

LOS DERECHOS DEL NIÑO: MARCO PARA INTERVENCIONES PRIORITARIAS EN SALUD¹

*Leonardo Mata*²

Instituto de Investigaciones en Salud (INISA),
Universidad de Costa Rica

RESUMEN

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

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

Manuscrito original recibido: 8-7-80.

¹ Trabajo presentado en el Simposio Regional La Pobreza Crítica en la Niñez, CEPAL/UNICEF, celebrado en Santiago de Chile del 3 al 7 de diciembre de 1979.

² Catedrático y Director del Instituto de Investigaciones en Salud (INISA), Universidad de Costa Rica, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica.

Las sociedades en rápida transición de la vida tradicional a la moderna, experimentan cambios favorables en el nivel de salud. No obstante, algunos sectores de la sociedad pueden quedar atrapados en el subdesarrollo, tanto en áreas urbanas como rurales, y pueden perder rasgos culturales importantes y a la vez adoptar malos hábitos de vida. Los grupos en transición sufren de serios problemas frecuentemente caracterizables por patología social, pero el resultado final es similar al observado en una sociedad tradicional pobre.

No puede generalizarse sobre la causalidad y formas de controlar los problemas de salud en los ecosistemas descritos. Mientras que en la sociedad tradicional, un bajo nivel de información tecnológica, limitación en recursos económicos, y mala higiene personal y ambiental, son los generadores de la morbilidad, desnutrición, y muerte, en la sociedad en transición —sobre todo en los anillos de miseria de las ciudades— la patología social, el stress y otros factores ambientales son los determinantes de la mala salud.

Se requiere de una comprensión adecuada de las diversas situaciones para identificar los problemas y así lograr su solución. El establecimiento de prioridades en salud depende en alto grado del conocimiento científico existente sobre salud y bienestar y de los requerimientos para implementar programas. La identificación de las prioridades puede ser tarea fácil si se fundamenta en "Los Derechos del Niño" propuestos en el presente trabajo. Tales derechos son diferentes de los clásicamente enunciados por la Organización de las Naciones Unidas, y están concebidos dentro de un marco de salud y bienestar global para el niño. Las soluciones dependen de la magnitud de los recursos existentes y del grado de evolución filosófica de los gobiernos, esto es, del sistema político prevaleciente. A pesar de existir diferencias en los programas ejecutados, los logros registrados en algunos países pueden ser similares, por ser sus metas básicamente las mismas.

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

INTRODUCCION

En países en desarrollo y con pocos recursos, se torna difícil

concebir y ejecutar intervenciones en salud que vayan a mejorar la niñez. Tal dificultad es paradójica si se considera la vasta información científica y tecnológica que ya podría utilizarse para implementar las medidas requeridas. Parte del fracaso de la sociedad en concretar ese logro estriba en una ausencia de decisión científico-política inherente a sistemas de gobierno en los que la niñez tiene baja prioridad. Los esfuerzos encaminados a mejorar la salud de la niñez en tales circunstancias pueden generar entonces medidas paliativas, muchas veces impulsadas por un interés demagógico. Tal puede ser el caso de intervenciones "aisladas" y esporádicas, o misioneras, como podría ser una campaña de vacunación no mantenida. Otra medida de gran fuerza política es la alimentación suplementaria institucionalizada, que frecuentemente no llega a los estratos más necesitados y que en todo caso puede ser fuente de deterioro social al no resolverse el problema básico que impide a la familia obtener los alimentos en forma digna.

El presente trabajo tiene como propósito revisar ciertos elementos determinantes de la pobreza y privación del niño en diversos tipos de sociedad, desde la forma tradicional y casi primitiva en donde puede generarse una buena nutrición, hasta la transicional en donde el espejismo del progreso a menudo enmascara el sufrimiento y la privación de amplios sectores de la población. Se describe un concepto original sobre "Los Derechos del Niño", basado fundamentalmente en el conocimiento científico, que permite establecer claramente las acciones a emprender, en forma holística, para mejorar la calidad de la vida del niño. Finalmente, se enumeran las intervenciones necesarias para alcanzar dicho objetivo.

Queda evidente la necesidad de un cambio en la concepción filosófica de gobierno y de vida de la sociedad que permita implementar las intervenciones.

POBREZA Y PRIVACION EN SOCIEDADES TRADICIONALES AISLADAS

Es posible que exista una buena nutrición en un ambiente de pobreza y privación, como ocurre entre los Amerindios que viven en aislamiento casi total del mundo occidental.

Recientemente pude confirmar en un asentamiento de Amerindios Guaymí en la frontera entre Costa Rica y Panamá, que ninguno de los niños preescolares presentaba desnutrición de

acuerdo al peso para la talla (Figura 1) (1). La población se encuentra bastante aislada de otras localidades, siendo de acceso muy difícil durante la mayor parte del año. Además, las viviendas están bastante separadas unas de las otras, a veces por distancias que requieren, para recorrerlas, varias horas a pie entre selvas y forestas. Tal situación ecológica dificulta notablemente la posibilidad de transmisión de agentes infecciosos patógenos, lo que parece explicar la ausencia, por períodos prolongados, de enfermedades debilitantes y letales como la tos ferina, sarampión y diarrea, y por ende, la ausencia de desnutrición. El hecho es muy interesante por cuanto la dieta de los Guaymés es monótona y poco variada, constituida primordialmente de frijol y maíz, suplementada con algunos vegetales y frutas, y con muy poca proteína de origen animal.

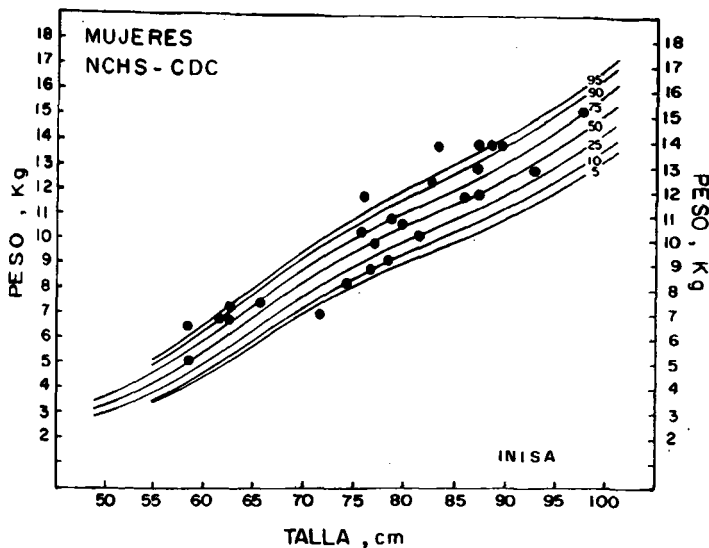


FIGURA 1

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

A pesar del buen estado nutricional de los niños (Figura 1) existe cierta mortalidad, probablemente consecuente a la introducción esporádica de virus y bacterias, ya sea por habitantes que regresan después de visitar los centros urbanos o por personas foráneas que visitan el asentamiento. La baja inmunidad prevalente parece favorecer el desarrollo de brotes a nivel familiar que pueden eliminar a los débiles e inmunizar a los demás, estableciéndose la selección de los más aptos. Los brotes son de corta duración y se extinguen por sí solos.

Aun así, el ambiente de los Guaymés, si se mide por los parámetros de la cultura occidental, es pobre y de privación, lo que es evidente para los indígenas que salen a conocer el mundo exterior y que pueden regresar anhelando lo que en éste se disfruta.

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

POBREZA, PRIVACION Y DESNUTRICION EN SOCIEDADES TRADICIONALES HACINADAS

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

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

Mi experiencia se basa en el estudio prospectivo de 10 años de duración de la población Maya-Cakchiquel de Santa María Cauqué, en el altiplano de Guatemala (2). Dicha experiencia ha sido complementada por visitas a comunidades rurales de otros países del Continente Americano, y por varios años de observación de las áreas rurales de Costa Rica. La similitud de los ambientes y de sus efectos en la mayoría de los asentamientos visitados, es impresionante.

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

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

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

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

El Estudio Cauqué reveló que a pesar de los nobles rasgos culturales de los Mayas; de su estabilidad emocional, estoicismo y fortaleza; de sus aptitudes para la lactancia materna y crianza del niño, el subdesarrollo, y/o superpoblación y pobreza, mantienen un índice muy elevado de infección y desnutrición asociados a considerable mortalidad durante los primeros años de vida (2).

Así, ningún niño preescolar escapa a las enfermedades de la primera infancia; el niño experimenta un promedio de ocho episodios de diarrea por año durante el segundo año de vida. Los procesos infecciosos a menudo se acompañan de debilitamiento, anorexia (6), deshidratación y fiebre, pérdida de peso y de nutrientes, y alteraciones en el funcionamiento de órganos y sistemas, así como de perturbaciones en la conducta. El efecto acumulativo de los procesos infecciosos y enfermedades crónicas resulta en desgaste y achicamiento (Figuras 2 y 3) e interfiere con la interacción entre el niño y su familia así como con su aprendizaje, contribuyendo al deterioro del rendimiento y creatividad (7).

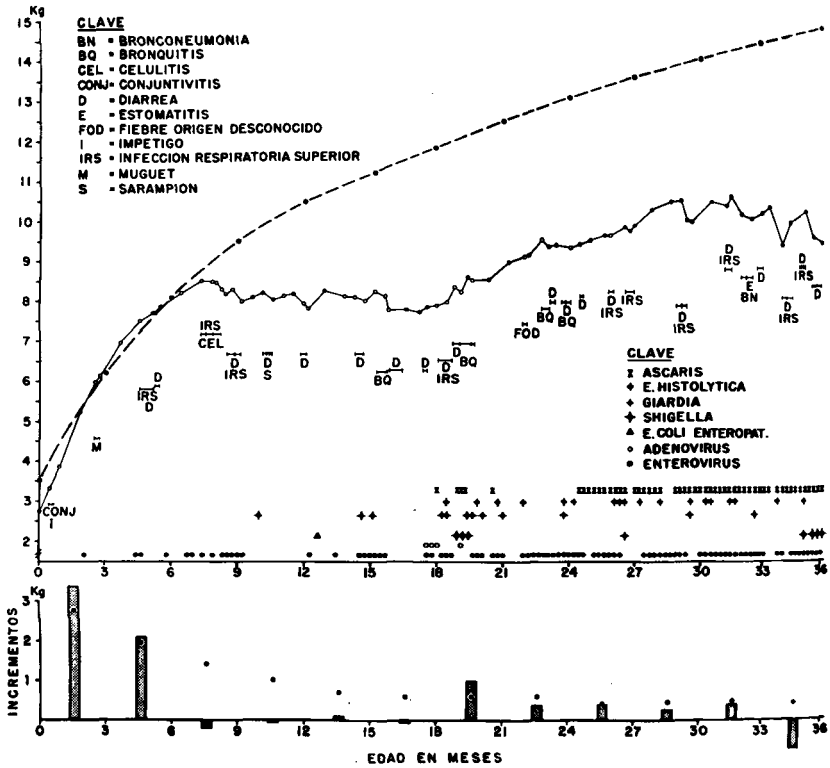


FIGURA 2

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

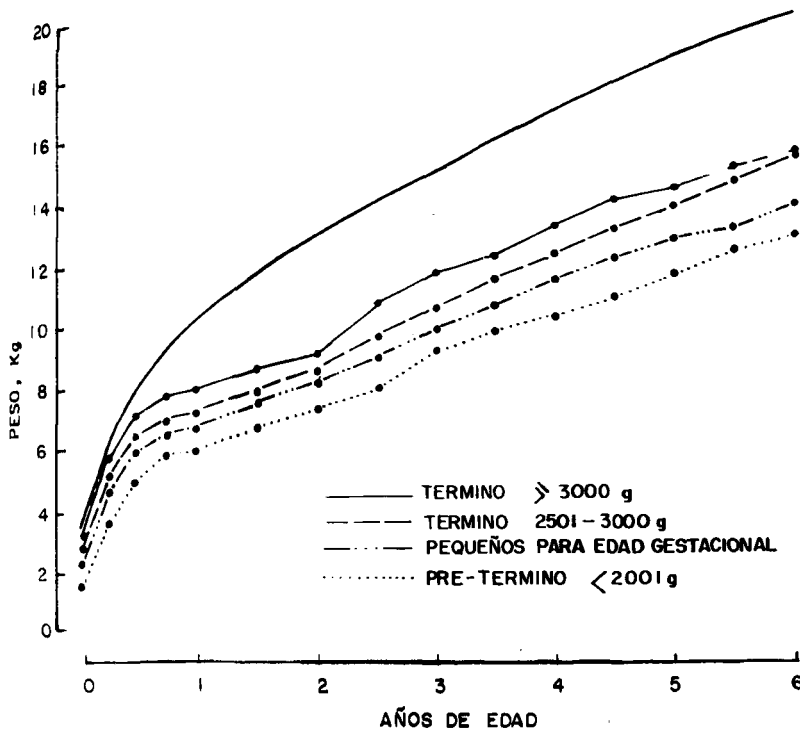


FIGURA 3

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

El fenómeno es más evidente cuando el niño es separado de su hogar por hospitalización o por desintegración familiar (8).

POBREZA, PRIVACION Y DESNUTRICION EN SOCIEDADES EN TRANSICION

La transición se caracteriza por la rápida adquisición de características, valores y hábitos de vida que son propios de las sociedades avanzadas y modernas. Muchos de los elementos adquiridos son beneficiosos, pero otros son nocivos ya sea por su naturaleza intrínseca o porque su adopción se realiza en forma inadecuada. Los países en transición manifiestan cambios evolutivos positivos en el nivel de salud que se reflejan en una disminución de la mortalidad infantil y de la natalidad, así como en un aumento en la expectativa de vida al nacer, indicativos de mejoras en la calidad de vida (9-11).

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

No obstante, la rápida transición de muchas naciones en desarrollo, consecuente al crecimiento económico no planificado ni orientado a los intereses de la sociedad global, ha generado fenómenos como la despoblación de áreas rurales, la formación de anillos de miseria en las ciudades y el aumento relativo de la pobreza (12, 13). Con la transición, la familia ha pasado de "extendida" a "nuclear", aislando a los padres jóvenes de los adultos más experimentados. La integración de la mujer a la fuerza de trabajo contribuye, junto con otros mecanismos desviantes y neurotizantes de la ciudad, a un aumento en el stress y la patología social.

Prevalece así, una mortalidad infantil muy alta en ciudades importantes de Latinoamérica (14), y se ha registrado un aumento en la prevalencia de desnutrición, particularmente de tipo marásnico consecuente a cambios culturales y a políticas de desarrollo agrícola. Estas pueden resultar en la exportación de granos básicos con la consecuente merma para el mercado local (15). La desnutrición que prevalece se asocia al bajo peso al nacer, a la sustitución de la lactancia materna por la alimentación artificial, a la baja disponibilidad de alimentos y, en fin, a la pobreza.

A pesar de que los habitantes pobres de las ciudades pueden creer que se encuentran mejor que en las áreas rurales, el trasfondo de ese espejismo de bienestar es un ambiente en el cual la madre generalmente carece de la tecnología apropiada innata en la mujer rural (6). A menudo la madre no conoce las técnicas para almacenar el agua de beber en forma higiénica, ni los procedimien-

tos para preparar papillas, masas y purés para ablactar al niño. La mujer está expuesta a numerosos factores que interfieren con la lactancia materna (16). Se ha descrito la existencia de "incompetencia materna", manifiesta en la incapacidad de la madre de vigilar la salud del niño, de acudir al puesto o centro de salud para las vacunaciones, de rehidratar al niño con diarrea, o de alimentarlo durante la convalecencia (17). La deficiencia en competencia materna aumenta el riesgo de muerte del niño y parece estar relacionada con factores que generan una alta fertilidad en un ambiente de pobreza (18).

De esta manera, mientras que en sociedades tradicionales, la privación y el subdesarrollo fundamentalmente inducen una alta morbilidad y desnutrición, en las sociedades en rápida transición el riesgo mayor es el de privación materna, negligencia y falta de estímulo y, eventualmente, agresión psíquica y física. Ya se acepta que la agresión al niño frecuentemente se acompaña de desnutrición (19). Recientemente pudimos observar que la prevalencia de desnutrición crónica en niños admitidos al hospital por agresión física, era 3 a 7 veces mayor que la de niños de la misma edad en la población general (20). El hecho puede explicarse postulando que la agresión se inicia en forma de malas técnicas de alimentación e incluso supresión de los alimentos al niño, o como castigo psicológico o físico que induce anorexia, apatía y eventual "separación" del niño del núcleo familiar.

El reconocimiento relativamente reciente de que el síndrome de "failure-to-thrive" (fallo de prosperar) a menudo resulta de la agresión al niño en sociedades avanzadas (21), comprueba lo anterior. También demuestra que la pobreza y la privación existen en sociedades con un elevado ingreso económico.

LOS DERECHOS DEL NIÑO

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

1. *El Niño tiene derecho a ser deseado*

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

2. *El Niño tiene derecho a una gestación óptima*

La sociedad y el individuo (responsabilidad individual) deben proveer las condiciones para una supervisión óptima de la evolución del embarazo. Este hecho concierne a los sistemas de atención prenatal así como a la legislación pertinente sobre protección de la mujer embarazada.

3. *El Niño tiene derecho a nacer en forma óptima*

Este hecho implica que la sociedad debe asegurar una adecuada preparación de la madre para el parto. Concierno al fomento del parto natural, no violento, y a la disminución del daño iatrogénico. Debe considerar la estimulación precoz de la madre y del niño a fin de promover un óptimo crecimiento y desarrollo. Incluye la caracterización y clasificación del neonato a fin de prevenir y tratar males congénitos.

4. *El Niño tiene derecho a una alimentación completa*

El cumplimiento de este derecho depende en gran parte de observar el derecho anterior. Compete específicamente a la lactancia materna por un período de varios meses, y a la ablactación apropiada con alimentos naturales, administrados en forma higiénica, preferentemente en el seno hogareño, y bajo el estímulo psicosocial adecuado.

5. *El Niño tiene derecho a la protección contra la enfermedad*

Este derecho concierne a la caracterización del neonato a fin de determinar anomalías congénitas, aunque lo más importante se refiere a la etapa postneonatal. Su observancia demanda infraestructuras de salud que permitan la prevención de enfermedades transmisibles, la vigilancia de la salud y del creci-

miento y desarrollo, y el tratamiento y rehabilitación de enfermedades y deficiencias. Gran parte de la protección contra la enfermedad, en particular infecciosa, depende de la calidad del ambiente, lo que demanda un enfoque holístico o integral con implementación de toda una gama de intervenciones ambientales.

6. *El Niño tiene derecho a una estimulación psicosocial óptima*

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

7. *El Niño tiene derecho a una educación coherente*

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

INTERVENCIONES PRIORITARIAS EN SALUD

El estudio de los derechos enunciados conducirá en forma lógica a la planificación de las acciones de salud. La identificación de las áreas de acción y la selección de las intervenciones bajo un proceso uniforme lleva a una meta común, que pareciera ser independiente de los caminos que pudieran escogerse para tal. Hasta hace dos décadas el espíritu prevaleciente en mesas de discusión sobre intervenciones en salud, era el de frustración ante la impotencia de poder aplicar medidas holísticas a la solución de los problemas. Mientras los gobiernos invertían una buena parte del presupuesto nacional en armamentos y empresas militares, los planificadores sabían que sólo podían contar con presupuestos paupérrimos para desarrollar los programas.

El elevado costo que requiere el mejoramiento del saneamiento ambiental, por ejemplo, llegó a distorsionar el pensamiento científico al postularse que era preciso mejorar el estado nutricional para contrarrestar los efectos de la diarrea. Sabemos que no

puede existir una buena nutrición sin la prevención y control de la diarrea y sus efectos (22). El panorama en Costa Rica demuestra el impacto que el control de las diarreas y otras enfermedades transmisibles tiene sobre la situación general de nutrición y salud. El énfasis dado al enfoque holístico en las Reuniones de Punta del Este y de Santiago, demostró la factibilidad de logros importantes cuando se fijan metas y se hacen esfuerzos para cumplirlas. Así, las estadísticas revelan que la mayoría de los países latinoamericanos ha logrado avances importantes en la disponibilidad de agua, programas de inmunización y otras intervenciones. La importancia del enfoque holístico, demostrada en los cambios observados en Cuba y Costa Rica, por ejemplo, contrasta con el fracaso e incluso efectos negativos que las intervenciones tuvieron cuando se aplicaron en forma aislada o individual. El tema ha sido ampliamente demostrado con ejemplos específicos que destacan el poco impacto o fracaso de programas de suplementación alimentaria o de las clínicas de atención de la salud (2, 23, 24).

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

1. *Intervenciones sobre el Ambiente*

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

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

- Mejoras en el nivel de información de la sociedad
- Distribución adecuada de la tierra, el ingreso y otros recursos
- Control y estabilización de salarios
- Control y estabilización de precios de alimentos
- Disfrute de las garantías individuales y laborales
- Fomento de patrones de vida óptimos
- Mejoras en los niveles de educación
- Mejoras en el saneamiento ambiental y en los abastecimientos de agua

Organización comunitaria para la vigilancia y protección de la salud

Protección de los recursos naturales y del ambiente en general

2. *Intervenciones sobre el Individuo y la Familia*

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

- Mejora del nivel de conocimientos del individuo
- Fomento de un patrón de reproducción óptimo
- Atención prenatal adecuada
- Humanización del parto y atención del recién nacido
- Alimentación óptima y estimulación del lactante
- Protección contra la enfermedad
- Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño
- Fomento de buenos hábitos de alimentación y de salud
- Tratamiento y prevención de los defectos
- Rehabilitación

MODOS Y FORMAS DE IMPLEMENTACION DE LAS INTERVENCIONES

Mucho se ha logrado con el cambio de pensamiento que postuló, y luego demostró, que la salud de los individuos es responsabilidad de los "médicos descalzos" y no sólo de los médicos del hospital (25). En el presente no se cuestiona la necesidad de desarrollar infraestructuras de salud que permitan llevar los servicios a toda la población. Aún más, la participación de auxiliares de salud ha sido superada por el concepto de participación y responsabilidad comunitaria en la conservación de la salud, que ahora incluye la participación de los niños mayores en la vigilancia de la salud de los pequeños (26).

Los países en desarrollo han establecido infraestructuras acordes con el sistema de gobierno, recursos y evolución filosófica (27), permitiendo logros cuantificables, similares entre sí a pesar de que los mecanismos efectores pudieron haber sido diferentes. Tal observación llena de optimismo y ofrece posibilidades de implementación de programas variados y novedosos.

1. *Concepción del Niño*

En la China Popular, se regula la edad de la concepción y el tamaño de la familia mediante acciones de tipo social que permiten una disminución de la natalidad, prematuridad y mortalidad infantil (28). En algunos países de Latinoamérica se han logrado avances similares a través de una mayor disponibilidad de anticonceptivos, educación sexual y responsabilidad individual (29). Sin embargo, se requiere de heroicos esfuerzos para elevar el nivel de educación necesario para fomentar un patrón de reproducción óptimo.

2. *Atención Prenatal*

Los programas de salud comunitaria dan mucho énfasis a la atención prenatal. No obstante, los programas existentes deben humanizarse más. La información que se recoge sobre la mujer embarazada permanece en los hospitales, centros y puestos de salud. No existe en la mayoría de los países un "carnet" o "pasaporte" propiedad de la madre, en donde conste su experiencia obstétrica y evolución del embarazo presente, y que favorezca el seguimiento del caso a través de toda su experiencia reproductiva. Los servicios que se prestan son incompletos, siendo preciso la incorporación de estudios adicionales, como la detección de bacteriuria. Por otro lado, la legislación es defectuosa en la mayoría de los países, ya que no garantiza la protección estatal de la mujer soltera, ni de la progenie de la unión libre, ni asegura una adecuada incapacitación por maternidad.

3. *El Parto*

La institucionalización del parto ha ocurrido rápidamente en algunos países (en Costa Rica, más del 850/o de los nacimientos se registra en hospitales) sin que simultáneamente existan programas que fomenten el parto no violento y psicoprofiláctico. Por otro lado, la atención del parto puede ser inhumana y altamente traumática para la madre. La institucionalización puede resultar en la sustitución de la partera o comadrona experimentada de la comunidad rural por la de un médico interno o residente poco experimentado. Ha habido una disminución importante en la mortalidad materna, pero puede ser que parte de la misma haya ocurrido a expensas de un aumento en la incidencia de sufrimiento fetal y parálisis cerebral.

Por otro lado, todavía no se logra implementar en la mayoría

de los hospitales la práctica de estimulación temprana del niño (contacto piel-piel, percepción visual, succión del pezón) lo cual pone en gran desventaja al niño en el ambiente que prevalece en las áreas rurales y urbanas miserables. Finalmente, no existen programas de tamizaje del recién nacido en la mayoría de los países latinoamericanos, para descubrir el hipotiroidismo y otros errores congénitos tratables (30, 31).

4. *Alimentación*

La separación de la madre y del niño en los hospitales, acoplada a la promoción de fórmulas lácteas y alimentos empacados, son causa actual del destete precoz. Los factores complicantes ya han sido mencionados (16). Es preciso entonces fomentar la interacción madre-niño (32), la creación de bancos de leche materna, la promulgación de nuevas normas hospitalarias, una legislación restrictiva sobre la venta y promoción de fórmulas lácteas y alimentos empacados, a fin de fomentar la lactancia materna, principal promotor de la salud del niño (33).

5. *Protección Contra la Enfermedad*

La base de esta intervención es el programa de salud rural o comunitaria que permite llevar los consejos sobre salud, las drogas antiparasitarias y vacunas, y la planificación familiar hasta los lugares más apartados del país (27). Estos programas representan la extensión de la labor que antes sólo se realizaba en hospitales y puestos de salud.

La creación de los programas de salud comunitaria generó la necesidad de compilar, perfeccionar y desarrollar tecnologías apropiadas (34), habiéndose gestado también una rama de investigación en los servicios de salud (35).

Entre los aspectos más importantes de la salud comunitaria está la vigilancia del peso (y a veces de la estatura) del niño, generalmente en el centro o puesto de salud, práctica recomendada en fechas recientes por muchos autores (36-38). Sin embargo, se requiere mucho más de un carnet o pasaporte para el niño, en que consten los datos importantes sobre su salud y crecimiento. Este elemento educa a la madre y crea el mecanismo que permite descubrir deficiencias en el crecimiento en forma precoz. La implementación de la medida, en forma experimental en Costa Rica (39, 40), tiene como meta la prevención y erradicación de la desnutrición severa en una vasta región programática del país.

6. *Estimulación Psicosocial*

Este es quizás el campo en que existe más deficiencia en nuestros países. En general, el niño no es adecuadamente estimulado desde el momento del nacer (41). La educación preescolar formal ha sido privilegio de las clases de alto nivel económico, y apenas alcanza a un sector de la clase media de ciertos países. La educación escolar es deficiente por cuanto se basa en esquemas foráneos en que no se da énfasis a la situación nacional, a la relación del niño con su sociedad y ambiente, y a la importancia de vigilar por su salud (2, 42).

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

Prácticamente no existen mecanismos que permitan descubrir ambientes de alto riesgo para el niño, lo cual se traduce en abandono, desnutrición y agresión. Todavía no se crean los sistemas y programas para la clasificación funcional de las familias (43) y para la orientación social de las familias pobres, desnutridas y agresoras.

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

La mejora de la salud de las poblaciones marginadas y la corrección de la pobreza, condiciones interrelacionadas vitales, es necesaria si se pretende lograr estabilidad política y desarrollo nacional. La falta de progreso en tal sentido sólo acentuará el subdesarrollo y la superpoblación, arrastrando a las naciones a situaciones de mayor sufrimiento, pobreza, y violencia, de las cuales puede ser muy difícil escapar (4).

SUMMARY

RIGHTS OF THE CHILD: FRAMEWORK FOR HEALTH PRIORITARY INTERVENTIONS

It has taken some time to recognize that poverty and deprivation are the main determinants of infectious disease, malnutrition, growth retardation,

and child abuse and abandonment in developing nations. Although a good level of health may coexist with underdevelopment — for instance in small tribal groups living in isolation — this is the exception. The rule is that in poor traditional societies children suffer from endemic malnutrition due to the interaction of infectious diseases and deficient diets. The common denominator is a low level of technology of the family, poor hygiene, low income, and overcrowding; the result is a marked growth retardation associated with high mortality.

Societies in rapid transition from the traditional to the modern way of life, exhibit favorable changes in health; however, some sectors may be trapped in underdevelopment, and lose important cultural features while acquiring bad habits. The common factors can be typified as social pathology.

No generalization should be made regarding causality and ways of controlling health problems in the ecosystems described. In traditional societies a low level of technological information, limited economic resources, and deficient personal and environmental hygiene, are responsible for the high morbidity, malnutrition and death; for populations in transition, social pathology, stress, and other environmental factors, determine poor health.

An adequate understanding of the various situations is required in order to recognize problems and attain their solution. Identification of health priorities depends on existing scientific knowledge. The process could be an easy task if based on the "Rights of the Child" proposed in the present paper; the rights depart from those classically promulgated by the United Nations Organization. Solutions depend on the magnitude of existing resources and the degree of philosophic evolution of the prevailing political system. Despite observed differences in programs underway, similar achievements have been observed in several countries, since the goals set were basically the same.

Interventions should be implemented within a holistic approach, and not independently. Preference should be given to an improved environment and the promotion of good habits, more than to curative measures. Emphasis on the model of social development has yielded more fruits than emphasis on the economic one. Projection toward the community is fundamental, and requires decentralization of power and action, and the creation of infrastructures with wide community participation. In the process, cultural features important for child rearing must be preserved, while the acquisition of poor habits typical of modern life must be prevented.

AGRADECIMIENTO

El autor agradece al Dr. Alfonso Trejos la crítica al manuscrito.

to original. La realización del trabajo fue posible gracias al apoyo de la Casa Presidencial (Préstamo AID 515-T-026), de la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica, y del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de Costa Rica.

BIBLIOGRAFIA

1. Mata, L. Child deprivation and malnutrition: observations in Guatemala and Costa Rica. *Food and Nutrition*. FAO, Roma. En prensa.
2. Mata, L. J. **The Children of Santa María Cauqué: A Prospective Field Study of Health and Growth**. Cambridge, Mass., The MIT Press, 1978.
3. Eckholm, E. **Losing Ground. Environmental Stress and World Food Prospects**. New York, N. Y., W. W. Norton & Co. Inc.
4. Mata, L. J. The environment of the malnourished child. En: **Nutrition and Agricultural Development. Significance and Potential for the Tropics**. N. S. Scrimshaw & M. Béhar (Eds.). New York, N. Y., Plenum Press, 1976, p. 45.
5. Organización Panamericana de la Salud. **Las Condiciones de Salud en las Américas 1973-1976**. Washington, D. C., OPS/OMS, 1978.
6. Mata, L. The malnutrition-infection complex and its environmental factors. *Proc. Nutr. Soc.*, **38**: 29, 1979.
7. Cravioto, J. **Comunicación personal**. Diciembre, 1978. Instituto Nacional de Ciencias y Tecnología de la Salud del Niño, DIF, México, D. F., México.
8. Goodall, J. Malnutrition and the family: deprivation in kwashiorkor. *Proc. Nutr. Soc.*, **38**: 17, 1979.
9. Mohs, E. Evaluation of nutrition in a transitional society: Costa Rica. En: **Nutrition in Transition. Western Hemisphere Nutrition Congress V**. Chicago, The American Medical Association, 1978, p. 34.
10. Dueñas-Gómez, E. *et al.* Criterios en la planificación de la atención pediátrica en Cuba. *Rev. Cub. Ped.*, **47**: 449, 1975.
11. Mata, L. J. & E. Mohs. Cambios culturales y nutricionales en Costa Rica. *Bol. Méd. Hosp. Inf (México)*, **33**: 579, 1976.
12. Hollnsteiner, M. R. L'environnement misérable de l'enfant dans les bidonvilles. *Les Carnets de l'Enfance*, **43**: 11, 1978.
13. Nelson, J. & P. E. Mandl. Peri-urban malnutrition, a neglected problem. Patterns and approaches. *Les Carnets de l'Enfance*, **43**: 25, 1978.
14. Puffer, R. R. & C. V. Serrano. **Patterns of Mortality in Childhood**. Washington, D. C., Pan American Health Organization, 1973. (PAHO Scientific Publication No. 262).

15. Chafkin, S. H. Beyond the green revolution: some food and nutrition issues in the 1980s. *Food and Nutr. Bull.*, 1: 8, 1979.
16. Jelliffe, D. B. & E.F.P. Jelliffe. **Human Milk in the Modern World. Psychosocial, Nutritional, and Economic Significance.** England, Oxford, Univ. Press., 1978.
17. Wray, J. D. & A. Aguirre. Protein calorie malnutrition in Candelaria, Colombia. I. Prevalence, social and demographic causal factors. *J. Trop. Pediat.*, 15: 93, 1969.
18. Scrimshaw, S. C. M. Infant mortality and behavior in the regulation of family size. *Pop. Develop. Rev.*, 4: 383, 1971.
19. Kempe, R. S. & C. H. Kempe. **Child Abuse.** London, Fontana/Open Books, 1978.
20. Mata, L. Desnutrición energético-proteínica en Costa Rica-1979. *Rev. Méd. Hosp. Nac. Niños*, 14 (número extraordinario): 55, 1979.
21. Pollitt, E., A. W. Eichler & C-K Chan. Psychosocial development and behavior of mothers of failure-to-thrive children. *Am. J. Orthopsychiat.*, 45: 525, 1975.
22. Mata, L. J., R. A. Kronmal & H. Villegas. Diarrhoeal diseases: a leading world health problem. En: **43 Nobel Symposium. Cholera and Related diarrhoeas: Molecular Aspects of a Global Health Problem.** North Holland, Elsevier, 1979.
23. Anderson, M. A. **Care Preschool Nutrition Project: Phase II Report.** New York, N. Y., CARE, agosto, 1977.
24. McDermott, W., K. W. Deuschle & C. R. Bennett. Health care experiment at Many Farms. *Science*, 175: 23, 1972.
25. Newell, K. W. **La Salud por el Pueblo.** Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 1975.
26. Aarons, A., H. Hawes & J. Gayton. **Child-to-Child.** London, The Macmillan Press, 1979.
27. Villegas, H. Extensión y cobertura de salud en Costa Rica. *Bol. Of. San. Pan.*, 83: 537, 1977.
28. Sidel, V. W. & R. Sidel. **Serve the People: Observations on Medicine in the People's Republic of China.** Boston, Mas., Beacon Press, 1973.
29. Fox, R. W. & J. W. Huguet. **Tendencias Demográficas y de Urbanización en América Central y Panamá.** Washington, D. C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1978.
30. Mitchell, M., P. Larsen, H. Levy, A. Bennette & M. Madoff. Screening for congenital hypothyroidism. *JAMA*, 239: 2348, 1978.
31. Thomas, G. H. & R. R. Howell. **Selected Screening Tests for Genetic Metabolic Diseases.** Year Book Medical Pub., Inc., 1973.
32. Puga, T. F., A. Zaccaria, J. B. Vukasovic, *et al.* Interacción conjunta madre-niño y lactancia materna. *Bol. Hosp. Infant. (México)* 36:1025, 1979.

33. Mata, L. Breast-feeding: main promoter of infant health. *Am. J. Clin. Nutr.*, **31**: 2058, 1978.
34. Darrow, K. & R. Parn. **Appropriate Technology Sourcebook**. Stanford, Cal., Volunteers in Asia, Inc., 1976.
35. Malher, H. The challenge of health care: fresh approaches. *Les Carnets de l'Enfance*, **33**: 9, 1976.
36. Mosley, D. **Paediatric Priorities in the Developing World**. London, Butherworths, 1973.
37. Knig, M., F. Knig & S. Martodipoero. **Primary Child Care. A Manual for Health Workers**. Oxford, England, Oxford Univ. Press, 1978.
38. Ebrahim, G. J. **Practical Mother and Child Health in Developing Countries**. London, Macmillan, 1978.
39. Hospital Nacional de Niños. Guía para el control de la salud de mi hijo. San José, Costa Rica, 1979.
40. Instituto de Investigaciones en Salud (INISA). Carnet de salud de su niño. Costa Rica, INISA, Universidad de Costa Rica, 1979.
41. Bralic, S., I. M. Haeussler, M. I. Lira, H. Montenegro & S. Rodríguez. **Estimulación Temprana. Importancia del Ambiente para el Desarrollo del Niño**. Santiago, Chile, UNICEF, 1978.
42. Illich, I. **Némesis Médica. La Expropiación de la Salud**. Barcelona, Barral, S. A., 1975.
43. Joy, J. C. Planificación de la reducción de las deficiencias nutricionales. *Alimentación y Nutrición*, **1**: 10, 1975.