

*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 428

**ORGANIZACION Y ADMINISTRACION  
DE LOS SERVICIOS DE  
HIGIENE MATERNOINFANTIL**

**Quinto informe  
del Comité de Expertos de la OMS  
en Higiene Maternoinfantil**

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA

1969

© Organización Mundial de la Salud 1969

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre la reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Ello no obstante, los organismos gubernamentales, las sociedades culturales y científicas y las asociaciones profesionales pueden reproducir ilustraciones, datos o extractos de esas publicaciones sin necesidad de pedir autorización a la Organización Mundial de la Salud.

Las entidades interesadas en reproducir o traducir íntegramente alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización de la División de Servicios de Edición y de Documentación, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. La Organización Mundial de la Salud dará a esas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que se presentan los datos que contiene no implican, por parte del Director General de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen en las publicaciones de la OMS por una letra inicial mayúscula.

PRINTED IN SWITZERLAND

## INDICE

|  | Página |
|--|--------|
| 1. Objetivos de los servicios de higiene maternoinfantil . . .   | 5      |
| 2. Problemas de la competencia de los servicios de higiene maternoinfantil . . . . .   | 7      |
| 3. Tendencias actuales de las actividades destinadas a mejorar los servicios de higiene maternoinfantil . . . . .                | 10     |
| 4. Planificación . . . . .   | 12     |
| 5. Funciones administrativas . . . . .   | 14     |
| 6. Medios de atender a la población en su totalidad . . . . .  | 15     |
| 7. Relaciones entre la planificación de la familia y las demás actividades de los servicios de higiene maternoinfantil . . . . . | 21     |
| 8. Un concepto más amplio de los programas de higiene escolar  | 25     |
| 9. Adopción, asistencia en guarderías y otras instituciones . .  | 28     |
| 10. Niños impedidos . . . . .  | 30     |
| 11. Formación . . . . .  | 31     |
| 12. Evaluación de programas e investigaciones operativas . . .   | 34     |
| 13. Legislación . . . . .  | 37     |
| 14. Recomendaciones . . . . .  | 37     |

## COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS EN HIGIENE MATERNOINFANTIL

*Ginebra, 26 de noviembre - 2 de diciembre de 1968*

### *Miembros :*

Profesor Sir Dugald Baird, Servicio de Investigaciones de Sociología Médica, Consejo de Investigaciones Médicas, Centro de Estudios Sociales, Aberdeen, Escocia

Dr. Harbans Dhillon, Director Adjunto de los Servicios de Sanidad de Punjab, Chandigarh, Punjab, India (*Presidente*)

Dr. I. S. Kadama, Médico Jefe ; Secretario Permanente, Ministerio de Sanidad, Entebbe, Uganda

Srta Huguette Merchiers, Inspectora Jefe de Enfermería, Œuvre nationale de l'Enfance, Bruselas, Bélgica

Dr. A. Nozari, Asesor Jefe, Ministerio de Sanidad, Teherán, Irán

Profesor M. Studenikin, Director, Instituto de Pediatría, Academia de Ciencias Médicas de la URSS, Moscú, URSS (*Vicepresidente*)

Dra Helen M. Wallace, Profesora y Presidenta de la División de Higiene Materno-infantil, Escuela de Salud Pública, Universidad de California, Berkeley, Calif., Estados Unidos de América (*Relatora*)

### *Representantes de otras organizaciones :*

#### *Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia :*

Dr. G. Tesauro, Rector y Profesor de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Nápoles, Italia

#### *Asociación Internacional de Pediatría :*

Dr. H. Hultin, Director, Servicios de Higiene Materno-infantil y de Higiene Escolar, Consejo Nacional de Sanidad, Helsinki, Finlandia

### *Secretaría :*

Dr. N. Jungalwalla, Director de la División de Servicios de Salud Pública, OMS

Dr. F. Rosa, Jefe del Servicio de Higiene Materno-infantil, OMS (*Secretario*)

Dra Wiktoria Winnicka, Profesora de Higiene Materno-infantil, Escuela de Salud Pública de la Universidad de California, Berkeley, Calif., Estados Unidos de América (*Consultora*)

# **ORGANIZACION Y ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE HIGIENE MATERNOINFANTIL**

## **Quinto informe del Comité de Expertos de la OMS en Higiene Maternoinfantil**

El Comité de Expertos de la OMS en Higiene Maternoinfantil se reunió en Ginebra del 26 de noviembre al 2 de diciembre de 1968 para examinar las tendencias de la planificación, la organización y el funcionamiento de los servicios de higiene maternoinfantil. En nombre del Director General, el Dr. P. Dorolle, Director General Adjunto, inauguró la reunión y dio la bienvenida a los participantes.

### **1. OBJETIVOS DE LOS SERVICIOS DE HIGIENE MATERNOINFANTIL**

Los objetivos de los servicios de higiene maternoinfantil comprenden desde la solución de los problemas sanitarios que afectan en forma inmediata a la madre y al niño hasta aspectos relacionados con la salud del individuo durante toda la vida y con la salud de la colectividad. Mediante sus actividades en favor del desarrollo infantil y de la educación sanitaria de padres e hijos, tratan esos servicios de alcanzar su objetivo final, un buen estado de salud para todos los individuos durante toda la vida. El efecto de los cuidados maternos minuciosos y bien orientados sobre la salud de toda la familia, y la relación entre el estado sanitario de la familia y el de la colectividad, son factores importantes para el desarrollo del individuo, el grupo social y la nación.

La salud de la madre y del niño dependen de factores externos e internos que actúan sobre la familia en su conjunto. A su vez, la familia resulta afectada inevitablemente por las condiciones humanas y ambientales de la colectividad cuya existencia comparte. La mayoría de los problemas de higiene maternoinfantil son por tanto problemas de salud pública o de grupos sociales, que no pueden resolverse sino adoptando medidas generales aplicables a toda una zona.

La higiene maternoinfantil se interesa en las exigencias biológicas de la reproducción, el crecimiento y el desarrollo, de los riesgos que madres y

niños pueden correr a causa de esas mismas exigencias, y de los servicios especiales necesarios para hacer frente a esos riesgos. Como las afecciones sufridas durante el desarrollo pueden lesionar el organismo de manera permanente, las medidas adoptadas en ese periodo pueden tener efectos preventivos prolongados. Conviene considerar la higiene materno infantil como disciplina independiente, a fin de que todas las actividades que le corresponden giren en torno a las necesidades particulares de la madre y del niño, y se puedan movilizar, desarrollar y organizar servicios capaces de atender esas necesidades.

El Comité reitera la declaración formulada en el informe de un Comité de Expertos de la OMS reunido anteriormente; en ella se afirma que los servicios de higiene materno infantil deben proponerse como ideal « 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 ».<sup>1</sup>

En el primer informe del Comité de Expertos de la OMS en Higiene Materno infantil<sup>2</sup> se incluía una definición de la asistencia a la madre, que posteriormente adoptó el Comité de Expertos de la OMS sobre la Función de la Partera en la Asistencia a la Madre,<sup>3</sup> con el agregado de las palabras que figuran entre corchetes:

« El objeto de la asistencia a la madre es conseguir que toda mujer en periodo de embarazo o de lactancia goce de buena salud, aprenda a cuidar a su hijo, tenga un parto normal y dé a luz una descendencia sana. En sentido estricto, la asistencia a la madre comprende los cuidados a la mujer embarazada antes del parto, la asistencia obstétrica necesaria para tener un parto normal, el reconocimiento [y la asistencia] después del parto, los cuidados al recién nacido y las medidas necesarias para mantener la lactación. En su sentido más lato esa asistencia empieza mucho antes y abarca las medidas encaminadas al mejoramiento de la salud y las condiciones de vida de los jóvenes y a ayudarles a que se formen ideas claras sobre la vida de familia y sobre la función de la familia en la comunidad, en previsión de la que ellos mismos están llamados a constituir. Incluye también las orientaciones sobre la misión y la responsabilidad de los padres y sobre los problemas relacionados con la esterilidad y la regulación de los nacimientos. »

Aunque se han formulado por separado los objetivos que ha de alcanzar la higiene de la madre y la del niño, el Comité pone de relieve la estrecha relación existente entre el estado de salud de una y otro.

<sup>1</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1957, N° 115.

<sup>2</sup> *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn. ; Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1952, N° 51.

<sup>3</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1966, N° 331.

La 21ª Asamblea Mundial de la Salud reconoció que « para muchos Estados Miembros la planificación familiar es un elemento importante de la actividad de los servicios sanitarios básicos, en especial los de higiene maternoinfantil y fomento de la salud de las familias » y que « desempeña un papel indiscutible en el desarrollo social y económico ». Reconoció asimismo « que todas las familias deben tener oportunidad de recibir información y consejo sobre los problemas de la planificación familiar, incluso los relacionados con la fecundidad y la esterilidad ».<sup>1</sup> El Comité comparte este criterio.

## 2. PROBLEMAS DE LA COMPETENCIA DE LOS SERVICIOS DE HIGIENE MATERNOINFANTIL

Los problemas de que se ocupa la higiene maternoinfantil son muy variados. Por una parte, en los países más adelantados persiste una serie de problemas sin resolver, no obstante la aplicación adecuada de los conocimientos modernos. Ejemplos de ellos son ciertos problemas perinatales, las malformaciones congénitas, los problemas genéticos, las enfermedades mentales, los accidentes, la obesidad y algunos problemas nuevos de la adolescencia. Incluso en los países donde la higiene maternoinfantil ha progresado notablemente, sus efectos no se han manifestado de manera uniforme en todos los sectores de la colectividad. Algunos grupos no gozan aún del nivel óptimo de asistencia maternoinfantil que reciben los más favorecidos o los que viven en zonas más ricas.

En el otro extremo, en las regiones en desarrollo se registra el fenómeno inverso : es preciso dedicarse fundamentalmente a aplicar de forma más eficaz los conocimientos disponibles, teniendo en cuenta la limitación de los recursos y las dificultades de esta tarea. Las tasas de mortalidad y morbilidad materna e infantil mucho más altas en las regiones en desarrollo obedecen sobre todo a la mala alimentación, al predominio de enfermedades infecciosas y a los riesgos propios de la reproducción. En la mayor parte del mundo, esos tres problemas, relacionados estrechamente entre sí, continúan siendo la principal preocupación de los servicios de higiene maternoinfantil.

### 2.1 Nutrición

La nutrición reviste una importancia fundamental para la salud de la madre y del niño. En todo el mundo, la mayor parte de las defunciones que habrían podido prevenirse se deben al efecto combinado de la malnutrición

<sup>1</sup> *Act. of. Org. mund. Salud*, 1968, **168**, 21 (resolución WHA21.43).

y las infecciones en los primeros años de vida.<sup>1</sup> Como es difícil definir la malnutrición, generalmente se registra menos como causa de defunción que las infecciones, cuyos síntomas y etiología son más notables. En los estudios sobre lactantes y niños mayores fallecidos por infecciones suele comprobarse que la malnutrición es un factor subyacente o incluso que la infección sólo aparece en la fase final. Por otra parte, tanto las infecciones agudas como las crónicas afectan el estado de nutrición.<sup>2</sup>

Las adolescentes, las mujeres embarazadas, las madres lactantes y los niños de toda edad son especialmente sensibles a los efectos de la subalimentación, y en muchos países prevalece la malnutrición crónica. Los hijos de mujeres desnutridas suelen nacer bajos de peso incluso si el parto se produce a término, y con frecuencia éste es prematuro. Además de alimentarse en forma cualitativa y cuantitativamente deficiente, las madres y los niños pueden padecer diversas enfermedades crónicas, incluso infecciones. En la mayoría de estos casos suele diagnosticarse anemia, afección que, al margen de su propia importancia, es también un indicio de diversas carencias de aminoácidos, vitaminas y minerales.

En algunas regiones, siguen siendo graves problemas las deficiencias vitamínicas específicas que podrían evitarse. Aún se producen muchos casos de ceguera infantil por falta de consumo de alimentos ricos en vitamina A, en zonas donde podría obtenerse fácilmente.

Más importante aún es el efecto de la malnutrición proteínocalórica en el crecimiento y desarrollo de los niños. Muchos datos indican que la malnutrición retrasa el desarrollo y limita el rendimiento y que, en múltiples regiones, este problema afecta a toda la población. Si bien es difícil aislar los efectos de la nutrición del conjunto de factores socioecológicos que pueden afectar el desarrollo mental de los niños de corta edad, aumentan cada vez más las observaciones que inducen a pensar que los efectos nocivos de la malnutrición son tan considerables que es posible identificarlos incluso con los actuales métodos imperfectos para medir el nivel intelectual en diversas colectividades.

Aunque se disponga de muchos recursos para mejorar el estado de nutrición, quizá se desestime la magnitud de la labor necesaria para prevenir la malnutrición. Las actividades que corresponden a los servicios de higiene materno infantil son las siguientes :

- 1) El estudio detenido de los problemas nutricionales, la identificación de los recursos alimenticios más accesibles y fáciles de obtener y el análisis de los factores culturales que dificultan el consumo de los nutrientes indispensables y sobre los cuales hay que actuar.

<sup>1</sup> Esta cuestión se examina detenidamente en : Scrimshaw, N. S., Taylor, C. E. y Gordon, J. E. (1970), *Nutrición e infecciones : su acción recíproca* (Organización Mundial de la Salud : Serie de Monografías, N° 57), Ginebra (en preparación).

<sup>2</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1965, N° 314.

2) Acción educativa en materia de nutrición, a cargo del personal de higiene maternoinfantil y destinada a madres, niños, maestros, promotores y dirigentes de colectividades.

3) La amplia distribución de complementos alimenticios específicos, hierro, por ejemplo, cuando sea esa la forma más eficaz de elevar la ingestión de nutrimentos en la proporción que se necesite.

4) La vigilancia de la madre y el niño, a fin de identificar y atender problemas de nutrición lo más pronto posible, y el suministro de información detallada, con objeto de evitar recidivas.

5) La prevención y el tratamiento de las infecciones que afectan el estado de nutrición.

6) Las actividades de planificación de la familia, siempre que sean aceptables, para mejorar el estado de nutrición de las madres aumentando los intervalos entre los embarazos, y el de toda la familia, con la limitación del número de hijos y la mejor atención a cada uno de ellos.

## 2.2 Infecciones

En los países en desarrollo, donde las enfermedades infecciosas están entre los problemas sanitarios más importantes, deben adoptarse medidas preventivas lo más pronto posible. En algunas regiones, el tétanos neonatorum es causa de más de la mitad de las defunciones neonatales. La tos ferina y el sarampión son especialmente peligrosos para los lactantes malnutridos, que deben ser vacunados a una edad muy temprana. La alta proporción de inmunizaciones que se requiere para erradicar la viruela hace necesaria la vacunación de los recién nacidos; también es ventajoso administrar a éstos la vacuna BCG.

El objetivo final es la vacunación sistemática de los lactantes en servicios sanitarios permanentes. No obstante, en los países en desarrollo, tal vez las campañas en gran escala constituyan el medio más eficaz de luchar contra determinadas enfermedades transmisibles, como el paludismo, la viruela y la tuberculosis, a causa de la gran incidencia de estas enfermedades, la magnitud de las medidas preventivas indispensables, la escasez de servicios sanitarios permanentes y ciertas dificultades de logística para organizar actividades descentralizadas. Desde un principio, esas campañas deben sujetarse a un plan que permita, a la larga, que los servicios sanitarios de base se hagan cargo de las actividades de consolidación y mantenimiento. Mientras tanto, es indispensable establecer una estrecha coordinación entre los servicios sanitarios permanentes de nueva creación y el personal encargado de las campañas en gran escala, puesto que esos servicios pueden participar en las actividades de vigilancia y localización de casos.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1965, N° 294; González, C. L. (1966) *Las campañas de masa y los servicios sanitarios generales*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (*Cuadernos de Salud Pública*, N° 29).

Las afecciones intestinales y respiratorias, de alta prevalencia, constituyen el mayor porcentaje de mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas ; su prevención no sólo requiere que se intensifiquen las medidas preventivas específicas sino también las destinadas a mejorar la nutrición, la puericultura y la higiene del medio. A este respecto son importantes los consejos a los padres, las visitas a domicilio y los programas de higiene escolar.

### **2.3 Riesgos de la reproducción excesiva**

La reproducción excesiva, con los riesgos que entraña, impone a las madres una carga considerable. Los servicios de higiene materno infantil, cuyas actividades básicas habían consistido siempre en la prestación de asistencia durante el parto, se han ampliado hasta abarcar también la atención prenatal y postnatal. Tanto esa asistencia como las medidas que permiten espaciar los embarazos y limitar su número son importantes para la salud de la madre y del feto.

En todo el mundo existe una relación estadística entre el número de embarazos y las tasas de mortalidad materna e infantil. Las altas tasas de mortalidad de niños de todas las edades reflejan los peligros que para la salud de la madre y el niño implica un número excesivo de embarazos, así como la incapacidad de las familias numerosas de las regiones en desarrollo para mantener a todos sus hijos, cuya alimentación y nutrición suelen ser deficientes ; los niños que sobreviven en esas condiciones suelen presentar retardos del crecimiento y del desarrollo. Por otra parte, la alta mortalidad infantil es una de las causas de los embarazos sucesivos que debilitan a las madres y provocan una gran morbilidad materna. Es sabido que el riesgo de mortalidad materna aumenta con el índice de gravidez y que los embarazos repetidos no sólo afectan el estado de nutrición y la tasa de hemoglobina de las madres sino que pueden causar también graves afecciones de la pelvis.

Como resultado de ello, con frecuencia se observan anemia y malnutrición en la madre, cuyas reservas, de suyo insuficientes, disminuyen más aún con los periodos casi ininterrumpidos de embarazo y lactancia ; sus hijos, bajos de peso al nacer, mueren si no pueden amamantarles (frecuentemente, por otro embarazo) y, si sobreviven, se retarda su crecimiento y desarrollo.

## **3. TENDENCIAS ACTUALES DE LAS ACTIVIDADES DESTINADAS A MEJORAR LOS SERVICIOS DE HIGIENE MATERNOINFANTIL**

En la actualidad, se admite generalmente que es indispensable una planificación completa de los programas de higiene materno infantil, fundada en la evaluación precisa y coordinada con la planificación general sanitaria,

social y económica del país, para asegurar el establecimiento de servicios eficaces y una distribución adecuada del personal especializado, las instalaciones y los servicios maternoinfantiles.

Las autoridades que tienen a su cargo el desarrollo económico y social conceden una importancia cada vez mayor a la mortalidad y la morbilidad maternas e infantiles; a la elevada tasa de natalidad; al gran porcentaje de la población comprendido en el grupo de los menores económicamente dependientes, y a la importancia que tiene el desarrollo humano. La relación existente entre la mortalidad y la natalidad es hoy en día una preocupación fundamental, sobre todo en algunos países de alta densidad de población.

La educación sanitaria de la familia es una de las actividades necesarias para modificar favorablemente las tasas de mortalidad, morbilidad y natalidad. En las regiones en desarrollo, la información personal directa permite introducir nuevos conceptos y cambiar actitudes y prácticas respecto de la planificación familiar. Los grandes medios de difusión son de eficacia limitada, incluso en sus zonas de influencia. El problema es semejante al que plantea la modificación de los hábitos alimentarios o higiénicos de las familias. Está demostrado que la relación con el personal de los servicios de higiene maternoinfantil, incluidas las comadronas tradicionales, es un método eficaz de educación sanitaria de las familias; en algunos países en desarrollo, ese personal está entrando en acción y aumentando con rapidez.

Actualmente se procura atender a toda la población, prestándole aunque sea un mínimo de servicios, entre ellos una asistencia elemental, educación sanitaria y un sistema para la identificación de los individuos y grupos más expuestos, que necesiten mayor atención. Con este objeto, se organiza una amplia red de personal auxiliar que colabora estrechamente con los médicos y con los dirigentes de colectividades. En numerosas regiones, el personal auxiliar femenino, con el concurso activo de las madres, suele atender servicios de higiene maternoinfantil y educación sanitaria.

A fin de ampliar al máximo el alcance y la eficacia de los servicios esenciales, se procede a integrar los preventivos con los curativos, los de maternidad con los de higiene infantil y, cuando la política sanitaria lo permite, los de planificación de la familia con los de higiene maternoinfantil. *Esos servicios mixtos de higiene maternoinfantil no están separados de los demás servicios sanitarios, sino que se integran en los servicios básicos de sanidad y, con frecuencia, constituyen un núcleo para organizar éstos.* Disponen de un personal capaz de atender las diversas necesidades principales de la madre y el niño, sea que se trate de una enfermedad infantil, de asesoramiento en materia de nutrición, de asistencia de maternidad o de planificación de la familia. Esta generalización de funciones facilita asimismo la continuidad de la asistencia y permite que un solo miembro del personal, conocedor de

los antecedentes y la situación familiar del interesado, ejerza una influencia profunda por una acción educativa reiterada y una vigilancia adecuada.

Para atender estas crecientes necesidades es preciso aumentar considerablemente el personal, lo cual requiere una planificación de conjunto en la que destaque mucho más la formación de un numeroso personal auxiliar y de grupos de trabajo más equilibrados y mejor coordinados, constituidos por enfermeras, parteras y médicos capaces de dirigir y adiestrar en el servicio al personal auxiliar. La formación y el servicio mejoran cuando se estrechan los vínculos entre los institutos de formación y los servicios al público.

Aunque con estos nuevos criterios no se resuelvan automáticamente todos los problemas de higiene materno infantil, se están estableciendo programas fundados en minuciosos estudios y evaluaciones, a fin de determinar qué métodos son más eficaces en diversas condiciones; además, se están ensayando otros nuevos. Esta situación presenta mayores ventajas que la anterior dependencia de opiniones subjetivas o dogmáticas, o de una idea muy vaga sobre la eficacia.

#### 4. PLANIFICACION

La planificación y el funcionamiento de los servicios de higiene materno infantil sólo son posibles dentro del contexto de los servicios generales de sanidad y de un amplio programa nacional de desarrollo social y económico. Sin embargo, es preciso que los servicios sanitarios de base sean concebidos y estructurados de tal manera que puedan responder a las necesidades peculiares de la madre y del niño. Un servicio nacional de planificación y administración de la higiene materno infantil contribuirá en gran medida a que se tengan en cuenta las necesidades propias de madres y niños dentro de la política y los planes de formación de personal y de prestación de servicios.

Una vez que el organismo administrativo central esté sólidamente establecido y que se hayan extendido los servicios sanitarios en las zonas rurales, podrá comenzar a manifestarse una tendencia a la descentralización y se crearán servicios similares a niveles intermedios. La integración de las actividades de higiene materno infantil en la labor de los centros sanitarios locales permitirá que los administradores planifiquen y establezcan una red nacional de servicios y adapten esas actividades a las necesidades y a los recursos locales.

Los organismos consultivos capaces de promover la colaboración del público pueden aportar una colaboración muy valiosa al servicio central de higiene materno infantil. En muchos países cumplen eficazmente esta función diversos comités compuestos de miembros del personal de los servicios oficiales interesados, por ejemplo, otros departamentos del ministerio de

salud pública, otros ministerios, como los de educación, asuntos sociales, agricultura, etc., así como de representantes de organizaciones profesionales y voluntarias; pueden también formar parte de ellos destacados pediatras, tocólogos, enfermeras, parteras, pedagogos, asistentes sociales, etc. Estos comités pueden desempeñar la importantísima tarea de asesorar al servicio central de higiene materno infantil, señalar a la atención de éste problemas especiales, ayudarle a evaluar la eficacia de los servicios, determinar el orden de prelación de las actividades y estimular el interés en determinados sectores.

Con frecuencia es objeto de discusión la orientación que conviene dar a los programas de higiene materno infantil en los países en desarrollo. Las diferencias de evolución histórica y de condiciones ambientales impiden adoptar una política uniforme en los distintos países. Aunque en todas partes se reconoce la validez de los principios en que se fundan los programas de higiene materno infantil, los medios empleados para ponerlos en práctica deben elegirse siempre en función de las condiciones locales, por lo que tendrán que ser diferentes en cada país. El éxito de esos programas depende de su flexibilidad y de las posibilidades de modificar y mejorar los recursos existentes.

Al desarrollar sus servicios sanitarios, cada país ha de tener debidamente en cuenta sus recursos y posibilidades, así como la idea que tienen las familias de sus propias necesidades; el personal sanitario deberá recoger datos sobre actitudes y necesidades de las familias y transmitir al servicio central esas informaciones junto con sus propias apreciaciones sobre necesidades y personal indispensable para atenderlas. La experiencia ha demostrado que es más fácil que se acepten y utilicen los servicios sanitarios materno infantiles cuando concuerdan con el patrimonio cultural, las creencias y costumbres del pueblo.

Una vez que se conocen debidamente las necesidades sanitarias de la madre y del niño y los recursos existentes, es preciso determinar el tipo de servicio que responda mejor a esas necesidades y que, al mismo tiempo, resulte aceptable para la población y financieramente viable. Debe adoptarse asimismo una decisión sobre la asignación de recursos a las diferentes partes del programa. Los gobiernos de los países en desarrollo, en particular, carecen de fondos, personal e instalaciones suficientes para atender eficazmente los problemas que afrontan. Una vez establecido un orden de prioridad muy preciso, teniendo en cuenta los principales problemas sanitarios del país, deberán fijarse objetivos realistas a corto y a largo plazo a base de programas de acción expresados en términos cuantitativos.

Es necesario revisar periódicamente la estructura de los servicios de higiene materno infantil y adaptarla a los cambios propios del desarrollo económico y social del país y a las nuevas necesidades de la población. Por eso deberán preverse y planificarse las futuras necesidades y adoptar medidas para analizar y evaluar los resultados.

## 5. FUNCIONES ADMINISTRATIVAS

Muchos de los principios aplicables a la planificación tienen igualmente validez para las funciones administrativas, puesto que éstas dependen en gran medida de los planes iniciales y de las modificaciones continuas que en ellos se introducen. Los servicios centrales de higiene materno infantil son indispensables tanto para la planificación como para la administración; el comité consultivo de planificación puede también asesorar en materia de administración. Es muy conveniente que los administradores mantengan una relación estrecha con los establecimientos de enseñanza.

El servicio administrativo central de higiene materno infantil tendrá, entre otras, las funciones siguientes:

1) Centralizar las actividades encaminadas a integrar y promover la información, la política sanitaria, la planificación y la administración; asegurar la coordinación y el intercambio de opiniones con otros servicios del ministerio de sanidad, especialmente con los que se ocupan de la educación sanitaria, la nutrición, la enfermería, la formación profesional, la estadística demográfica, la higiene del medio, la lucha contra las enfermedades transmisibles y la salud mental; coordinar también sus actividades con las de otros ministerios competentes: educación, asuntos sociales, información, desarrollo comunal o rural, etc.; colaborar con otros grupos profesionales, de administradores, educadores y dirigentes locales, así como con organismos privados.

2) Estudiar los problemas y las necesidades en materia de higiene materno infantil, así como los servicios que requieren, mediante encuestas especiales, la reunión y el análisis de informes, registros y otros datos; fomentar, coordinar y ampliar los proyectos de investigación pertinentes.

3) Planificar y adaptar los programas a fin de atender en la forma más eficaz las diversas necesidades.

4) Procurar apoyo para los programas, recomendar medidas legislativas, participar en la elaboración del presupuesto y, en algunas zonas, asignar subvenciones para actividades regionales o locales.

5) Desarrollar en todo el país actividades de higiene materno infantil, dentro de los servicios sanitarios de base y distribuidas en forma adecuada, con miras a la asistencia general de madres y niños; el programa comprende la dirección del personal, el abastecimiento de suministros, sistemas para transferir pacientes de los servicios periféricos a los intermedios y centrales, y servicios de clasificación para identificar grupos con problemas especiales, a fin de proporcionarles atención intensiva (véase la sección 6); deben establecerse criterios y normas de trabajo, darse instrucciones y orientaciones sobre el funcionamiento de los servicios.

6) Vigilar la formación y el perfeccionamiento del personal.

7) Participar directamente o mediante asesoramiento en la preparación y el empleo de los grandes medios de información y de otros procedimientos de educación sanitaria aplicables a la higiene materno infantil.

Según el sistema local de administración, el servicio central de higiene materno infantil puede desempeñar en mayor o menor proporción las actividades siguientes :

- 1) Servicios de higiene escolar.
- 2) Administración de algunos establecimientos de maternidad y pediatría, así como de instituciones docentes.
- 3) Programas completos de planificación familiar ; en los planes de higiene materno infantil se incluye, por lo menos en parte, la ejecución de la mayoría de esos programas.
- 4) Asistencia social a madres y niños.
- 5) Servicios para niños impedidos.

### **5.1 Descentralización**

En el presente informe se entiende principalmente por administración central la que tiene a su cargo funciones de orden nacional, pero la expresión puede aplicarse a otros planos en los países donde la programación corresponde esencialmente al estado, la provincia, el distrito, o el municipio. Conviene descentralizar las funciones administrativas y delegar en los servicios de las diversas zonas responsabilidades similares a las del organismo central, que seguirá encargándose de la planificación general. Si las características de las diversas regiones difieren en forma notable, la descentralización permitirá dar una orientación especial a los programas regionales, a fin de responder a las diferentes necesidades. Los servicios administrativos intermedios, además de sus funciones de administración, podrían hacerse cargo de las transferencias de enfermos, mientras que los servicios periféricos, con los recursos de las colectividades locales, están en óptimas condiciones para cumplir una función más íntimamente relacionada con las actividades generales del servicio.

## **6. MEDIOS DE ATENDER A LA POBLACION EN SU TOTALIDAD**

Incluso en los países desarrollados, un problema importante es el establecimiento de servicios adecuados para toda la población, pues algunos de los grupos especialmente necesitados son los que reciben menos atención. A este respecto, los servicios no sólo deben estar bien distribuidos sino también ampliamente utilizados ; cuando esto no ocurra, será preciso

investigar las causas de ello y determinar si obedece a un horario poco conveniente para atender al público, a una discrepancia entre los servicios y las exigencias de la población o a la necesidad de emprender actividades especiales de propaganda y educación.

Todos estos problemas son aún más graves en los países en desarrollo, donde no se dispone de personal ni de instalaciones en cantidad suficiente; en muchas zonas, los servicios de higiene materno infantil son casi inexistentes. En ocasiones, los habitantes tienen que recorrer grandes distancias para llegar a los dispensarios, y los medios de transporte suelen ser insuficientes.

### **6.1 Integración de los servicios de higiene materno infantil en los servicios sanitarios de base**

La tendencia actual a integrar los servicios de higiene materno infantil en los servicios sanitarios de base, en lugar de organizarlos por separado, permite extender más eficazmente las prestaciones y utilizar más amplia y económicamente una red única de instalaciones, personal, suministros y transportes.

El mismo principio de eficacia rige la fusión de los servicios preventivos y curativos. Además, el tratamiento de enfermedades suele ser la base sobre la cual se establecen otros servicios. Es evidente que el fomento de la salud y la prevención de las enfermedades merecen especial atención, pero es más probable que las familias soliciten asistencia y las madres estén mejor dispuestas a recibir educación sanitaria ante la amenaza de una enfermedad. El temor a la enfermedad puede inducir a la gente a indagar sus causas y aprender medidas preventivas sencillas. Para aprovechar plenamente esa oportunidad, el tratamiento de las enfermedades no debe limitarse a la curación del cuadro inicial. Es preciso un examen amplio del paciente, que comprenda la evaluación de su crecimiento y desarrollo, la identificación de sus deficiencias nutricionales y el estudio de los factores sociales y ambientales que influyen sobre su salud.

En los países en desarrollo son pocos los niños que no padecen infecciones o cierto grado de malnutrición. Para que los escolares obtengan mayor provecho de la enseñanza, ésta debe complementarse con tratamientos oportunos. Lo mismo se aplica en gran proporción a las mujeres embarazadas y lactantes. Las medidas preventivas y curativas para madres y niños deben administrarse en proporciones variables, según las condiciones locales.

### **6.2 Un mínimo de actividades de higiene materno infantil para prestar un máximo de protección**

En el plano periférico, es conveniente fijar como objetivo primordial la organización de un mínimo de servicios en todas las regiones del país.

El Comité propone que se lleven a cabo las actividades siguientes en todas las colectividades rurales :

- 1) Identificar algunos de los problemas y enfermedades más frecuentes en la zona, y aplicar las medidas primarias indispensables.
- 2) Impartir elementos de educación sanitaria, con especial atención a los problemas de nutrición, higiene, maternidad, puericultura y fecundidad. La educación sanitaria puede asociarse a todas las demás actividades.
- 3) Examinar a embarazadas y niños, identificar riesgos y anomalías, y enviar las personas enfermas a personal más competente.
- 4) Prestar asistencia durante el parto y el puerperio, en condiciones óptimas de seguridad y limpieza. Se procurará evitar intervenciones inoportunas y prácticas nocivas.
- 5) Llevar registros sencillos.
- 6) Distribuir medicamentos sencillos, alimentos complementarios y, si ello está conforme a la política sanitaria del país, algunos contraceptivos.
- 7) Difundir información sobre los problemas sanitarios de la localidad. El personal o los servicios periféricos deben servir de enlace y procurar el contacto entre la población y los servicios móviles y las campañas en masa.

Cuando la red de servicios sanitarios periféricos no basta para prestar servicios accesibles a la población, se han logrado buenos resultados mediante la contratación, el adiestramiento y las actividades vigiladas de personal local, como las comadronas tradicionales.

Las actividades mencionadas sólo serán eficaces si se cumplen las condiciones siguientes :

- 1) El personal sanitario debe ejercer funciones claramente definidas en una zona geográfica determinada y bajo vigilancia sistemática.
- 2) De ser posible, el personal debe realizar trabajo de grupo.
- 3) Debe establecerse un sistema de transferencia de enfermos al servicio sanitario inmediatamente superior.
- 4) El servicio sanitario inmediatamente superior debe ejercer funciones de inspección, ocuparse de la formación permanente de personal en el servicio, dar orientación y estímulo.
- 5) Deberá disponerse de las instalaciones, los suministros y el equipo indispensables para que el personal desempeñe sus funciones.
- 6) La colectividad debe participar en las actividades de los servicios.

### 6.3 Servicios móviles

Debe examinarse atentamente la organización de servicios móviles. Se esgrimen dos argumentos principales contra el establecimiento de estos servicios en gran escala; el primero se relaciona con factores logísticos, como costos, falta de carreteras, mantenimiento de los vehículos, tiempo empleado en viajes, incomodidades impuestas al personal y falta de adaptación a las necesidades de la colectividad. El segundo se funda en la imposibilidad de que los servicios móviles se conviertan en el centro permanente necesario para alcanzar los objetivos sanitarios. En general, los servicios móviles deben limitarse a las actividades que se desarrollan eficazmente en masa, particularmente las vacunaciones, hasta que sea posible organizarlas en forma adecuada y permanente en la propia localidad. Al margen de esto, esa movilidad de los servicios de higiene materno infantil es útil principalmente para asegurar la inspección y prestar apoyo a los servicios sanitarios permanentes, facilitar personal para la consulta y la formación en el servicio de personal local.

### 6.4 Identificación de riesgos y problemas especiales

Con objeto de utilizar con la mayor eficacia el personal y las instalaciones disponibles, conviene introducir un sistema de identificación destinado a seleccionar los individuos y grupos que requieren servicios y atenciones especiales. De este modo, se pueden emplear con método los recursos y poner a disposición de las personas más expuestas el personal calificado y los servicios que necesitan. Es evidente que madres y niños forman un grupo especialmente vulnerable, pero dentro de este grupo algunos individuos y ciertas categorías de sujetos se hallan más expuestos que los demás. Por otra parte, madres y niños pasan por periodos críticos durante los que necesitan una atención particular, por ejemplo, el parto y el periodo de destete. Es importante identificar desde un principio a los individuos más expuestos, ya que una acción inmediata puede evitar un tratamiento complicado y costoso.

En los países desarrollados, los grupos más vulnerables pueden identificarse no sólo por medio de exámenes clínicos sino también por características como el bajo nivel economicosocial o el rechazo de los servicios sanitarios. En las regiones en desarrollo los servicios sanitarios suelen tener plétora de pacientes, la mayoría de ellos en alto riesgo, según éstos y otros criterios. No obstante, e incluso en esas condiciones, resulta particularmente útil que los servicios sanitarios diferencien los casos que pueden tratarse por los medios corrientes de los que requieren atención especial e inmediata. En vez de tener al personal especializado atendiendo superficialmente problemas corrientes, es preferible que el personal auxiliar dedique tiempo y atención suficientes a esos casos y seleccione los que

deben enviarse a servicios más competentes. A continuación se dan algunos ejemplos de ello.

Es importante examinar a las embarazadas para determinar si corren algún riesgo de complicaciones. El personal sanitario que atiende partos deberá advertir todo signo de peligro (en particular el parto laborioso) que exija la intervención urgente de personal más competente. En las consultas de nutrición habituales se deberá identificar a los niños que no hagan progresos suficientes para someterlos a un tratamiento intensivo antes que una malnutrición grave exija cuidados prolongados. El personal sanitario que atienda las consultas de rehidratación deberá identificar a los pacientes expuestos a una deshidratación grave y no subsanable con la rehidratación por vía oral, a fin de tratarlos por hidratación parenteral. En cuanto se localice un caso de tuberculosis es preciso adoptar medidas de protección de las personas expuestas. Por último, en todas sus actividades el personal puede aconsejar a las familias que deseen recibir asistencia en materia de planificación familiar.

### **6.5 Necesidad de trabajar en grupo**

Tanto en los países en desarrollo como en los más avanzados, la utilización más amplia del personal auxiliar aumenta la eficacia de los servicios sanitarios. En los países en desarrollo son más necesarios aún los auxiliares para responder a las necesidades de madres y niños por la escasez de personal profesional, cuya dedicación a tareas ordinarias resulta poco racional y antieconómica. La disponibilidad de profesionales en los servicios periféricos se reduce más aún porque el personal profesional se muestra renuente a residir en zonas rurales y, en algunos países, por la necesidad de emplear mujeres para la asistencia de maternidad, no obstante ser escaso el personal profesional femenino. El personal profesional debe ocuparse principalmente de formar y dirigir a los grupos de auxiliares.

Sólo un personal auxiliar muy excepcional puede actuar eficazmente sin ser dirigido; por desgracia, ese personal suele tener que trabajar solo y sin ninguna orientación. En general, la eficacia del personal auxiliar está en relación directa con su formación en el servicio bajo dirección profesional, y con el interés que demuestre por su trabajo.

### **6.6 Asociación de servicios de higiene materna e higiene infantil**

Los servicios de higiene materna y de higiene infantil deben asociarse por las razones siguientes: la salud del niño está estrechamente relacionada con la de la madre; los servicios asociados son más eficaces y ofrecen más oportunidades para impartir asistencia y educación sanitaria a las familias, y, por último, permiten utilizar más eficazmente al personal disponible.

Con frecuencia se observan problemas de higiene infantil cuya solución está relacionada con la asistencia a la madre. Ejemplos de ello se encuentran en todo el periodo perinatal, así como en el caso del bajo peso al nacer y en el tétanos neonatorum. Si se mejora el estado de nutrición de la madre y se consigue espaciar los embarazos, pueden obtenerse resultados superiores por lo que respecta al problema del peso de los recién nacidos que si las actividades se reducen a tratar a los lactantes afectados. El tétanos neonatorum sólo puede prevenirse en el momento del parto o mediante la vacunación de la embarazada. La anemia infantil suele tener por causa una insuficiencia de las reservas fetales que, a su vez, son consecuencia de la anemia de la madre. La malnutrición proteínocalórica durante el destete afecta a los niños cuyas madres vuelven a embarazarse mientras están aún lactando.

La asociación de los dos tipos de servicios permite asegurar la continuidad de la asistencia y reducir el número de consultas por familia. Puede ocurrir que una embarazada tenga hijos enfermos o malnutridos, que varios miembros de la familia padezcan diarrea u otra enfermedad, o que un niño malnutrido tenga hermanos enfermos. Para la madre, no es muy cómodo tener que acudir a un establecimiento para su atención personal, a otro para la de sus hijos y a un tercero para la planificación de su familia, o estar obligada a consultar a distintas personas por diversos motivos a diferentes horas; un sistema así es muy inconveniente. Como no debe perderse ninguna oportunidad de prestar servicios sanitarios personales, deben realizarse actividades preventivas, curativas y de educación cada vez que la familia se presente y cualquiera que sea el motivo inicial de la visita.

Pueden exponerse muchas razones en favor de la hospitalización simultánea de madres e hijos. En las salas de maternidad, por ejemplo, la lactación tendrá más éxito si madre e hijo están juntos; si el personal es escaso, la madre puede ayudar a atender al recién nacido. Por otra parte, se evita así el peligro de transmitir infecciones que existen en las salas de lactantes pletóricas. Cuando hay que hospitalizar a un lactante suele ser preferible que la madre le acompañe y siga amamantándole. En algunas enfermedades, incluso tratadas debidamente, puede siempre haber recaídas si no se enseñan a la madre las medidas preventivas indispensables. Médicos y enfermeras deben ocuparse tanto de la madre como del niño, y la práctica de instruir a los padres en el hospital debe formar parte de la formación clínica. Los padres deben contribuir a resolver los problemas de higiene infantil.

Han de tenerse particularmente en cuenta las ventajas de asociar los servicios cuando se organizan actividades de higiene materno infantil en regiones donde la atención de las mujeres debe estar exclusivamente a cargo de personal femenino. En las zonas rurales, sobre todo, dicho personal habrá de estar preparado para atender problemas, tanto de la madre como del niño.

## **7. RELACIONES ENTRE LA PLANIFICACION DE LA FAMILIA Y LAS DEMAS ACTIVIDADES DE LOS SERVICIOS DE HIGIENE MATERNOINFANTIL**

Como en algunos países la planificación de la familia es un elemento relativamente nuevo en los programas de higiene maternoinfantil, conviene examinar atentamente las relaciones entre aquella y éstos.

### **7.1 Consideraciones médicas que justifican la integración de la planificación de la familia en los servicios de higiene maternoinfantil**

La higiene maternoinfantil y la planificación de la familia están directamente interesadas en promover el estado de salud del individuo y el bienestar físico y psicológico de la familia. Es posible que ambas actividades asociadas influyan más favorablemente que por separado en la consolidación de la vida familiar y en el mejoramiento de los cuidados prodigados por los padres.

Los resultados del embarazo guardan una relación directa con la planificación de la familia, puesto que ésta sólo se aceptará si permite reducir las tasas de mortalidad fetal, neonatal e infantil. Por tanto, el mejoramiento de la salud de madres y niños es condición previa para organizar actividades de planificación de la familia.

Por otra parte, diversos estudios han demostrado que existe una correlación entre el número de partos y la mortalidad infantil. La separación de los embarazos es un factor importante para el resultado de éstos y, cuando es óptima, puede disminuir la incidencia de prematuros, dar a las madres más oportunidades de que amamenten a cada uno de sus hijos y, de este modo, prevenir o reducir algunas complicaciones, como las infecciones gastrointestinales y la malnutrición de lactantes y niños de corta edad.

Existe una relación entre la mortalidad materna, por una parte, y el número de embarazos y partos y la edad de las madres, por otra. En consecuencia y como medida preventiva, los servicios de planificación de la familia deben orientarse principalmente hacia ciertos grupos más vulnerables, por ejemplo, los de mujeres de más edad y los de grandes multíparas. Como las madres muy jóvenes corren también grandes riesgos, deben adoptarse las medidas educativas y de otro tipo necesarias para evitar el embarazo en los primeros años de la adolescencia. El aumento del intervalo entre los embarazos puede también contribuir a la prevención del síndrome de agotamiento materno.

Una de las principales causas de mortalidad materna es el aborto ilegal, expediente al que suelen recurrir las mujeres cuando no disponen de servicios de planificación de la familia o cuando éstos no son eficaces. Con-

viene revisar todos los elementos del problema del aborto : su incidencia, indicaciones, circunstancias, riesgos, resultados, vigilancia y aspectos jurídicos.

Es posible que deseen la planificación de la familia las parejas en las que existen enfermedades debilitantes o las mujeres que han tenido embarazos o partos difíciles.

Se necesita personal sanitario competente para la selección y la introducción de algunos métodos contraceptivos, la observación ulterior y el tratamiento de las complicaciones.

### **7.2 La planificación de la familia en diversas situaciones**

Las situaciones en que puede aplicarse la planificación de la familia son muy variables. En los países desarrollados, donde el nivel de educación es alto y hay buenos medios de información, los cónyuges desean tener familias poco numerosas. La cantidad de embarazos corresponde casi exactamente a la de hijos que desean tener, puesto que sobrevive la mayoría de sus niños. En otras regiones, por el contrario, la mortalidad infantil es tan alta que no interesa recurrir a la planificación de la familia ; aunque en todas partes se plantea el problema de la esterilidad, en esas regiones es motivo de especial preocupación. No obstante, incluso en esas circunstancias, es conveniente la planificación de la familia para espaciar los embarazos.

En la mayoría de las regiones, la situación es intermedia : la mortalidad disminuye y la alta natalidad es constante. Mucha gente ignora que puede planificar su familia, e incluso cuando no sucede así tropieza con dificultades para utilizar métodos que exigen una acción repetida. Por otra parte, en casi todas esas regiones se ha comprobado que la mayoría de las mujeres está en favor de la planificación de la familia pero que no suele tener medios de practicarla, por lo que no es raro que se registren abortos peligrosos. Los embarazos resultan peligrosos no sólo por su frecuencia sino también por la mala salud de la madre y la falta de instalaciones para tratar las complicaciones de la preñez. Aunque es indudable que una lactación prolongada disminuye la fecundidad, las madres lactantes pueden quedar embarazadas y, en esas condiciones, se duplican los factores que agotan a la mujer ; con frecuencia, se desteta bruscamente el niño y se precipita la aparición del kwashiorkor.

### **7.3 Ventajas que ofrece la integración de la planificación de la familia en los servicios de higiene materno infantil**

La integración de la planificación de la familia en los servicios de higiene materno infantil ofrece múltiples ventajas administrativas y técnicas. Pueden utilizarse fondos comunes para la consolidación definitiva de ambas

actividades ; puede aprovecharse todo el personal competente disponible (médicos, enfermeras, parteras, educadores sanitarios, etc.) para prestar servicios más amplios, atender mayor número de pacientes y extender así el radio de acción en la colectividad. Por ese medio es posible brindar una atención más completa y a menor costo a la colectividad en general. Ese empleo de recursos y personal disponibles contribuirá a evitar duplicaciones y fragmentación de programas y, por consiguiente, aumentará la eficacia de éstos.

Cuando los administradores de los servicios de higiene materno-infantil no tengan a su cargo la planificación familiar o no acepten ocuparse de ella, otros pueden asumir la dirección y utilizar los recursos disponibles para esas actividades. En tales circunstancias, se corre el riesgo de que los servicios de planificación de la familia y los de higiene materno-infantil no se desarrollen en forma complementaria y equilibrada. Debe reconocerse que tanto en los países en desarrollo como en los más avanzados, una parte del personal comienza ya a dejar puestos importantes en los servicios de higiene materno-infantil para dedicarse a la planificación de la familia, con frecuencia porque obtiene mejores sueldos. Un problema afín es la asignación de fondos de los servicios de salud pública y de higiene materno-infantil, a los de planificación de la familia, en detrimento de los servicios sanitarios de base. En cambio, hay veces que no se aprovechan oportunidades de establecer la planificación de la familia a pesar de la estrecha relación existente entre los servicios de higiene materno-infantil y las madres.

La mejor atención a madres y niños es la que se presta cuando se integra la planificación de la familia en los servicios de higiene materno-infantil. Debe atenderse a adolescentes y mujeres en edad de procrear en diversas épocas: antes de la concepción, antes y después del parto y entre los embarazos. La planificación de la familia se relaciona con cada una de las fases de la asistencia materna, tanto en lo que se refiere a servicios como a aspectos de educación, y no se puede emprender aisladamente porque disminuyen sus posibilidades de difusión y su eficacia. La planificación de la familia también puede formar parte de las consultas de puericultura, pues es un factor importante para lograr la nutrición óptima del niño. El reconocimiento periódico de los niños permite ejercer una vigilancia permanente, a menudo indispensable para el buen éxito de la planificación de la familia. Además, en cada entrevista con la madre pueden examinarse todas las necesidades prioritarias de ésta, de sus hijos y de su familia.

El amplio campo de los servicios permanentes de higiene materno-infantil permite asegurar la continuidad y la observación periódica necesarias para la planificación de la familia. Algunas campañas dedicadas únicamente a esta planificación han dado al principio buenos resultados, pero por falta de servicios que aseguren la continuidad han fracasado después. Para vencer la ignorancia y la apatía iniciales quizá lo más impor-

tante sea establecer una relación prolongada con los miembros de la colectividad.

#### **7.4 Métodos para introducir la planificación de la familia en los servicios de higiene materno infantil**

Dondequiera que se establezca una relación con las madres y los niños hay posibilidades de organizar servicios de planificación de la familia y difundir las informaciones correspondientes. Son ya muy numerosas las oportunidades de este género :

1) En las consultas prenupciales conviene tratar acerca de la planificación de la familia. Puede recurrirse al registro de matrimonios para localizar a las parejas jóvenes.

2) Puede informarse a los futuros padres sobre los métodos de planificación de la familia, por ejemplo, en las clínicas prenatales, en consultas individuales o en orientaciones a grupos, etc.

3) Pueden difundirse medidas contraceptivas y de otro tipo durante la atención de las púerperas. La experiencia ha demostrado que la prestación de servicios de planificación de la familia al atender el puerperio ha aumentado significativamente el porcentaje de mujeres que vuelven para un examen postpartum. Las mujeres aceptan mejor la planificación de la familia inmediatamente después del embarazo y del parto.

4) En la consulta de puericultura hay oportunidad de consolidar y repetir observaciones a menudo indispensables para el buen éxito de la planificación de la familia. En la mayoría de los países en desarrollo esa oportunidad es mucho más importante, ya que con frecuencia las madres precinden de la asistencia posterior al parto. También pueden emprenderse actividades de planificación de la familia cuando se distribuyen alimentos complementarios, por ejemplo, en los centros de rehabilitación nutricional.

5) Después de un aborto provocado, resulta especialmente urgente asesorar sobre planificación de la familia.

6) Los servicios de higiene escolar permiten organizar cursos sobre la vida de la familia, útiles para los futuros padres.

7) Es posible examinar la necesidad de planificar la familia y dar orientación al respecto durante las visitas a domicilio, cualquiera que sea el motivo inicial de éstas. En algunas regiones, a base de encuestas sistemáticas, se lleva un registro de hogares a fin de localizar a las parejas que deseen los servicios de planificación de la familia.

8) Los servicios de higiene materno infantil pueden orientar sobre la elaboración de materiales educativos para la planificación de la familia e introducir las actividades de difusión en otros programas de educación sanitaria.

9) Pueden proporcionarse servicios de planificación de la familia conjuntamente con otros de asistencia social, por ejemplo, los que se ocupan de niños abandonados por sus padres.

10) El personal de higiene maternoinfantil puede desplegar actividades consultivas de planificación de la familia, en colaboración con otros servicios, por ejemplo, los de enseñanza de economía doméstica, los de extensión agrícola y de desarrollo de la comunidad.

11) El personal encargado del registro de nacimientos puede indicar qué personas desean informarse sobre planificación de la familia.

12) En algunas regiones rurales se ha obtenido la colaboración de las comadronas tradicionales que realizan una eficaz labor educativa de planificación de la familia y de contracepción no clínica y envían a los servicios competentes los casos de contracepción clínica.

## **8. UN CONCEPTO MAS AMPLIO DE LOS PROGRAMAS DE HIGIENE ESCOLAR**

Los programas de higiene escolar suelen establecerse con un criterio estrecho, basado únicamente en la protección de la salud de los niños de escuela. En realidad, es preciso darles una orientación mucho más amplia : considerar que la escuela puede contribuir a proteger la salud de la colectividad y de los individuos en todas las etapas de la vida. Los niños en edad escolar forman un sector de la población relativamente accesible y dúctil, y están en condiciones de influir sobre las condiciones sanitarias generales de la colectividad. Los niños transmiten a sus padres la instrucción sanitaria que reciben en la escuela y, lo que es más importante aún, cuando llegan a la edad adulta aplican esos conocimientos a sus propias familias. Además, el grupo familiar con instrucción suele ser un estímulo para el conjunto de la colectividad.

La educación sanitaria es el elemento más importante de los programas de higiene escolar. No se trata únicamente de elaborar planes y materiales de estudio sino también de insistir en el mantenimiento de altas normas de limpieza en la escuela, de introducir regímenes alimenticios prácticos y saludables en las comidas escolares, de mejorar el abastecimiento de agua y las letrinas, y de procurar que los niños comprendan la importancia de esas mejoras y las aprovechen. Las visitas que permiten observar las condiciones sanitarias de la localidad y, sobre todo, la participación en los programas públicos de sanidad constituyen excelentes métodos de educación. En los países en desarrollo, donde la mala salud es un problema fundamental, conviene imponer como precepto que « todo escolar es un trabajador sanitario ».

En las regiones rurales, muchos niños no van jamás a la escuela o dejan de hacerlo al cabo de pocos años. Esta situación obedece a múltiples razones: la escasez de escuelas y de personal docente, la pobreza, que obliga a los niños a trabajar, y otros factores sociales. Como ningún otro servicio se ocupa de esos niños, los de higiene maternoinfantil, dentro del sistema de servicios sanitarios generales del país, deben ocuparse de proteger su salud, practicar vacunaciones, vigilar la higiene del medio y desarrollar actividades de educación sanitaria. También es conveniente la vigilancia sanitaria durante la formación preprofesional y profesional.

En los países en desarrollo, las condiciones de vida de los niños que llegan a la edad escolar suelen ser difíciles; para esos niños, que han conseguido sortear muchos de los riesgos de enfermedad y accidentes propios de los primeros años de vida, se inicia un periodo de relativa seguridad. No se concede tanta importancia al reconocimiento sistemático ni a los exámenes en gran escala en las escuelas porque muchos países no tienen aún servicios permanentes para tratar las afecciones descubiertas; es evidente que poco se gana con localizar deficiencias que no pueden remediarse.

En los países en desarrollo, al elaborar un programa de higiene escolar, debe tenerse especialmente en cuenta el personal docente y la formación que éste recibe. En las regiones rurales, los maestros suelen ser personas destacadas de la localidad y se encuentran en óptimas condiciones para influir en la actitud de la población respecto de los problemas sanitarios; si se obtiene su colaboración, los programas de higiene escolar tendrán una base sólida y responderán a las necesidades reales. Por consiguiente, el personal encargado de la planificación debe colaborar estrechamente con las escuelas normales y procurar que aumenten los temas sanitarios en sus programas, incluyendo en ellos, por ejemplo, los relacionados con crecimiento y desarrollo, nutrición, primeros auxilios, higiene personal y del medio, y fomentando el interés en esas cuestiones. Por ese motivo, es preciso conceder la importancia debida a las instalaciones sanitarias y a los servicios de sanidad destinados a los alumnos de las escuelas normales; asimismo, a la enseñanza de la nutrición, sobre todo en sus aspectos prácticos, como la utilización de los alimentos disponibles en la región. Los futuros maestros deben aprender a reconocer los primeros síntomas de algunas enfermedades, sobre todo las infecciosas y las afecciones carenciales; a ocuparse de deficiencias leves, físicas o mentales, que puedan dificultar el aprendizaje, y a utilizar los servicios sanitarios existentes en beneficio de sus alumnos.

Si los recursos son abundantes, podrán organizarse servicios especiales de higiene escolar con actividades múltiples, acordes con las necesidades prioritarias locales. Se enumeran a continuación algunas de ellas:

- 1) Evaluación del estado de salud de los escolares a base de las observaciones realizadas por los maestros; conferencias para personal docente

y de enfermería ; exámenes periódicos para identificar problemas auditivos, visuales y nutricionales, así como algunas enfermedades transmisibles, y reconocimientos médicos previos o simultáneos a la admisión en las escuelas y antes de salir de éstas.

- 2) Tratamiento de estados patológicos.
- 3) Prevención de enfermedades transmisibles y lucha contra ellas.
- 4) Preparación para la vida familiar.
- 5) Higiene del medio.
- 6) Educación en materia de nutrición y suministro de alimentos complementarios.
- 7) Seguridad en la escuela y prevención de accidentes ; primeros auxilios y cuidados de urgencia.
- 8) Higiene mental.
- 9) Higiene dental.
- 10) Educación de niños impedidos.
- 11) Identificación y tratamiento precoces de los niños con dificultades para aprender o para adaptarse a la escuela, de los que faltan excesivamente a ésta y de los que podrían abandonar los estudios.
- 12) Atención especial a algunos problemas de la adolescencia, como las enfermedades venéreas, el uso de drogas y el embarazo.
- 13) Orientación y asistencia profesionales.
- 14) Vigilancia sanitaria y asistencia médica del personal escolar.

Es muy importante que los servicios de higiene escolar fomenten actividades sanas entre los jóvenes y mejoren las condiciones del medio. En los países industrialmente desarrollados, se reconoce cada vez más que muchas de las principales enfermedades degenerativas de los adultos tienen su origen en malos hábitos higiénicos adquiridos en la niñez. El consumo de cigarrillos, por ejemplo, es un problema de salud pública que debe abordarse en las escuelas. No es posible modificar muchos malos hábitos higiénicos con métodos didácticos directos ; en esos casos, la participación de los estudiantes puede ser la clave del éxito.

Tanto en los países en desarrollo como en los más avanzados, se reconoce cada vez más la prioridad que es preciso conceder a la preparación para la vida familiar ; los servicios de higiene escolar deben contribuir no sólo al desarrollo saludable de los alumnos sino también a promover actitudes sanas respecto de la reproducción humana.

El ministerio de sanidad, el de educación, o ambos, pueden organizar los servicios de higiene escolar y proveer los fondos necesarios, pero, teniendo en cuenta que múltiples organismos se interesan en esos servicios, es indispensable establecer una colaboración estrecha. Los comités de

coordinación, compuestos de personas interesadas en cuestiones de sanidad, educación, agricultura, desarrollo de la comunidad y formación profesional, así como las organizaciones privadas, pueden contribuir útilmente.

El Comité ha quedado enterado de las importantes recomendaciones formuladas por comités de expertos de la OMS reunidos anteriormente, respecto de los servicios de higiene escolar y de los problemas de salud de los adolescentes.<sup>1</sup> Además, la OMS y la UNESCO convocaron un comité mixto encargado de examinar la preparación del maestro para la educación sanitaria,<sup>2</sup> y ambas organizaciones patrocinaron un estudio especial sobre la planificación de la educación sanitaria en las escuelas.<sup>3</sup>

## 9. ADOPCION, ASISTENCIA EN GUARDERIAS Y OTRAS INSTITUCIONES

Como generalmente se considera que el matrimonio es la base de la sociedad, los niños que nacen fuera de esa unión o los privados de uno o de ambos progenitores por fallecimiento, divorcio, separación o enfermedad, suelen hallarse en condiciones de inferioridad. La situación es menos grave en algunas sociedades, en las que otros parientes mantienen al niño y pueden compensar parcialmente la falta de padres; sin embargo, incluso en esos grupos, la urbanización y la industrialización rápidas están destruyendo las estructuras sociales tradicionales.

Las principales formas de asistencia para niños privados enteramente de padres y hogar son las siguientes: 1) adopción, 2) colocación bajo vigilancia adecuada en hogares sustitutos y 3) colocación en hogares e instituciones infantiles.

1) *Adopción.* En condiciones favorables, puede ser ésta la solución más satisfactoria. Las leyes que rigen la adopción varían considerablemente de un país a otro, pero en la actualidad todas están concebidas para proteger tanto al niño como a los padres adoptivos. Conviene practicar un reconomiento completo del niño y sus futuros padres para determinar su estado de salud física y mental; además, a fin de evitar problemas afectivos ulteriores, deben examinarse las condiciones de vida del nuevo hogar y las razones que motivan la adopción. Quizá sea necesario apelar a pediatras y otros miembros del personal sanitario, psicólogos y asistentes sociales para determinar la conveniencia de la adopción.

<sup>1</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1951, N° 30; *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1965, N° 308.

<sup>2</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1960, N° 193.

<sup>3</sup> Turner, C. E. (1966) *Planning for health education in schools*, Londres y París, Longmans/UNESCO.

2) *Hogares sustitutos*. La colocación de niños en hogares sustitutos persigue fines semejantes a los de la adopción, pero se paga a los padres sustitutos por atender al niño. Esta solución puede ser temporal, pero es necesario evitar los cambios frecuentes, que pueden tener efectos nocivos en el desarrollo afectivo del niño. Es indispensable inspeccionar esos hogares para cerciorarse de que no se les expone a enfermedades, ni son objeto de descuido, malos tratos o explotación. Los hijos adoptivos y los niños internados en hogares sustitutos necesitan una asistencia sanitaria tan completa como la que se presta a los demás.

3) *Hogares y otras instituciones infantiles*. Un Comité de Expertos de la OMS en Higiene Mental, reunido en 1949, señaló « que nunca se debe recurrir a las instituciones salvo en los casos en que, por cualquier motivo, resulte imposible colocar al niño bajo el cuidado de una familia ».<sup>1</sup> La organización de las instituciones infantiles puede estar a cargo de entidades privadas, de las autoridades locales o del Estado. Deben mantenerse en excelentes condiciones de higiene y estar sometidas a vigilancia sanitaria permanente por personal competente, en particular cuando reciben lactantes. A este respecto, es indispensable establecer normas para la asistencia sanitaria de los niños en instituciones ; estas instituciones deben estar autorizadas oficialmente y sujetas a inspección por personal de higiene maternoinfantil y de otros servicios.

### 9.1 Guarderías

Las guarderías tienen funciones y objetivos diferentes de los señalados a los hogares infantiles. Las primeras son instituciones relativamente recientes que han surgido en países donde los cambios económicos y sociales, la industrialización y la urbanización han obligado a las madres de niños pequeños a trabajar fuera de su hogar. Con frecuencia, la legislación social obliga a las empresas de cierta importancia a proporcionar guarderías para los niños de pecho de su personal femenino. Las guarderías pueden asimismo estar sostenidas por las autoridades estatales o municipales, o bien por organizaciones privadas. A veces se admite también en ellas a niños procedentes de medios sociales particularmente desfavorables, como los barrios bajos. Cierta tipo de guarderías funciona solamente durante las temporadas de mayor trabajo, por ejemplo, en épocas de cosecha, cuando todos los miembros mayores de la familia trabajan en el campo.

Aunque, en principio, las guarderías sólo reciben niños sanos, a veces resulta factible y útil admitir niños que padecen ciertas afecciones (malnutrición, anemia, impedimentos físicos y desórdenes de la conducta) en grupos de niños sanos o en grupos especiales. El programa de las guar-

<sup>1</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1950, N° 9.

derías está encaminado a promover el desarrollo armonioso del niño (físico, intelectual, afectivo y social). Agrupando a los niños resulta más fácil vigilar su salud, realizar programas de vacunación, luchar eficazmente contra la malnutrición y otros problemas y atender a la educación sanitaria de los padres. En cambio, aumenta el peligro de las infecciones cruzadas y la posibilidad de transmisión de enfermedades procedentes de los hogares.

Los problemas afectivos y educativos que resultan de colocar a los niños en guarderías son complejos y exigen una atención especial.

Se pone de relieve la necesidad de ejercer en esas instituciones una vigilancia médica adecuada y de que el personal esté familiarizado con los problemas sanitarios y educativos que suelen plantearse en las guarderías.

## 10. NIÑOS IMPEDIDOS

Uno de los objetivos de los servicios de higiene materno infantil es la prevención de afecciones invalidantes y el tratamiento precoz de las enfermedades, a fin de evitar secuelas que pudieran producir impedimentos.

### 10.1 Prevención primaria

Lo ideal es impedir que aparezca un impedimento. Existen ya medidas preventivas que pueden adoptarse antes de la concepción, antes del parto, en el curso de éste y durante la lactación, la infancia y la adolescencia. Entre ellas cabe citar la vigilancia médica continua de la madre y del niño; el tratamiento de afecciones; la preparación para el matrimonio y para la vida de familia; los exámenes prenupciales; el asesoramiento genético; la planificación de la familia; la prevención de enfermedades infecciosas y del consumo de medicamentos teratógenos durante el embarazo; el mejoramiento de la nutrición materna, la asistencia especial a las mujeres más expuestas; la atención eficaz y segura del parto, y la prevención de accidentes. Aunque es necesario aplicar esas medidas a todas las madres y los niños, debe prestarse especial atención a los más expuestos, es decir, a los más vulnerables y predispuestos a contraer ciertas enfermedades.

### 10.2 Prevención secundaria

La prevención secundaria tiene por objeto reducir al mínimo la gravedad de la afección o del impedimento, o de atenuar en todo lo posible los efectos del impedimento sobre el niño y su familia.

### 10.3 Tratamiento de los niños impedidos

Los recursos disponibles para tratar las afecciones incapacitantes de los niños varían según los países. En los países desarrollados, esas afecciones

son graves problemas sanitarios porque ya se han resuelto o atenuado algunos otros problemas (por ejemplo, la malnutrición y las infecciones) y porque aumenta cada vez más la duración de la vida de las personas que padecen algunas formas de incapacidad. Sin embargo, esos países se encuentran en mejores condiciones de adoptar medidas especiales en favor de las personas impedidas. En los países en desarrollo existen necesidades más urgentes, pero también se plantea el problema de la invalidez y es necesario afrontarlo de la manera más práctica posible.

En definitiva, se trata de prestar asistencia a los niños impedidos y a sus familias de manera que los pacientes puedan desarrollar el máximo de sus posibilidades, llevar una vida tan normal e independiente como sea posible, tener una ocupación productiva y medios propios de subsistencia.

Las actividades que comprende la atención a los niños impedidos son las siguientes : localización de casos ; asesoramiento a los padres y envío de los pacientes a servicios especializados ; evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación ; educación ; orientación profesional ; transporte, atención diurna y otros servicios, como, por ejemplo, registro de personas especialmente expuestas ; actividades recreativas ; tutelas ; colocación en hogares sustitutos ; atención domiciliaria ; asesoramiento y estudios genéticos, y asistencia prolongada en instituciones.

El tratamiento de los niños impedidos requiere la colaboración de los organismos interesados en cuestiones de sanidad, asistencia social y educación ; la responsabilidad administrativa podrá variar, según los casos.

## 11. FORMACION

La formación de personal para las actividades de higiene materno-infantil constituye un problema administrativo importante que se plantea en todo el mundo. El Comité tomó nota de los debates celebrados en una reunión anterior de un Comité de Expertos de la OMS <sup>1</sup> en formación de ese personal y apoyó sus recomendaciones.

### 11.1 Condiciones de los médicos administradores de servicios de higiene materno-infantil

Los médicos administradores de servicios de higiene materno-infantil deben reunir las condiciones siguientes :

1) Una sólida formación clínica en el dominio de la higiene materno-infantil, por ejemplo, especialización de graduados en pediatría y conocimientos prácticos de obstetricia e higiene materna ; o especialización de

<sup>1</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1961, N° 212.

graduados en obstetricia y ginecología y conocimientos prácticos de pediatría e higiene infantil.

2) Especialización de graduados y experiencia en salud pública; conocimientos de administración sanitaria, inclusive de higiene materno-infantil y, por lo menos, alguna instrucción fundamental en evaluación de programas.

3) Aptitudes para colaborar con los organismos públicos y con personal sanitario de distintas categorías.

### **11.2 Formación profesional**

El personal profesional de los servicios de higiene materno-infantil se compone principalmente de médicos, enfermeras sanitarias, parteras, enfermeras parteras y, en algunos países, visitadoras sanitarias o personal equivalente. A fin de fomentar la comprensión mutua, es conveniente que esas diversas categorías de personal tengan algunas actividades conjuntas de formación.

En las regiones en desarrollo, debe concederse mayor atención en las escuelas de medicina a los problemas de la higiene materno-infantil. Es preciso que los médicos aprendan a trabajar en grupo con otros profesionales y que su formación se oriente hacia los problemas de salud pública.

El personal profesional de higiene materno-infantil debe llenar las condiciones siguientes:

1) Orientar sus actividades hacia la medicina preventiva y considerar en su conjunto las enfermedades y los medios de combatirlas.

2) Estimular el desarrollo, la participación y la colaboración de las colectividades, y secundar las actividades sanitarias locales.

3) Estar familiarizado con las campañas en masa, los medios de educación colectiva, el enriquecimiento de los alimentos, el saneamiento del medio y la fluoruración, en relación con los programas de higiene materno-infantil.

4) Conocer los métodos de educación sanitaria.

5) Tener aptitudes para colaborar con grupos de personal sanitario.

6) Tener capacidad administrativa, ya que es preciso sacar siempre el mayor partido posible de recursos limitados y personal escaso.

7) Ser capaz de evaluar los problemas y recursos locales y de adaptar los métodos utilizados a las prioridades locales.

### **11.3 Condiciones y formación del personal auxiliar**

La expresión «trabajadores auxiliares» se emplea para designar a un trabajador retribuido que actúa como técnico en una actividad sin tener

preparación profesional completa y bajo la dirección de un profesional.<sup>1</sup> Los colaboradores voluntarios no remunerados pueden desempeñar funciones similares:

En el nivel mínimo, el personal auxiliar suele formarse en el servicio y actuar bajo la dirección de un profesional o de un auxiliar experimentado; ese personal necesita muy especialmente continuar su formación en el servicio. Es preciso enseñarle de la manera más sencilla y práctica a ejecutar tareas muy bien definidas, darle constantemente instrucciones y evaluar en forma muy precisa su competencia y rendimiento. Como el instructor desempeña también funciones de inspección, llega a conocer perfectamente las tareas que se espera ha de realizar el auxiliar. La colaboración de éste es particularmente valiosa porque se siente satisfecho de permanecer en el seno de una colectividad cuyas características conoce íntimamente.

La comadrona « tradicional » de la aldea puede aportar a los servicios una contribución eficaz y recibir una formación adecuada. Suelen suscitarse antagonismos cuando se pasan por alto las posibilidades de colaboración del personal dedicado activamente a labores sanitarias en una región, pero bajo una dirección adecuada ese personal puede desempeñar algunas de las funciones descritas en la sección 6.2.

El personal auxiliar formado en centros de capacitación, como las enfermeras parteras auxiliares, por ejemplo, debe conocer también los problemas rurales más importantes; de preferencia, se procederá a su contratación y adiestramiento en una región no muy diferente de su futuro lugar de destino; dentro de su formación debe incluirse la experiencia práctica en un medio rural. Los servicios sanitarios deben intervenir activamente en la formación de ese personal auxiliar.

Como incentivo y como medida práctica es una buena idea la de ofrecer a los auxiliares excepcionalmente dotados la posibilidad de seleccionarlos y prepararlos para puestos de mayor responsabilidad. La falta de instrucción fundamental no es forzosamente sinónimo de incapacidad. Muy a menudo, la experiencia práctica resulta más útil para las funciones directivas que los conocimientos teóricos más avanzados.

En cada país deberá determinarse el nivel de instrucción general y técnica que ha de tener el personal auxiliar. La formación técnica debe responder a las necesidades locales y comprenderá un periodo de preparación previa al empleo y otro en el servicio; deberá abarcar diversos aspectos de la higiene materno-infantil y, en caso necesario, de planificación de la familia.

Las normas que se aplican en unos países pueden resultar inadecuadas en otros, por lo que no deben adoptarse sin un detenido estudio previo.

---

<sup>1</sup> Véase *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1961, N° 212, pág. 4.

#### 11.4 Contratación y formación

Los dirigentes, administradores y consultores, de los servicios de higiene materno infantil deben prestar atención a las necesidades de personal y a su contratación y adiestramiento.

Debe procederse sistemáticamente a la evaluación cuantitativa y cualitativa del personal sanitario profesional y auxiliar en servicio activo y en formación.

Deben revisarse periódicamente los programas de estudios de todas las escuelas que preparan personal sanitario para cerciorarse de que se concede importancia suficiente a la asistencia sanitaria materno infantil. En esos programas deben introducirse los nuevos métodos utilizados en algunas actividades, como la planificación de la familia. Es necesario establecer centros regionales de formación práctica que cuenten con servicios de higiene materno infantil bien organizados, a fin de familiarizar al personal con actividades prácticas eficaces.

Sobre todo, el adiestramiento que reciben los grupos de personal auxiliar y sus instructores debe guardar mayor relación con los principales problemas nacionales de higiene materno infantil.

### 12. EVALUACION DE PROGRAMAS E INVESTIGACIONES OPERATIVAS

El estudio de los problemas y de los métodos para resolverlos constituye un elemento esencial de los programas de planificación y administración. Sin evaluación, generalmente es imposible determinar si los objetivos iniciales se han alcanzado, si el estado de salud de la población ha mejorado, si se justifican los gastos efectuados y si se ha utilizado el personal con provecho. No deben adoptarse de modo irreflexivo los programas que se ejecutan en otras regiones, sino, por el contrario, fundar cada programa en una evaluación de los problemas y de los recursos disponibles.

La evaluación sirve también para estimular al personal que, advertido de que su labor se somete a evaluación, aumenta su rendimiento y, si participa también en ella, se interesa más en el programa.

La evaluación de los programas de salud pública comprende desde actividades relativamente sencillas hasta operaciones muy complejas, que requieren gran competencia en organización de investigaciones y acopio y análisis de datos; por esa razón, puede practicarse la evaluación en los niveles siguientes:

1) *Observación empírica.* Por ser extremadamente difícil realizar estudios comparados sobre diversas cuestiones y como no siempre se dispone de datos completos, la evaluación de los programas y las investi-

gaciones operativas suelen basarse en la observación empírica. Para que la observación sistemática sea útil, el personal debe aprender a observar bien, investigar problemas especiales y tener un buen sistema de comunicación con planificadores y administradores. Aunque los estudios comparativos ofrecen ventajas, una observación empírica atenta suele contribuir a mejorar los programas.

El administrador debe recurrir a la observación directa para completar los informes y datos que recibe, pues éstos nunca dan una idea cabal de los problemas tratados ni de los resultados obtenidos.

2) *Datos procedentes de registros y notificaciones.* Son los que se obtienen en los registros de nacimientos y defunciones, las notificaciones de enfermedad y las estadísticas de los servicios. Son indispensables los informes periódicos para poder tabular los datos más importantes sobre el funcionamiento de los servicios. En muchas regiones la información puede ser sumamente inexacta e incompleta, y en esos casos es necesario completarla con datos procedentes de sectores de demostración, de proyectos especiales, o de observaciones directas y de encuestas.

3) *Datos obtenidos por muestreo.* En las regiones donde el sistema de notificación es deficiente, los datos fundamentales pueden obtenerse más rápidamente mediante encuestas a base de muestras de población, o con registros intensivos en determinadas zonas tomadas como muestras. En lo posible, los estudios de muestreo deben realizarse conforme a ciertos criterios: la muestra debe ser representativa, de magnitud adecuada, y los datos han de ser uniformes. Las encuestas por muestreo permiten también verificar la exactitud de los datos procedentes de los registros y notificaciones habituales.

4) *Estudios comparativos.* El método ideal de investigación consiste en introducir, con carácter experimental, una medida determinada, aislándola hasta donde sea posible de cualquier otra variable, y comparar la marcha de los acontecimientos en la zona experimental con los resultados obtenidos en zonas donde no se haya adoptado esa medida. La preparación de esos estudios y la selección de los grupos experimental y testigo requieren la colaboración de personal muy especializado. Es difícil contar con el tiempo y los recursos necesarios para efectuar esos estudios, sobre todo tomando en consideración las exigencias de las actividades operativas y la complejidad de las condiciones de las regiones en desarrollo. No obstante, esos experimentos constituyen el único método seguro de confirmar las hipótesis fundadas en la observación.

### 12.1 Personal encargado de la evaluación

El personal que trabaja en servicios de higiene materno-infantil o los dirige, y los profesores de centros de formación, conjuntamente o por

separado, pueden evaluar los programas. Cuando la evaluación está exclusivamente en manos del personal del servicio es posible que se introduzcan errores de apreciación o que sea menor la objetividad. Por otra parte, a fin de utilizar rápidamente los resultados de la evaluación para mejorar los programas, es evidente que los administradores de los servicios deben participar activamente en la planificación y la dirección del estudio y en el examen de sus resultados.

Es preferible que emprendan conjuntamente las investigaciones el personal encargado del programa y el personal universitario, ya que los profesores pueden ser muy útiles para elaborar métodos de investigación; además, conviene que el profesorado se interese en los problemas relacionados con el programa y que los estudiantes tengan oportunidad de realizar observaciones directas y de participar en investigaciones operativas.

### **12.2 Formación de personal**

La evaluación de los programas de higiene materno infantil reviste en la actualidad una importancia capital. Como el obstáculo principal para su realización es la falta de personal capaz de elaborar esos proyectos, se sugieren dos soluciones:

1) Incluir la evaluación de programas y la investigación operativa en todos los planes de estudio de los cursos de especialización en higiene materno infantil de escuelas de salud pública, institutos de higiene, departamentos de pediatría y medicina social y escuelas de enfermería. En algunos casos, será necesario aumentar el número de profesores.

2) Conseguir consultores que colaboren estrechamente con los administradores de los servicios de higiene materno infantil y les ayuden a evaluar los programas.

### **12.3 Evaluación de las actividades de planificación de la familia**

En los países donde se concede importancia a estas actividades, los funcionarios que tienen a su cargo la planificación nacional han solicitado que se proceda a la evaluación detallada de los programas. Entre los aspectos que se estudian están los efectos del programa sobre las tasas de natalidad y sobre la fecundidad por grupos de edad; la tasa de utilización, la eficacia, el costo y las complicaciones de cada método contraceptivo; los conocimientos, actitudes y prácticas del público, así como las nuevas modalidades que surgen a este respecto. Una evaluación de ese género exige la participación de especialistas en otras disciplinas, como demografía, sociología y economía; además, deberán identificarse con precisión los índices y otros factores que han de medirse. La evaluación del programa de planificación de la familia puede servir de ejemplo para la evaluación de otras actividades de los servicios de higiene materno infantil.

### 13. LEGISLACION

Las actividades de higiene maternoinfantil están reglamentadas principalmente en la legislación sanitaria, pero también deben ajustarse a las leyes sobre educación (higiene escolar), asuntos sociales (adopción, asistencia en guarderías, hogares sustitutos y otras instituciones), trabajo (empleo de mujeres embarazadas), etc.

La legislación sobre higiene maternoinfantil puede clasificarse de la siguiente manera :

- 1) Leyes sobre registro y notificación, por ejemplo, registro de nacimientos y defunciones, notificación de enfermedades transmisibles.
- 2) Leyes sobre ejercicio profesional (de médicos, enfermeras y parteras) o sobre servicios (hospitales, guarderías y otras instituciones).
- 3) Leyes sobre medidas de salud pública, por ejemplo, vacunación obligatoria de lactantes, examen médico de niños al ingresar a la escuela, protección de embarazadas que trabajan, etc.

Los administradores de servicios de higiene maternoinfantil deberán investigar la necesidad de adoptar medidas legislativas, preconizar las que juzguen convenientes y participar en su preparación.

Es preciso explicar claramente las razones para adoptar una medida legislativa y la necesidad de ésta. Antes de promulgar una ley, conviene celebrar consultas con expertos competentes y con organizaciones y grupos interesados en el asunto. Es indispensable que estas actividades de consulta continúen después de la promulgación, a fin de vigilar que se observen el espíritu y la finalidad de la ley. Para ello se necesita personal consultivo y de inspección.

En general, los procedimientos específicos estipulados en una ley representan un mínimo indispensable, mientras que los manuales de recomendaciones suelen señalar normas más elevadas.

### 14. RECOMENDACIONES

El Comité formula las recomendaciones siguientes :

- 1) Establecer sin demora servicios sanitarios organizados para atender mayor cantidad de madres y de niños. Actualmente, los que tienen más problemas reciben menos servicios. En los países en desarrollo la educación individual es fundamental para modificar hábitos de higiene y de alimentación y, llegado el caso, promover la planificación de la familia. Como objetivo inmediato, debe procurarse prestar por lo menos los servicios

mínimos para atender los problemas de más alta prioridad relacionados con la malnutrición, las infecciones y la reproducción.

2) Que los servicios de higiene materno-infantil en general se suministren dentro de los servicios sanitarios de base; los servicios preventivos deben estar asociados a los curativos y los de maternidad a los de higiene infantil.

3) Aprovechar las múltiples oportunidades que brindan los servicios de higiene materno-infantil para proceder a una planificación eficaz de la familia e incluir en ellos esta actividad cuando concuerde con la política sanitaria correspondiente. La planificación de la familia y las demás actividades de higiene materno-infantil deben ser complementarias.

4) Que continúen integrándose las actividades de higiene materno-infantil en los servicios básicos de sanidad, pero que, en las etapas de elaboración de política y planificación de programas de higiene materno-infantil, se considere esta rama como entidad aparte de manera que puedan organizarse la formación y los servicios en función de las necesidades especiales de madres y niños. Para ello se necesita establecer un servicio central y descentralizar las funciones administrativas y técnicas.

5) Planificar los servicios, medida indispensable para organizarlos, establecerlos y distribuirlos de manera que atiendan a toda la población. A este respecto, es preciso evaluar con exactitud los problemas locales, los métodos empleados y recursos disponibles. Conviene asimismo crear órganos consultivos encargados de coordinar los intereses de todos los grupos que se ocupan de madres y niños.

6) Introducir en el programa desde un principio planes para la evaluación de los servicios. Debe prepararse al personal de higiene materno-infantil para aplicar las técnicas de evaluación y ayudarle a elaborar los estudios respectivos.

7) Debe disponerse un plan nacional de contratación y adiestramiento (inclusive la formación en el servicio) del personal de higiene materno-infantil. Para extender más la asistencia prestada a la población, debe intensificarse la formación de personal auxiliar, que deberá trabajar bajo la dirección de personal profesional. Por su parte, el personal profesional deberá estar preparado para trabajar en grupo con profesionales de otras disciplinas y con auxiliares, y para encargarse de la formación y dirección de auxiliares.

---