan con otros análogos.
- 3) La evaluación científica, según normas uniformes fijas.

La evaluación desde el punto de vista de los beneficiarios

En cualquier actividad destinada a satisfacer necesidades de la población importa saber, en primer lugar, la idea que los propios beneficiarios tienen de esas necesidades. Su punto de vista puede diferir radicalmente del que adoptan los profesionales encargados de preparar los programas, y la falta de cooperación es, a menudo, consecuencia de esa disparidad de criterios. Parece superfluo añadir que el administrador del servicio ha de tener un conocimiento íntimo del ambiente hereditario, de la cultura y de los hábitos del grupo social que tiene a su cargo, así como de « sus valores, creencias, tradiciones, costumbres y tabús relativos a la salud y a la enfermedad »¹, y que ha de percibir las tendencias de los cambios que se preparan.

Averiguar lo que la gente piensa de sus propios problemas sanitarios requiere mucha habilidad. La encuesta ha de llevarse en condiciones que induzcan a los interesados a expresarse con sinceridad. De no ser así, dirán con frecuencia lo que, a su entender, espera de ellos su interlocutor o lo que crean obligado por razones de cortesía, mientras no lleguen a convencerse de que se busca sinceramente la verdad. El encargado de practicar la encuesta ha de ganarse la confianza de la población. En ocasiones se cuenta con la ayuda de sus jefes naturales, personas conocidas en quienes confían. Otras veces no se puede obtener la información necesaria más que a través de observaciones y de medios indirectos.

Estos mismos principios se aplican, por supuesto, a los métodos utilizados para determinar la reacción de los beneficiarios a los programas existentes. La única manera de indagar los motivos de que no vuelvan a la clínica prenatal las madres a quienes se había aconsejado hacerlo así es preguntárselo a ellas mismas. Pero la sinceridad de su respuesta dependerá de cómo se haya hecho la pregunta. Al interrogatorio impaciente de un auxiliar del centro se podrá contestar con evasivas diciendo, por ejemplo, que « había un enfermo en casa », mientras que las entrevistas o los cuestionarios dirigidos con habilidad permitirán quizá descubrir que el

¹ *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.*, 1954, **89**, 12-13 ; *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1954, **89**, 12

verdadero motivo reside en las deficiencias del centro, que imponían largas esperas en bancos incómodos, o en los cambios frecuentes de médico.

Otro tipo de evaluación hecha por beneficiarios es el estudio de los servicios llevado a cabo por un grupo de ciudadanos. Se procede entonces a base de un cuestionario o guía que permite comparar la información recogida con ciertas normas establecidas por los expertos y que sirve de pauta a los particulares para juzgar por sí mismos el programa. Este método tiene la ventaja de que pone en contacto con los servicios de salud pública a un grupo de población que puede entonces descubrir por sí mismo cuáles son las necesidades más desatendidas y tomarse un interés activo en mejorar el estado de cosas. Desde el punto de vista educativo, los ciudadanos que participan en esos estudios sacan un provecho considerable, porque nada les puede ayudar tanto a formarse una idea clara de lo que el programa representa para cada uno de ellos y para la colectividad. Son muchos los programas sanitarios y de asistencia social que se han emprendido y llevado a cabo porque la población ha juzgado, con arreglo a su propio criterio, que algunos servicios necesitaban ayuda.

Evaluación por expertos

Las actividades de evaluación se solían antes encomendar a observadores que habían recibido una preparación o que estaban considerados como «expertos» en la materia respectiva. En esta modalidad de evaluación, los observadores comparan el programa estudiado, con otros análogos, o con ciertas normas previamente establecidas. Habitualmente, no se emplean métodos precisos de medición y existe siempre el riesgo de obtener una evaluación falseada por consideraciones personales o por errores de juicio. Ese riesgo es mucho mayor cuando los observadores conocen mal la situación, las tradiciones, la cultura del grupo social y los antecedentes del servicio. Otro inconveniente de este tipo de evaluación estriba en que no estimula el entusiasmo del administrador ni de la colectividad, a no ser que por razones especiales les interese la cuestión. Tanto es así, que muchas veces el administrador, cuando no está de acuerdo con el informe del experto, se limita a archivarlo sin preocuparse de sus conclusiones.

De todas maneras, los especialistas en evaluaciones pueden prestar una ayuda considerable a los directores de los programas o a los grupos de ciudadanos, en la determinación de los sectores que deben ser evaluados, en la elección de las mediciones que convenga hacer y en el acopio e interpretación de los datos; pero inferir de ello que la evaluación sea de la exclusiva competencia de los expertos constituye un error, desgraciadamente muy extendido, que con frecuencia disuade a los administradores de tomar sobre sí la responsabilidad de evaluar los programas que tienen a

su cargo. La participación activa en los trabajos de evaluación es, por añadidura, un medio inmejorable para completar la formación del administrador y del personal a sus órdenes.

Evaluación científica

Las dos formas de evaluación que acaban de describirse se aplican en general a servicios o programas en su conjunto, porque es difícil, si no imposible, hacer la evaluación de un programa entero con métodos más precisos y científicos. Un tercer método, en cambio, consiste en tomar ciertos elementos del conjunto de un servicio o de un programa y someterlos a un detenido análisis, mediante normas de apreciación que se ajusten a las exigencias de un estudio científico. Aplicado con discernimiento, este tipo de evaluación tiene mucha utilidad y permite, no sólo mejorar el conjunto del programa, sino contribuir a ganar el apoyo de la opinión pública para su prosecución y expansión.

A pesar del carácter científico de los métodos que emplea, no puede confundirse este tipo de evaluación con la investigación pura, «cuya finalidad es acumular y analizar datos para formular hipótesis y teorías que respondan al solo afán de ensanchar la esfera del saber, con independencia de cualquier juicio de valoración sobre los nuevos conocimientos».¹

La evaluación científica es un proceso en que se pasa por varias etapas esenciales para hacer las siguientes operaciones:

- 1) definir claramente los objetivos generales del programa en su conjunto;
- 2) precisar los objetivos particulares del método o de la actividad que se trata de evaluar;
- 3) trazar la línea que sirva de base para medir los progresos realizados;
- 4) seleccionar los instrumentos o los métodos apropiados para medir la actividad en estudio;
- 5) medir la amplitud de las modificaciones que se hayan producido;
- 6) estudiar los resultados y determinar si las modificaciones observadas son consecuencia de la actividad en estudio o se deben a cualquier otra causa, y
- 7) establecer en el programa los cambios que las conclusiones aconsejen introducir.

¹ United States of America, National Advisory Mental Health Council, Community Services Committee, Subcommittee on Evaluation of Mental Health Activities (1955) *Evaluation in mental health: a review of the problem of evaluating mental health activities*, Washington, D.C., p. 2 (US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service Publication No. 413)

He aquí un ejemplo de cada una de esas etapas en la evaluación de un programa de adiestramiento de « parteras empíricas » :

Los objetivos generales del programa de higiene materno-infantil consisten en reducir la mortalidad de las madres y de los niños de la colectividad. Los objetivos particulares del programa de adiestramiento podrían consistir en que se obtuviera una reducción mensurable de las defunciones evitables de las madres, así como de la mortalidad infantil por tétanos umbilical, en los casos asistidos por las parteras que hayan seguido el curso de adiestramiento.

Hará falta, pues, partir de una *línea de base* que permita la comparación, es decir, que será preciso conocer los resultados que obtenían esas mismas parteras empíricas *antes* de seguir el curso, y expresarlos en términos idénticos a los que se utilicen para los resultados posteriores.

Grupo testigo. Además de medir los progresos realizados, partiendo de la línea de base, convendrá comparar el rendimiento de las parteras empíricas que han asistido al curso de adiestramiento con el de un grupo análogo que no lo haya seguido.

Corrección de variables. Ciertos factores, tales como la edad de las parteras que asisten al curso, su situación económica y social, su nivel de instrucción, su previa experiencia profesional, y las modalidades de su selección, pueden influir en los resultados y deben ser, en su caso, corregidos. Si no se pudiera o fuera muy difícil eliminar todas esas variables, será preciso tenerlas en cuenta al establecer las conclusiones, y asimismo a las causas de errores estadísticos derivados de la desigualdad numérica de los grupos, etc.

Los métodos aplicados deben proporcionar, entre otros datos, una información fidedigna sobre todos los casos asistidos por parteras que pertenezcan a los diferentes grupos objeto del estudio, así como sobre las defunciones de madres y de recién nacidos; a este último efecto habrá que determinar, además, si la defunción era o no era evitable (para lo cual se podrá recabar, por ejemplo, el asesoramiento de un comité de profesionales).

Más tarde se procederá a hacer la *prueba de la persistencia* de los cambios observados en el grupo mediante un estudio ulterior que acaso ponga de manifiesto la necesidad de una vigilancia más rigurosa o la conveniencia de organizar cursos de repaso para asegurar y mantener los resultados obtenidos.

Sería interesante, también, realizar una encuesta sobre la opinión de las parteras empíricas acerca del adiestramiento recibido, con lo que quizá se hicieran patentes posibles deficiencias del curso. También contribuirá a afinar la justeza de la evaluación la observación del trabajo de las parteras, antes y después del adiestramiento, hecha por profesionales.

Un estudio de tanta amplitud requiere, sin duda, mucho tiempo y mucho dinero, pero, si está bien conducido, en los países que se propongan organizar en gran escala programas de adiestramiento, permitirá un ahorro enorme de energías y de capital.

Se expone a continuación otro ejemplo de los diversos modos de apreciar el valor de unos centros de asistencia infantil, después de un largo período de funcionamiento, en una colectividad con situación económica y nivel de instrucción relativamente satisfactorios :

Se podrá solicitar la opinión de los médicos generales y de los organismos de acción sanitaria y social sobre los principales problemas de higiene infantil que estén planteados en la colectividad. También será útil conocer la opinión del personal que trabaja en esos centros. Las reuniones donde las madres que los frecuentan cambien impresiones sobre esos problemas, serán, asimismo, un buen medio de saber qué clase de asistencia es la que, a su juicio, más necesitan. Todos estos procedimientos corresponden al primer tipo de evaluación antes descrito. Otro sistema consistirá en que un experto o un grupo de expertos valoren el funcionamiento de los centros.

Supóngase que en estas encuestas, tanto los grupos profesionales como las madres coinciden en pensar que los centros deberían dedicar más atención a los aspectos psicológicos de la asistencia en el centro. Uno de los cambios que, según eso, habría que introducir en las actividades de los centros consistiría en encontrar tiempo suficiente para que las madres explicaran sus preocupaciones sobre la conducta de sus hijos y para que el personal pudiera aconsejarlas y adiestrarlas. Supóngase que fuera imposible aumentar el personal o prolongar las horas de consulta. Habría entonces que suprimir otras actividades que ocupan tiempo y son improductivas. Se duda si tiene valor el medir y registrar sistemáticamente la talla y el peso de los niños. Para verificarlo, habrá que comprobar una o varias de las siguientes hipótesis :

- a) En los dispensarios de la colectividad son raras los trastornos de la nutrición que produzcan retrasos en el crecimiento.
- b) Para orientar a las madres en el cuidado de sus hijos el personal no necesita los datos que arroja el registro repetido de la talla y del peso.
- c) Las operaciones de medir y registrar la talla y el peso del niño en cada visita absorben una buena parte del tiempo de las enfermeras.
- d) La práctica sistemática de esas operaciones en los dispensarios induce a las madres y al personal a exagerar la importancia del aumento rápido de talla y de peso.
- e) Se tiende así a difundir ideas falsas sobre el desarrollo normal y se provoca intranquilidad en algunas madres, facilitándoles la comparación entre sus hijos y otros niños de constitución física y crecimiento diferentes.

Comprobación de las hipótesis

No será difícil comprobar la hipótesis a) estudiando unas muestras representativas de las fichas de observación, comparando las curvas de crecimiento que resulten de ellas, con las curvas típicas del crecimiento normal.

La verificación de la hipótesis b) podrá consistir en observar durante cierto periodo de tiempo la frecuencia con que el médico del dispensario tiene en cuenta los datos registrados para aconsejar a las madres la alimentación y los cuidados que deben dar a sus hijos.

Respecto a la hipótesis c), será preciso determinar el tiempo que efectivamente dedique el personal de enfermería a las operaciones de talla y peso, a su registro y a discutir con las madres sobre el asunto.

Más delicada será la comprobación de las hipótesis d) y e) por medios estrictamente científicos, ya que en ellas se trata de cuestiones de opinión y de sentimiento. Cabría, de todas maneras, tomar el tiempo que el personal invierte en estas o en aquellas operaciones, como un índice de la importancia que les atribuye. Cabría también formarse una idea de las preocupaciones de las madres, basándose en el número y naturaleza de sus comentarios y de sus preguntas sobre el peso de sus hijos, o de sus reacciones ante al abandono de la práctica sistemática de tallar y pesar a los niños. El propio personal, si sabe interrogar a las madres con paciencia y simpatía, ha de llegar, al cabo de algún tiempo, a precisar el grado de la inquietud que les causen las cuestiones de crecimiento.

Importancia de las estadísticas demográficas en la evaluación

Como uno de los principales objetivos de cualquier programa de higiene materno infantil es la disminución de las muertes evitables de las madres y los niños, resultan indispensables para el director de un servicio de higiene materno infantil el registro exacto y completo de los nacimientos y de las defunciones y la elaboración de estadísticas sobre las causas de defunción. Sin un estudio analítico de esos datos llevado constantemente al día, cuando menos de algunos sectores de la colectividad que recibe los servicios, no será posible preparar los planes con acierto ni apreciar los progresos realizados y cambios que se produzcan. Existen diversos métodos que permiten obtener los datos necesarios para planear y evaluar los programas en los países y regiones donde la inscripción obligatoria de los nacimientos y de las defunciones, así como los servicios de estadística, están aún en vías de desarrollo.¹ Proporcionan informaciones de mucha utilidad las encuestas médicas periódicas en sectores limitados, tratando de obtener datos sobre la totalidad del movimiento demográfico en el curso de un periodo determinado y, en particular, sobre las causas de defunción de las madres y los niños, y los estudios y extractos de los datos de mortalidad y de morbilidad que figuren en los registros de los hospitales y de los dispensarios, completados con indagaciones sobre las causas y las circunstancias de cada caso particular. Se han logrado, asimismo, resultados interesantes con la intervención de un grupo, formado por médicos generales, por parteras, o por unos y otras, en un estudio sistemático de la totalidad o de una muestra de las defunciones de madres y de niños. El método llamado « estudio de casos particulares » se aplica a muchas actividades de higiene materno infantil y constituye un adiestramiento excelente para cuantos participan en esos trabajos, ayudando al mismo tiempo a descubrir las deficiencias y lagunas existentes en los programas.

A falta de datos exactamente registrados, se podrá suponer que se han producido ciertos « progresos » si se comprueba que ha habido efectivamente *un aumento de las instalaciones y de los medios de acción* (tales como las camas disponibles en maternidades y hospitales para niños) o *un aumento de las actividades*, manifestado, por ejemplo, en el número de madres o niños visitados o examinados. La hipótesis de que el aumento y el mejoramiento de los medios materiales y de los servicios representan una disminución de la tasa de mortalidad o un nivel más alto del estado de salud necesita verificación. En la mayoría de los programas de higiene materno infantil se emplea mucho esfuerzo, mucho tiempo y mucho dinero basándose en hipótesis que precisan ser comprobadas.

¹ *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn. ; Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1954, 85

Comparación con referencia a normas fijas

La comparación de los medios o de los servicios con normas o patrones ya establecidos es un método de evaluación que se emplea con frecuencia, y que tiene utilidad en determinadas circunstancias, a condición de que las normas estén al día. El alumbrado de las salas de clase, por ejemplo, puede medirse cuantitativamente por medio de un fotómetro y compararlo con el patrón fijo recomendado. Los métodos modernos de graduación de la agudeza visual y auditiva requieren el empleo de dispositivos de medición contrastados para que sea posible comparar sus indicaciones con los patrones fijos establecidos. Es importante, sin embargo, distinguir los patrones fijos, científicamente establecidos, de aquellas normas que sólo representen opiniones o conjeturas, inaplicables con frecuencia a las condiciones locales.

Archivos

Los archivos de los servicios, siempre que estén bien llevados, pueden ser de extraordinaria utilidad para la evaluación. Una vez enunciados con claridad los objetivos de un servicio, los métodos que se empleen para alcanzarlos pueden servir de base para el establecimiento de un sistema satisfactorio de registro y archivo. Los miembros del personal lo aprovecharán para darse cuenta de la eficacia de sus esfuerzos en relación con los objetivos señalados y para organizar el trabajo en consecuencia. Un buen archivo proporciona, asimismo, puntos de referencia que permiten comparar el rendimiento del personal y de los servicios en sectores diferentes. Estos principios son aplicables a la mayor parte de los elementos del programa de higiene maternoinfantil.

En general, los registros son más útiles para medir datos cuantitativos que para analizar la calidad de un servicio. Conviene proceder con prudencia en la interpretación de los datos cuantitativos, porque la calidad está a menudo en razón inversa de la cantidad. La enfermera que se crea obligada a justificar un gran número de visitas acaso no se decida a reducirlo para dedicar más tiempo a enfermos cuyo estado exija cuidados particulares. Es muy posible que el establecimiento de normas cuantitativas de rendimiento influya desfavorablemente en la calidad del trabajo.

Los datos cuantitativos pueden, sin embargo, servir de punto de partida para ciertos estudios sobre la calidad de los servicios. Supóngase, por ejemplo, que el análisis de los registros de los centros de higiene infantil de una colectividad indica que el porcentaje de los niños de pecho que frecuentan el centro A es doble que el de los niños atendidos en otros dispensarios. La diferencia puede obedecer a uno o a varios factores que denoten la calidad de los servicios prestados. Es posible, por ejemplo,

que el personal de los otros dispensarios dedique una atención especial a la vigilancia médica de los niños de más edad ; es posible, también, que el personal del dispensario A se interese particularmente en los problemas psicológicos, o que las madres vuelvan espontáneamente al dispensario A por la asistencia que reciben.

Evaluación de los servicios preventivos y de los servicios dedicados al fomento general de la salud

Es más fácil evaluar las medidas que tienden a prevenir enfermedades o deficiencias físicas que las destinadas a favorecer el mejoramiento de la salud por medio de la higiene general. Las diferencias observadas en la incidencia y en la prevalencia de las enfermedades en cuestión se podrán medir una vez que se haya trazado la línea base adecuada. Se tropezará, sin embargo, con la dificultad de corregir las múltiples variables que pueden haber intervenido en los cambios registrados. En el supuesto de que haya disminuído la incidencia de la diarrea en los niños de pecho atendidos por un centro determinado, la causa puede muy bien residir en la educación que allí se dé a las madres en materia de alimentación infantil, pero también puede estar en el progreso del saneamiento del medio o en el mejoramiento del suministro de agua o de leche.

Afirmase a menudo que las actividades destinadas al fomento general de la salud no se prestan a evaluación o a medida. Así es, en efecto, cuando menos en parte ; pero también es verdad que este aserto sirve de pretexto, con frecuencia, para no intentar una evaluación de la mayor parte de un programa dedicado a estas actividades. Siempre será posible señalar el objetivo que se propone una actividad y, a falta de medidas exactas, describir de algún modo los progresos hechos hacia su consecución. Cada administrador de un servicio de higiene materno infantil debiera definir concretamente lo que, a su juicio, ha de entenderse por higiene de la madre y el niño en el caso concreto de la colectividad que tiene a su cargo. Esa definición podría servir de punto de partida para organizar y evaluar el progreso de las actividades dedicadas al fomento de la salud en su programa. En la actualidad se concede gran atención a la evaluación de las actividades en favor de la salud mental. Los problemas y los métodos son análogos en todos aquellos aspectos menos tangibles de la salud pública.

Recursos y medios necesarios para la evaluación

El trabajo de evaluación, en una u otra de sus formas, debiera ser un elemento permanente de todo programa de higiene materno infantil. Algunos administradores considerarán imposible llevar a cabo evaluaciones científicas por falta de personal y de fondos suficientes. Esta dificultad no ha de impedirles, sin embargo, iniciar el trabajo, aunque no sea más

que a base de tener en cuenta, al tomar sus decisiones cotidianas, todos los elementos de juicio de que dispongan, valorándolos con un criterio objetivo. Tampoco es difícil recoger las opiniones de otros servicios, en especial de aquellos que tienen estadígrafos competentes y experimentados, o las de grupos de profesionales y de ciudadanos, con lo que se amplía la base en que el administrador funda sus apreciaciones técnicas. Es posible que la evaluación científica tenga que limitarse a hacer algunos sondeos, a no ser que se cuente con la ayuda de expertos. Con frecuencia se olvida que las universidades o los centros de investigación establecidos en las cercanías pueden ser de gran ayuda. Estos centros llevan a cabo frecuentemente investigaciones estériles, por faltarles ocasiones para abordar problemas concretos. Las relaciones que establezcan con los servicios de higiene maternoinfantil convirtiéndose en un órgano investigador de éstos, redundarán, sin duda, en beneficio de ambas partes.

9. Investigaciones

Se admite de manera general que además de la evaluación es necesario llevar a cabo investigaciones para ampliar los conocimientos sobre la naturaleza, el origen y la prevención de ciertos problemas de higiene maternoinfantil ante los cuales han resultado impotentes las medidas de salud pública, bien sea por ignorancia de sus causas, bien por falta de métodos eficaces para combatirlas. Problemas tan importantes como los que plantean la mortalidad perinatal, las diarreas y las enteritis, los defectos congénitos, las parálisis cerebrales, la anemia grave y la toxemia del embarazo continúan en gran parte sin resolver.

También urge encontrar una solución al problema de la malnutrición proteínica (kwashiorkor) y de otros tipos de malnutrición en la población infantil de diferentes países, sobre todo durante el periodo del destete. Desde el punto de vista de la mortalidad y de la morbilidad, la malnutrición, las diarreas y las enteritis son actualmente las cuestiones más graves de higiene infantil en todo el mundo.

Conviene proseguir los estudios sobre la alimentación de los lactantes (la alimentación al pecho inclusive).

Conviene también emprender investigaciones comparadas sobre ciertas cuestiones que interesan a varios países. La toxemia del embarazo y el raquitismo, entre otros muchos problemas, están en ese caso. Antes de iniciar los trabajos habría que establecer métodos uniformes para el acopio y análisis de los datos.

En materia de administración, sería interesante iniciar investigaciones de metodología evaluativa de los problemas sanitarios y sobre el valor

potencial y el valor relativo del personal auxiliar. Algunas de esas investigaciones relacionadas con la higiene materno infantil pueden llevarse a cabo por el propio órgano ejecutivo con ayuda de algún experto. Otras, por el contrario, requieren la colaboración de equipos de investigadores especializados, que puedan recurrir a los servicios de salud pública, a su personal y a sus archivos, así como a las universidades y a los centros de investigación.

El Comité de Expertos en Higiene Materno infantil,

Reconociendo la importancia de la OMS en el fomento de las investigaciones,

RECOMIENDA que se estimule la ejecución de nuevos estudios sobre algunos problemas de higiene materno infantil que interesan a varios países, empleando métodos uniformes para la comparación de los resultados.

* * *

El Comité de Expertos en Higiene Materno infantil,

Después de haber examinado cuál pueda ser la mejor manera de acelerar la aplicación de los principios de administración de los servicios de higiene materno infantil expuestos en el presente informe,

RECOMIENDA a la OMS que fomente la celebración de conferencias regionales y nacionales para estudiar estas cuestiones.
