

PROTECCION SANITARIA DEL NIÑO RURAL

PRINCIPIOS DE ORGANIZACION Y ADMINISTRACION

I. *Introducción.* II. *Organización.* Constitución del grupo planificador; 2. Definición de propósitos; 3. Estimación y jerarquización del problema y de sus componentes; 4. Fijación de objetivos; 5. Estudio de la legislación correspondiente; 6. Determinación de programas y de técnicas; 7. Ordenación de autoridades y organismos actuantes; 8. Organización del personal 9. De los recursos económicos. III. *Administración.* 1. Ejecución del plan organizado; 2. Registro de actividades; 3. Evaluación del proceso demográfico y administrativo; 4. Reajuste y perfeccionamiento de la acción; 5. Investigación científica. IV. *Conclusiones.*

I. INTRODUCCION

No creemos necesario abundar en demasiados argumentos para demostrar que allá en el campo son muchos los niños que no reciben la asistencia médica que merecen. Y los médicos estamos aquí con nuestros conocimientos y nuestro interés por resolver el problema. ¿Cómo puede promoverse un acercamiento efectivo y útil entre este nuestro interés y aquella necesidad del niño rural?

Consideramos que es mediante una adecuada organización y administración de la protección sanitaria de la población rural en general, y del niño en particular, que habremos de satisfacer esta preocupación nuestra.

Creemos de conveniencia, para una más clara exposición, dar las definiciones a que nos atenemos respecto a varios términos que acabamos de enunciar. Siguiendo al Diccionario Espasa-Calpe entendemos por *organizar* a "establecer una cosa sujetando a reglas el número, orden, armonía y dependencia de las partes que la componen o han de componerla", y por *administrar* "cuidar, gobernar, regir. Ofrecer a otro o servirle alguna cosa".

En cuanto a *protección sanitaria* tomamos la definición de la Organización Mundial de la Salud (1): "La protección sanitaria consiste en instaurar las condiciones necesarias para asegurar al ser humano, considerado aisladamente y en sus relaciones con la sociedad, un comportamiento normal desde el punto de vista físico y mental. Ella engloba el mejoramiento de la salud, la prevención de la enfermedad y todos los aspectos de la medicina curativa y de la medicina de readaptación".

Como *medio rural* entendemos (2) aquella zona con menos de 2.000 habitantes que trabajan en tareas propias de dicha zona, la cual no recibe los beneficios sanitarios de una ciudad vecina. Reconocemos la existencia de diversos criterios para caracterizar el área rural.

De las definiciones antecitadas puede deducirse que la *organización* o estructura del sistema debe ser previa a su *administración* o realización, pero ella se continúa, mantiene su existencia, cuando esta última tiene lugar. Es decir, lo que se administra sigue teniendo como esqueleto, como *substractum* físico, a la organización. No desconocemos que según otros criterios el concepto de *administración* comprende el de organizar.

En el presente trabajo, entonces, aún cuando por razones de exposición adjudicamos un rubro diferente (I) a *Or-*

(1) "Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé", v. 6, pág. 255, agosto 1951.

(2) MARTONE, F., "Higiene y Medicina Rural", pág. 13, 1948. Buenos Aires.

ganización, del *II* correspondiente a *Administración*, ello no implica la exclusión de aquella cuando se lleva a cabo ésta.

Deseamos asimismo dejar aclarado que aunque en esta contribución se enfoque principalmente el aspecto sanitario del problema, no desconocemos la participación que tienen en él otros déficits culturales como los relacionados con la Economía, la Sociología, la Educación, la Seguridad Social, etc. El mejoramiento de la sanidad rural debe ser interpretado como formando parte del proceso civilizador que requieren esas zonas insuficientemente evolucionadas.

Ya desde nuestro enfoque sanitario diremos que, en esencia, los agentes patógenos que afectan al niño del campo no difieren en mucho de los que atacan al niño de la ciudad. Es el medio ambiente, realmente particular, que otorga a la patología rural características propias, las cuales obligan a adaptar la aplicación de nuestros conceptos médicos universales a esa situación tan especial (3). En este proceso de adaptación, precisamente, es donde el empleo de los métodos y técnica de la organización y administración sanitarias tendrán peregrina importancia. ¿Vale la pena empeñarnos en demostrarlo? ¿Los criterios de organización y administración sanitarias son del dominio del médico práctico, en este caso, de los médicos que intervienen en la asistencia del niño rural? Creemos que no, que ni en su etapa de formación el estudiante de medicina recibe conocimientos de cómo está estructurado y funciona, pongamos por ejemplo, el Ministerio de Salud Pública, o un hospital, o un sanatorio, o una mutualidad de servicios médicos (en los que habrá de trabajar cerca del 80 % de los graduados), ni después de recibido el profesional se proveerá de dichos conocimientos. Estamos, entonces, en presencia de un sector de la actividad médica aún insuficientemente desarrollado. Seguramente que dentro de 40 ó 50 años, pasada esta etapa de tremenda expansión de los

(3) BLANKIN, N. B., "Health Education in Rural Schools and Communities". Introducción, A. J. Barnes And Co., New York, 1945.

recursos curativos, y de transición del ejercicio profesional desde el consultorio privado a las nuevas modalidades que nos depara un cercano futuro, el médico general habrá adelantado mucho en organización sanitaria, la que no es otra cosa que una forma más del perfeccionamiento de las relaciones humanas. Y habremos de darle a la administración de la salud la importancia que ya se ha adjudicado al proceso organizador en otras empresas grandemente perfeccionadas como el comercio, o el ejército. Pregúntesele a un comerciante o a un militar qué valor le dan a la organización y se obtendrá una vehemencia en la respuesta que seguramente no encontraremos si hacemos pregunta análoga a un médico.

Admitida la necesidad de una organización eficiente en la lucha contra las enfermedades, ¿quiénes si no nosotros debemos de ocuparnos de estudiar la mejor manera de conseguirla? Ello no significa, que deba restarse lugar a la preparación para las prácticas curativas, sino más bien integrarlas con conocimientos que permitan solucionar el problema sanitario que con seguridad participa eso que se ha dado en llamar "un caso" de enfermedad. No debemos ser escépticos ante los aspectos colectivos que nos ofrece el arte-ciencia que profesamos. Por si no fueran suficientes ejemplos las exitosas realizaciones de la radiografía pulmonar o la serología de la lúes en masa, ahí tenemos las actuales inmunizaciones en gran escala con la vacuna de Salk.

Sobre la base de casi treinta años de pediatría y similar período en la sanidad estatal (desde el consultorio pediátrico de barrio a la jefatura de un Departamento asesor), hacemos la presente contribución, la cual probablemente ofrezca un aspecto o corte demasiado académico, pero ello es motivado por la intención metodológica que nos mueve en la presente circunstancia. Más que detallar hechos relacionados con la asistencia del niño campesino, deseamos ordenar conceptos que faciliten la solución de los problemas que plantean aquellos hechos. Se comprenderá fácilmente que dada la extensión de este trabajo, no puede esperarse que él agote el

tema. Lo que se desea principalmente es exponer *principios* orientadores, ofrecer *elementos* constructivos que permitan a cada uno de los interesados en la protección del niño rural llevar adelante su propia tarea, la cual ha de estar siempre caracterizada por las innumerables componentes de carácter local que tiene un problema de esta clase.

Antes de terminar la introducción deseamos dejar bien establecido que se habrá de considerar como base imprescindible de todo propósito de perfeccionamiento de la sanidad rural, al mejoramiento profesional del personal implicado. Será lento el progreso por el camino el éxito, mientras sea toda una aventura azarosa irse a desarrollar tarea médica en el campo. Que no se vea escepticismo en el planteo realista que hacemos. Problemas harto difíciles ha resuelto la medicina para conseguir el remedio de ésta o aquella enfermedad, ¿porqué no habrá de alcanzar igual éxito en sanidad, si los médicos recién nos estamos iniciando en este aspecto de nuestra misión?

II. ORGANIZACION

1. *Constitución del grupo planificador*

Con la dirección del Jefe de la sección normativa o de estudios técnicos del Ministerio o Departamentos de Salud Pública, habrá de constituirse el grupo que tendrá a su cargo la planificación y organización de la protección sanitaria del niño rural. Participarán de este grupo todas aquellas personas que por sus conocimientos y experiencias puedan hacer un aporte significativo. Entre los profesionales que consideramos de utilidad tenemos además del médico, al ingeniero sanitario, al estadígrafo, al administrador hospitalario, al asistente social, a la visitadora de higiene, al educador sanitario, al maestro, al sociólogo, al ingeniero agrónomo y a todo aquel capaz de acercar soluciones al problema.

Sobre la base de un claro y bien ordenado programa de trabajo, el grupo realizará su cometido no demorando demasiado su tarea organizadora, no sólo porque perdería actualidad su material informativo, sino también para no perder prestigio ante el resto del Ministerio o Departamento.

2. Definición de propósitos

Iniciado el grupo organizador en sus funciones, convenirá que en primera instancia procure definir lo más claramente posible los motivos que orientarán las actividades a realizar. Creemos que en materia de protección sanitaria del niño rural tales principios rectores pueden ser:

a) Promover un movimiento de expansión cultural y civilizadora con base en la cabecera jurisdiccional que corresponda y ramificación en el sector agrario, que implique para quien participe de él enrolarse en una misión de solidaridad y cooperación social.

b) Estudiar y resolver los factores que alimentan la patología infantil dentro de su ecología particular, mediante un planteo suficientemente meditado y una realización ordenada.

c) Ofrecer soluciones factibles de alcanzar mediante los recursos posibles y en un plazo de tiempo prudencial.

d) Promover las pertinentes realizaciones en coordinación con los demás sectores de actividad privada y oficial, locales o no, que breguen por el bienestar de la comunidad en particular, y de la nación en general.

3. Estimación del problema y jerarquización de sus componentes.

Definida la cuestión a considerar, corresponderá hacer su estimación, es decir establecer la magnitud que tiene como problema demológico. Tal propósito implica la acumulación de los antecedentes suficientes y necesarios para hacer el planteo sobre una base lo más veráz posible. Además del aporte

individual que pueda hacer cada uno de los componentes del grupo (experiencia personal, bibliografía, etc.) éste gestionará de donde corresponda los datos e informes pertinentes: locales nacionales y del extranjero. Dentro de estas fuentes de información tal vez merezcan especial consideración la estadística y las encuestas.

Respecto a la información estadística proveniente del medio rural, diremos que es común considerarla como menos fidedigna que la de las ciudades. Por lo tanto será prudente no pedirle a ella más de lo que puede dar. No nos habremos de apresurar a sacar conclusiones definitivas, de aspectos parciales; busquemos más bien apoyo en los grandes números, en las series estadísticas de 10 ó 15 años, por lo menos; en las líneas de tendencia apoyadas en promedios quinquenales. Nos estamos refiriendo, por supuesto, a datos de mortalidad infantil y no de morbilidad, ya que éstos son siempre menos dignos de crédito, salvo que haya sido posible obtenerlos mediante un correcto sistema de muestreo. Sobre la base de nuestra experiencia personal creemos que en la jurisdicción que debemos tener como modelo y en la cual los servicios estadísticos estarán insuficientemente desarrollados, pueden obtenerse inferencias útiles de los siguientes datos: nacimientos animados e inanimados, defunciones de 0 a 7 días, de 0 a 28 días, de 0 a 12 meses; dentro de este último período interesará la cantidad de defunciones debidas a: gastroenteritis y colitis, bronconeumonía y neumonía, enfermedades del recién nacido, enfermedades infecciosas transmísibles (sarampión, coqueluche, etc.). Por supuesto que toda otra información que ofrezca seguridades de veracidad será bienvenida como ser la referente a la cantidad de niños que se atienden en los servicios por primera vez y en consultas ulteriores, de niños internados, de niños primo-inmunizados, de alimentos lácteos distribuidos, de letalidad hospitalaria, etc.

Puede apreciarse fácilmente que entre los datos que debemos solicitar a la sección de Estadística Vital predominan los referentes al primer año de vida. Ello es motivado porque en

este sector etario es posible conocer con bastante exactitud (la cantidad de nacimientos animados) la población expuesta a aquellos riesgos, lo cual permite la confección de tasas o índices que facilitan la medición y comparación con cifras similares nacionales o del extranjero. Los censos periódicos proveerán asimismo de material estadístico útil. También es de conveniencia la clasificación de datos según regiones geográficas, meses del año, etc.

Para nuestros propósitos de jerarquizar los componentes del problema tal vez resulte de necesidad establecer algunos grupos nosológicos fáciles de individualizar. Como plan mínimo, sugerimos los siguientes:

1. Las gastroenteritis y colitis.
2. Las bronconeumonías y neumonías.
3. La mortalidad de 0 a 28 días (si no se dispone de este dato, el correspondiente de 0 a 30 días).

Estos grupos ayudarán a estimar tres factores de mortalidad infantil que nos ofrecen, desde el punto de vista práctico, la posibilidad de orientarnos en la realización de algunas actividades concretas de administración sanitaria. Para una más fácil exposición denominaremos del modo siguiente a los tres factores de mortalidad infantil que sugerimos:

- a) *factor nutrodigestivo* (según las tasas de mortalidad por gastroenteritis y colitis).
- b) *factor infeccioso* (según las tasas de mortalidad por bronconeumonía y neumonía).
- c) *factor congénito* (según la tasa de mortalidad neonatal).

La estimación de la intensidad con que se presentan estos factores de mortalidad infantil nos permitirá la individualización y jerarquización de los componentes del problema que perseguimos. ¿Por qué deseamos *jerarquizar* los problemas? Pues porque la experiencia se adelanta a señalarnos que a pesar de nuestras buenas intenciones, será poco menos que imposible resolver la totalidad de las situaciones que nos presentará el planteo previo. Por lo tanto, habrá que dejar al-

gunas sin resolver de inmediato. ¿Cuáles tendrán prioridad? ¿En qué orden se irán disponiendo las realizaciones preferidas?

El grupo planificador deberá discutir y, subsecuentemente establecer dicho orden, sobre la base de aquella información estadística y demás elementos de juicio, dentro de los cuales no deja de estar en contacto directo, aunque sea “a vuelo de pájaro”, con la zona cuya infancia se desea proteger. Dos o tres visitas, lo más perspicaces posible, al área rural, evitarán una planificación demasiado teórica, fría y “de escritorio”. Personalmente debemos agradecer a este tipo de observación cierta información, que por considerarla de importancia para un grupo planificador de la asistencia del niño rural, no vacilamos en sintetizarla según los términos siguientes:

El medio rural con la presencia inevitable de ciertos fenómenos como las sequías, las lluvias, los vientos, etc. conforma en sus habitantes una personalidad de tipo fatalista, poco apta para creer en lo capaz que puede ser el hombre para dominar esos otros fenómenos naturales como las epidemias, las “pestes”, las enfermedades, etc. El campesino suele no tener la urgencia que muestra el hombre de la ciudad, quien sabe que con una llamada telefónica o una rápida traslación en auto puede solucionar el accidente que sufre su hijo, por ejemplo. Su tabla de valores⁽⁴⁾ respecto a sanidad y otros aspectos culturales es diferente.

Las distancias separan las familias en el campo, se hipertrofia el individualismo y el localismo, sólo se confía en la propia capacidad, existe desconfianza en provocar nuevos contactos humanos; el de la visitadora de higiene, pongamos por caso. Las costumbres y tradiciones se mantienen en la familia y se es reacio a los cambios: “Lo que ha hecho bien

(4) DERRYBERRY, M., “Aspectos de la Educación Sanitaria en el Programa de Saneamiento en las áreas rurales y pequeñas comunidades”, *Bol de la Of. Sanit. Panamericana*, 36; 149, febrero, 1954.

al padre le hará también bien al hijo'. Costará pues, modificar los regímenes alimentarios y otros hábitos que pueden ser necesario cambiar desde el punto de vista higiénico. Los vínculos familiares, por lo mismo, son más estrechos; dedúzcanse de ésto las dificultades que impiden la concurrencia a la ciudad para internar un niño en el hospital. Prefieren al curandero (5).

La menor cultura general y la desconfianza antecitada hace que la familia campesina tenga siempre muy presente aquello de "ver para creer", por lo tanto la protección sanitaria que se basa en la aplicación de experiencias "en otros lugares" para mejorar las malas condiciones de un sitio, tropezará con dificultades derivadas, precisamente, de esa falta de experiencia local. Factor que también deberá tenerse en cuenta al planificar la protección sanitaria rural son las migraciones. De acuerdo con las "cosechas", zafras, etc., familias con sus respectivos niños suelen establecerse sólo de modo transitorio en ésta o aquella región. Recuérdese asimismo para caracterizar el medio rural que el hombre ciudadano por sus frecuentes contactos con la sanidad oficial (vacunaciones, inspecciones, etc.) confía más en ésta que el campesino que tiene menos oportunidades para tales experiencias.

También elemento útil para la jerarquización de los problemas diversos que componen la asistencia del niño campesino, son las encuestas. Si se desea consultar a los médicos instalados en áreas rurales su opinión sobre la importancia de los diversos factores que conspiran contra la salud infantil, habrá que hacerles llegar a todos o a sólo una parte de ellos elegida al azar o de modo sistemático (uno para 4 del orden alfabético, por ejemplo), un formulario con las preguntas correspondientes. Con los reparos estadísticos pertinentes, serán elaboradas luego las respuestas y, con seguri-

(5) MENCHACA, F. J., "Encuesta y sugerencias sobre el curandero en la República Argentina", *El Médico Práctico*, No 140; pág. 12, diciembre, 1956.

dad, que ellas constituirán una valiosa fuente de elementos de juicio. Sobre la base de todos los antecedentes obtenidos, el grupo planificador estará en condiciones de establecer prioridades para el total del área a proteger, o para sus diferentes zonas. Así por ejemplo puede suceder que en la zona A el predominio del factor "nutrodigestivo" haga que deba ponerse un mayor énfasis en los programas destinados a luchar contra ese factor, mientras que en la zona B es el "congénito" el que requerirá perfeccionamiento de la asistencia prenatal, del parto y del recién nacido. Y de modo parecido se establecerán preferencias, condicionadas, por supuesto, a las disponibilidades de medios, elementos y recursos. A veces es más fácil conseguir personal o fondos para un problema que para otro.

Concepto importante que habrá que tener presente en todo intento de establecer orden de prioridades en la realización de un plan como el que estamos considerando, es el estudio de la posibilidad que hay de controlar hasta un nivel útil éste o aquel aspecto parcial del problema. Lo mismo que estimar si el daño que produce tal o cual factor es, en realidad, inferior al costo del programa que estamos planificando contra él.

4. *Fijación de objetivos.*

Una vez que se han caracterizado y jerarquizado según su trascendencia los componentes de la protección sanitaria del niño campesino, es necesario entrar en aspectos más prácticos de la cuestión: hacia qué fin concreto, hasta alcanzar qué resultados deberá trabajar quienes participen en los programas de acción. Ejemplifiquemos: Si la región rural, en su totalidad, nos ofrece una tasa de mortalidad infantil por "factor nutrodigestivo" que significa los 2/3 del total de la mortalidad de 0 a 12 meses, un objetivo a fijar puede ser disminuir dicha proporción a menos de la mitad, tal cual sucede en los países más evolucionados. Si de los niños que

nacen en ésta o aquella región sólo concurren al exámen médico una tercera parte durante su primer año de vida, otro objetivo puede ser procurar que concurren las dos terceras partes. Si sólo una cuarta parte de dichos menores de un año se vacuna contra la coqueluche, podremos fijarnos el propósito de aumentar tal proporción hasta los 2/3.

Como es fácil colegir, para establecer estos objetivos servirá de mucho la experiencia de países que ya han pasado por situaciones evolutivas similares ⁽⁶⁾. Quien desee más información respecto a índices de este aspecto de la administración sanitaria puede consultar lo publicado por Pastor Oropeza ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾.

Nos permitimos destacar en este asunto de la fijación de objetivos, que resulta necesario establecer el período de tiempo en el que, aproximadamente, se habrán de alcanzar tales objetivos. Por lo general conviene establecer diversas etapas sucesivas de desarrollo. El período a fijar no deberá ser demasiado corto, ni tampoco demasiado largo especialmente en sanidad donde a veces sorprendivos adelantos técnicos suelen transformar en anacrónicas algunas técnicas o métodos establecidos al comienzo del desarrollo de un programa. Cinco años parece ser un período de tiempo adecuado.

La fijación de este tipo de objetivos, del modo más concreto posible, no solo ayuda a evitar la diversificación de actividades, sino que contribuirá de modo eficaz a facilitar la posterior evaluación de la tarea realizada.

También pueden utilizarse como orientadoras de la acción sanitaria las diferentes tasas de mortalidad provistas por la estadística. Es posible así, que se procure en un plazo de

⁽⁶⁾ MENCHACA, F. J., "La variación decenal de la tasa de mortalidad infantil como medio para valorar la evolución de ésta", *Anales de Medicina Pública*, 4^o, 485, 1952.

⁽⁷⁾ OROPEZA, P., "Organización y funcionamiento de la campaña de protección a la infancia en Venezuela" tomo II, pág. 113, de los *Congresos de Pediatría de Montevideo*, diciembre, 1951.

⁽⁸⁾ OROPEZA, P., "Puericultura y Administración Sanitaria", pág. 377 ed. del autor, Caracas, 1955.

cinco años, disminuir una tasa de mortalidad infantil del 60 por mil en 15 puntos menos. No hay que apresurarse a tomar un descenso como éste a manera de índice administrativo para evaluar actividades, pues la modificación habida puede deberse a otros factores.

5. *Conocimiento y aplicación de la legislación correspondiente.*

La sanidad es, indudablemente, una aplicación a la masa colectiva de ciertos principios ordenadores que para ser bien administrada, y por lo tanto bien aceptada por sus beneficiarios, debe cumplirse sobre la base de una adecuada legislación.

Todo planificador debe conocer, entonces, la legislación correspondiente, a fin de no crear organismos o establecer disposiciones que estén en pugna con leyes o decretos anteriores. Así en materia de asistencia al niño rural el grupo planificador deberá informarse de las medidas de seguridad social que protegen a la familia campesina, la reglamentación de los créditos que para servicios sanitarios se otorga a las cooperativas agrícolas, las reglamentaciones relacionadas con la vivienda rural, régimen de desperdicios y excretas, provisión de agua, etc.

Lo ideal es disponer de un Código Sanitario donde dentro de la consideración reglamentada de los asuntos atinentes a la salud colectiva, se encuentren capítulos para la sanidad de la familia campesina. Este Código además de su fuerza ejecutiva puede significar un valioso medio de educación sanitaria. Generalmente es de utilidad poner en manos del personal actuante en sanidad un manual que facilite la aplicación de tales medidas. *Un Código del Niño*, bien meditado y elaborado será un elemento de importancia fundamental.

Más con fines simbólicos que jurídicos, han sido proclamados alguna vez los derechos del Niño Rural (9).

(9) MARTONE, F., *Locus citatus*.

Cuestión también de primerísima importancia en este aspecto del problema lo constituyen las disposiciones sanitarias derivadas del tipo de organización política de la nación o provincia; como se comprenderá fácilmente la situación no es la misma en un sitio con organización federal que donde rige un sistema unitario o donde, aún con sistema federal, las autoridades municipales y provinciales han delegado en el gobierno nacional o federal la mayor parte de la acción sanitaria.

La experiencia personal nos señala que nuestra disciplina científica y nuestra profesión médica han llegado casi siempre tarde, si es que estuvieron presente, en la confección de los instrumentos legales de la conducción de la salud pública; instrumentos que, bien lo sabemos, tienen un valor considerabilísimo en la realización práctica de la sanidad. Ello es realmente una lástima, porque toda legislación debe basarse en los hechos reales de la materia que se pretende legislar.

¿Y quienes sino los médicos podemos aportar estos hechos reales? Harry S. Mustard nos dice en la página 183 de su obra "Government in Public Health" (10) "Si no se conoce suficientemente el origen, prevención, tratamiento y control de una enfermedad en el individuo y en la masa, los planes sociales o de un gobierno lego en la materia no llegarán a nada".

Y para terminar este capítulo, un consejo que nos parece de práctico valor para quien desee organizar este aspecto legal de la sanidad: "téngase a mano la colaboración y asesoría de un avezado jurista que interprete inteligentemente los problemas sanitarios".

6. *Determinación de programas y de técnicas.*

Establecidos los objetivos, jerarquizados los problemas y sobre la base del conocimiento de la legislación pertinente, se

(10) MUSTARD, N. S., "Government in Public Health", pág. 183, The Commonwealth Fund, Nueva York, 1945.

está ya en condiciones de establecer, a modo de ensayo, los programas a desarrollar. Demás está decir que tales programas deberán ser luego ajustados no sólo a los fondos disponibles, sino también a la cantidad y calidad del personal actuante.

El grupo planificador elaborará entonces sus proyectos de programas, teniendo en consideración todos los elementos de organización que ya hemos citado, y discutirá luego esos proyectos con quienes participarán en su ejecución antes de aprobarlos de modo definitivo. Por lo tanto, en lugares estratégicos de la zona rural a proteger, hará reuniones con los interesados (un fin de semana, por ejemplo) en grupos no mayores de 15 ó 20, a fin de tomar el mayor contacto posible.

¿Qué significado tiene para nosotros la palabra “programa” expresándonos sanitariamente? Consideramos bajo ese término a la enumeración detallada de una serie de actividades concretas para alcanzar un objetivo determinado. Así por ejemplo, un programa de educación sanitaria en medio campesino enumerará los actos a cumplir en escuelas, en las cooperativas, en los centros recreativos de adultos, en los cinematógrafos, detallará la labor coordinada con la U.N.E.S. C. O. y con el Ministerio de Educación, la formación de clubes agrarios juveniles, etc. La secuencia de estos actos según una agenda contribuirá al mejor desarrollo de la tarea. Un programa de lucha contra las enfermedades diarreicas de la primera infancia (factor “nutro-digestivo” de mortalidad infantil) detallará en primer término la forma en que se distribuirán los productos lácteos en polvo, la parte de acción coordinada con los programas de saneamiento y de educación sanitaria, la promoción de una mejor aplicación de las técnicas curativas seleccionadas y estandarizadas, etc. Permítanos extendernos sobre un aspecto de este programa que conceptuamos fundamental en la lucha contra la mortalidad infantil. Es el referente a la necesidad de procurar que, pese a disponerse a veces de leche líquida en cantidad suficiente,

se promueva el empleo de leche en polvo entre aquellos lactantes que deben recibir alimentación láctea artificial. Piénsese que los hogares campesinos más afectados por los trastornos nutro-digestivos, no tienen facilidades para preservar los alimentos de las deficiencias del saneamiento ambiental, y que una leche líquida, óptima a la mañana, sin tal protección y bajo la influencia de una siesta calurosa, puede ser en la tarde un caldo de cultivo para los gérmenes tan frecuentes como numerosos en el microclima del rancho. No creemos que existan inconvenientes mayores para usar leche descremada a fin de obtener, mediante el abaratamiento de la producción, una mayor cantidad de niños protegidos con ese producto lácteo. De modo análogo se irán confeccionando los programas orientados hacia los objetivos seleccionados de acuerdo con una jerarquización de los problemas a resolver. También es de conveniencia la divulgación adecuada de las técnicas seleccionadas, que deberán ofrecer las mayores posibilidades para alcanzar rendimientos útiles en los diferentes momentos o niveles que no sufre la protección sanitaria, o sean: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia correcta del enfermo (que es al mismo tiempo profilaxis de incapacidad) y rehabilitación del lisiado. Esto de seleccionar y difundir los métodos y procedimientos más adecuados, es de primordial importancia en materia de sanidad rural, la cual como lo dijimos en la Introducción es, fundamentalmente, un proceso de adaptación de técnicas a un médico físico-cultural de muy especial fisonomía. Baste recordar la sonrisa escéptica con que el médico del campo lee los minuciosos y complejos tratamientos que los investigadores de centros universitarios publican en los órganos de difusión científica.

El grupo interesado en la protección sanitaria del niño campesino seleccionará sobre la base de una adecuada asesoría pediátrica, no solo las mejores y más actuales técnicas, sino también los equipos necesarios para llevar a cabo, allá en

el campo y con el personal disponible, una asistencia de la mejor calidad posible.

Creemos de conveniencia estandarizar, hasta donde sea posible, dichas técnicas y equipos, y dar a ello suficiente difusión entre quienes deben utilizarlas. Por ejemplo: la inyección de soluciones electrolíticas con hialuronidasa, el uso de la incubadora tipo Nobel, la asistencia del recién nacido con anoxia-shock, equipo mínimo de una consulta de niños o de una sala de partos, cómo se protege un basural de los animales, etc. Todas estas técnicas y rutinas deberán ser impresas en forma de un Manual que merecerá una periódica actualización. Esta estimación de método, equipos, medicamentos, etc., ayudará también para la confección del presupuesto de gastos. Dentro de los procedimientos que se ofrecerá al personal actuante será incluida la información de las vías y oportunidades para hacer los correspondientes pedidos a la superioridad así como para obtener los elementos de trabajo desde sus lugares de almacenaje por el camino más corto.

7. Ordenación de autoridades y de organismos actuantes.

Es muy posible que el grupo planificador a que nos estamos refiriendo encuentre ya una estructuración de autoridades y de diversos organismos constituidos en el respectivo Ministerio. Pero dada la trascendencia que tiene tal estructuración para los propósitos de reorganización y administración perseguidos, será necesario revisarla a fin de establecer la ordenación de autoridades y organismos que más convenga para conseguir una satisfactoria protección sanitaria del niño rural.

La sanidad es un proceso que tiene su base y debe tener su fin en los diversos problemas de carácter local que la integran. Por lo tanto rayaría en el ridículo pretender desde estas líneas la provisión de soluciones ecuménicas. Sólo deseamos comentar con algún detalle un enunciado que implica todo un programa de organización y administración: centra-

lización normativa, descentralización ejecutiva. Cuesta poco decir ésto, lo difícil es realizarlo. No obstante este preconcep- to, los médicos debemos estudiar y considerar tales aspectos de la organización sanitaria; si no lo hacemos nosotros, otras personas legas en sanidad y con mayor influencia en los aspectos administrativos del Estado, nos pondrán en el brete de trabajar de acuerdo con una ordenación o sistema que no es para nosotros ni para el público que deseamos atender, el mejor, ni el más adecuado.

Una ordenación de autoridades sanitarias que puede contribuir a una más fácil obtención de los objetivos propuestos en un plan de protección al niño del campo, sería la siguiente: Dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social habría una sección planificadora y normativa de la asistencia médica a la maternidad e infancia y otra de los aspectos no sanitarios de ésta (llámese Consejo del Niño o de Protección al Niño o de Asistencia a la Infancia, ya que en él tendrán cabida diversos sectores no médicos, interesados en la protección a la niñez). Ambos elementos normati- vos formarán parte del Consejo de Sanidad y Bienestar So- cial donde serán integrados los proyectos y de donde saldrán las directivas para dos jefaturas ejecutivas: la Dirección Ge- neral de Sanidad en lo referente a aspectos sanitarios, y la Dirección de Bienestar Social en los otros aspectos de la pro- tección integral de la comunidad. De la Dirección General de Sanidad dependerán las Jefaturas de los Distritos Sanita- rios o Departamentos locales de Sanidad ⁽¹¹⁾ en que será di- vidida la jurisdicción cuya población se desea proteger en su salud. Según la importancia y volumen de trabajo de ca- da Distrito Sanitario, la Jefatura de éste tendrá o no una sección de Maternidad e Infancia que lo asesore al respecto, o en quien, si lo considera oportuno dicha Jefatura, pueda

⁽¹¹⁾ WITTAKER, H., "La organización y administración de las acti- vidades de saneamiento del medio en las zonas rurales y en las comuni- dades pequeñas", *Boñ. de la Of. Sanit. Panamericana*, 36, 139, 1954.

delegar la tarea ejecutiva que se refiere a la protección sanitaria de madres y niños. Paralelamente a esta acción sanitaria, Consejos del Niño locales actuando como delegados del Consejo Provincial del Niño o de la Dirección de Bienestar Social se ocuparán de los aspectos no sanitarios de la protección a la infancia. Al nivel local, y para una mejor coordinación, el Jefe del Distrito Sanitario será miembro nato de dichos Consejos locales. Lo ideal sería que, como se ha propugnado, cada centro ⁽¹²⁾ o servicio que atiende niños en el campo esté bajo la dirección de un pediatra especializado en asistencia social. Consideramos que con las dificultades que existen en las zonas de mayor mortalidad infantil para radicar médicos generales, no resulta práctico por ahora exigir tal requisito a los directores de los servicios que asistirán los niños campesinos.

Ha demostrado utilidad en la organización sanitaria rural la regionalización de los servicios hospitalarios ⁽¹³⁾, es decir que éstos sean agrupados en zonas que incluyen dentro de sí los elementos necesarios para prestar tales servicios. Así, de este centro de cirugía, serán tributarias tales unidades sanitarias; a aquel centro radiológico o al laboratorio X concurrirán los enfermos de la zona Y o Z. Además de centros sanitarios fijos, puede haber servicios móviles ⁽¹⁴⁾.

Lo importante es que todos estos elementos actuantes de modo directo sobre el sano o enfermo, tengan suficiente independencia en la ejecución de los programas. Pero eso sí, los programas habrán sido suficientemente estudiados y organizados a un nivel superior por la sección normativa antecitada. Esta sección deberá procurar de toda forma, la mejor inte-

⁽¹²⁾ CASA MELLO, G. S. de, "Protección médico-social del niño rural", *Bol. del Inst. Am. de Prot. a la Infancia*, 30; 236, setiembre, 1956.

⁽¹³⁾ HISCOCK, I. V., "Community Health Organisation", 4ª edición, The Commonwealth Fund, Nueva York, 1950.

⁽¹⁴⁾ FREIRE DE VASCONCELLOS, J., "Posto Volante de Puericultura", Seminario de Trabajo del Inst. de Prot. a la Infancia, C. XXXVI, I, 1952.

gración de todos los programas sanitarios entre sí. Es necesario comprender, y ello no debe resultar difícil, que la asistencia del niño, campesino o no, no constituye una ínsula dentro de la protección sanitaria de la comunidad. En este propósito de integración sobre el cual Molina ⁽¹⁵⁾ ha puesto particular énfasis será de conveniencia para nuestros países latinoamericanos, establecer "servicios" y no "centros" de asistencia infantil. Siendo tantos los elementos que requiere ésta es imposible que todas las armas para defender la salud infantil puedan ser reunidas en un "centro" ⁽¹⁶⁾. Un "servicio", por el contrario, integra junto con los demás "servicios" el Distrito Sanitario o Zona de Salud, cuyo Jefe sí tiene autoridad para promover una serie de medidas de higiene pública que escapan a la jurisdicción de un Jefe de "centro". Y nos referimos a medidas de extraordinaria trascendencia sobre la salud infantil: lucha contra las moscas, provisión de agua y leche potable, régimen de basuras y excretas, control bromatológico, coordinación de servicios, etc.

La actividad citada en último término "coordinación de servicios" habrá de merecer especial atención ya en la faz preparatoria o de organización, ya en la ejecutiva o de administración. Los servicios suelen ser costosos y mal prestados por repetición o interferencia de los organismos actuantes. Convendrá, en consecuencia, que en la planificación se establezcan claramente las funciones y las relaciones de dependencia entre los servicios coordinados. Las dificultades de coordinación no sólo pueden presentarse con instituciones privadas, sino con los mismos servicios oficiales, cuando unos son nacionales, otros provinciales y además hay otros de carácter municipal. Sin embargo, dificultades similares han sido superadas en la coordinación de otro tipo de actividades, la

⁽¹⁵⁾ MOLINA G. y ADRIAZOLA E., "Principios de Administración Sanitaria", ed. Escuela de Salubridad, Santiago de Chile, 1955.

⁽¹⁶⁾ MENCHACA, F. J., "El organismo básico de la protección sanitaria materno-infantil", *Anales de Medicina Pública*, 6; 107, 1954.

de construcción de caminos, por ejemplo, como lo señala acertadamente el caracterizado sanitario, Dr. Haven Emerson (17).

Un organograma que gráficamente señale los organismos que participan del sistema, así como sus dependencias y coordinaciones, será un medio que facilitará la comprensión requerida. Asimismo un mapa sanitario que objetive nítidamente la distribución geográfica de los organismos sanitarios incluyendo la regionalización de los servicios hospitalarios, prestará mucha utilidad no sólo a la organización sino también a la administración de la asistencia del niño rural. Muchos otros problemas a resolver presentará la planificación en materia de ordenación de autoridades y de servicios. Por supuesto que no podremos considerarlos a todos en estas líneas; sólo deseamos señalar que a la mayor parte de ellos deriva de la falta de preparación para trabajar en grupo que tenemos la mayoría de los que participamos de la labor médica.

8. *Organización del personal*

Lugar de preferencia en todo programa de salud pública debe merecer la organización del personal que participará en la ejecución de lo planificado. El valor y rendimiento de cualquier sector de la sanidad depende fundamentalmente de la cantidad y calidad de su personal.

Parodiando una difundida frase similar podría decirse: "No se puede prestar protección sanitaria de primera clase con personal de segunda".

En consecuencia, el grupo planificador de la asistencia del niño campesino comenzará la organización o reorganización del plantel de médicos, parteras, enfermeras, farmacéuticos, visitadoras, asistentes sociales, etc., solicitando de la sección correspondiente del Ministerio el elenco de quienes están afectados directa o secundariamente a la sanidad rural.

(17) EMERSON, H., "Local Health Units for the Nation", The Commonwealth Fund. New York, 1945.

Para estimar la cantidad de personal que se necesita de acuerdo con los habitantes, camas de hospital, etc. existen índices que no creemos de utilidad para este propósito nuestro de organizar la asistencia del niño campesino. En el campo, bien lo sabemos, la población está distribuída de modo muy irregular; además la existencia o no de caminos y otras facilidades de comunicación, son todos factores que dificultan la aplicación de aquellos índices. En materia de sanidad rural no puede haber mucho temor de adjudicar a éste o aquél servicio demasiado personal. El asunto reside en conseguirlo a éste! La escasez de personal sanitario capacitado para trabajar en el campo, y aun en la ciudad, tiene proporción universal. Varios pueden ser los factores que condicionan este fenómeno: remuneraciones poco atractivas, deficiencia en el número y calidad de los institutos de formación, las incómodas y variadas contingencias a que expone el trabajo en sanidad, entre ellas la inestabilidad en los cargos más elevados por razones políticas, etc. Ya en 1915 el maestro Rosenau decía: "Hace muchos años que ha pasado el tiempo cuando el médico podía gastar sólo unas pocas horas de su atareado día para atender sus obligaciones en su oficina de sanidad. La situación demanda el tiempo completo y la energía de quien consagra su vida al bienestar público. A fin de atraer hombres capaces hacia la nueva profesión es importante que el oficial sanitario tenga asegurada su estabilidad en el campo con paga adecuada y libertad de los políticos" (18).

Un problema que se presenta en esta cuestión de dotación de personal sanitario eficiente para el campo, derivado por supuesto de su escasez, es el de aceptar o no la labor de personas que no tienen título habilitante. En más de un país las parteras diplomadas se han presentado ante los poderes públicos reclamando porque los médicos rurales no persiguen a las "aficionadas" que atienden partos. Tal como

(18) ROSENAU, M. J., "Courses and Degrees in Public Health Work", J.A.M.A., 64; 794; marzo 6, 1915.

se viene haciendo ya en algunos países (19) y a pesar de la actitud antecitada de las parteras o matronas diplomadas, se ha decidido dar nociones elementales de práctica obstétrica a tales "aficionadas" por considerar que hay que proceder con criterio realista, puesto que las circunstancias obligan a atenuar en lo posible esa anormalidad que debe aceptarse como un hecho 'de facto'; el parto atendido por personal no diplomado. Las exigencias éticas de una profesión no pueden aplicarse cuando dicha profesión es insuficiente para proveer soluciones a problemas tales como el que debe afrontar una mujer que no tiene ayuda alguna para su embarazo y su parto.

Cuando el estado no pueda establecer o construir servicios en medio rural, debe facilitar la radicación de médicos en ese medio (20) facilitando créditos bancarios para la instalación de sanatorios o clínicas privadas, que con el tiempo habrán de constituir centros asistenciales de las respectivas zonas.

Nos permitimos recomendar la institución de becas para señoritas del campo que deseen estudiar obstetricia, enfermería o de visitadoras de higiene en los centros universitarios, obligándose: a) el Estado a darles puesto en el campo, y b) ellas a no aceptar cargo en la ciudad una vez recibidas. Con tal proceder no sólo se hace más fácil desde el punto de vista económico la consecución de ese personal para la sanidad rural (ya tienen "casa y comida" al iniciarse), sino que conocen e interpretan mejor al campesino y a su medio ambiente.

En materia de personal la organización tomará las provisiones necesarias para tener un programa permanente de perfeccionamiento técnico. Más adelante volveremos sobre este punto.

(19) EASTMAN, N. J., "Global Aspect of Midwifery", *Am. J. of Public Health*, 46; 310, marzo, 1956.

(20) OVERHOLT, B. M., "Role of Organized Medicine in the Development of Rural Health Plans", *Am. J. P. Health*, 46; 994, agosto, 1956.

9. De los recursos económicos

Es bien sabido que la consecución de recursos económicos suficientes para cumplir un plan sanitario, es cuestión fundamental. Tal vez nos resulte sencilla y fácil la actitud que debemos tomar acerca de este aspecto organizador: conseguir la mayor cantidad posible de fondos, ya que generalmente nunca se presenta la circunstancia que los recursos excedan a las necesidades. Se procurará entonces, obtener los mayores aportes factibles, ya de fuentes privadas, ya oficiales. Lo que no ofrece la misma simplicidad conceptual es la parte administrativa de los fondos: cómo distribuirlos de la forma más justa y más sencilla; sobre todo porque la insuficiencia de ellos obliga a un ajustado control. ¿Pero nos estamos refiriendo a una cuestión que interesa a los médicos o no? ¿Quién sino nosotros que conocemos las reales necesidades, podemos hacer la mejor distribución posible? ¿Debemos dejar en otras manos la administración de dichos fondos? Nuestra contestación es la siguiente: hasta que incorporemos a los equipos de prestaciones médicas, colegas u otro personal especializado en administración sanitaria, es menester que nos acerquemos poco a poco, y sin 'capiti diminutio' alguna, a los actuales administradores y tratemos de participar en la medida de nuestras posibilidades en la confección del presupuesto anual, así como en la distribución de los fondos acordados. Ojalá las escuelas de Medicina puedan fomentar adecuadamente (cursillos para graduados, cursos de especialización, inclusión de conceptos básicos en los programas regulares, etc.) la formación de criterios administrativos entre quienes colaboramos en la protección de la salud de nuestros semejantes. Hasta entonces, preocupémonos de no soslayar por completo este aspecto importante de la sanidad. Siguen a continuación algunas sugerencias basadas en nuestra experiencia personal.

- a) Conviene fundamentar claramente todo gasto o pedido de ampliación de partidas. Los datos estadísticos suelen impresionar más a las autoridades finan-

cieras que las manidas frases: "la salud del pueblo", o "la mortalidad infantil", que a fuerza de ser citados pierden fuerza de convicción.

- b) Son de aconsejar las Sociedades Cooperadoras o los "Amigos del Hospital" no sólo por su significado de cooperación y adhesión al problema sanitario, sino porque pueden simplificar el trámite de recursos que resulta largo si se hace por la correspondiente vía jerárquica. Si la Comisión Directiva de esos grupos voluntarios merece su confianza, el Ministerio de Salud Pública puede hacerle llegar un adecuado subsidio en efectivo, y de este fondo la dirección del hospital en total acuerdo con dicha Comisión, tomará lo necesario para aquellos gastos que no pueden esperar la larga vía jerárquica antes mencionada.
- c) Si el hospital oficial es el único lugar donde es factible internar enfermos, podrá cobrarse, según una tarifa preestablecida, a las personas pudientes que requieran tal servicio.
- d) Trátase de conseguir una copia del presupuesto en vigencia a fin de que la administración se realice de modo claro, comprensivo y democrático.

III. ADMINISTRACION

1. *Ejecución del plan organizado*

Lo ideal sería poner en marcha, o sea realizar el plan, sólo cuando su organización ha sido completada en todo detalle. Las circunstancias generalmente, obligan a poner en marcha aquello que se tiene organizado o reorganizado esperando poder obtener luego los elementos en falta. Mientras tanto, habremos de manejar nuestras disponibilidades de manera tal que los programas sean realizados siguiendo los objetivos establecidos.

En el presente capítulo nos ocuparemos, entonces *de la manera* que deben ser conducidos, efectuados, administrados, los elementos actuales que constituyen la estructura organizada. Los lógicos límites a que debemos atenernos, obligan a destacar sólo aquellos conceptos que consideramos fundamentales de acuerdo con nuestra experiencia en la materia.

Para ejecutar un plan de protección sanitaria en general y en este caso, del niño rural, debe evitarse que la administración de los elementos físicos (hospitales, medicamentos, equipos, etc.) distraigan nuestra atención de lo fundamental: que tanto los que solicitan los servicios de la organización, vale decir la comunidad, como quienes realizan las actividades pertinentes, o sea el personal sanitario, reciban los máximos beneficios y satisfacciones posibles. Es realmente con pena que vemos cómo la rutina o el escepticismo o la falta de espíritu progresista, llámese como quiera, pero siempre será un defecto de nuestra personalidad, transforman la estructura organizadora de la sanidad en una máquina fría, deshumanizada, cuyo fin primordial es mover "expedientes", hacer "pases" y postergar gastos creyendo con ello "hacer economía". Y olvidando, de tal modo, que allá en las camas o salas de espera de los hospitales, hay gente requiriendo los medicamentos o servicios que necesita de modo apremiante y que, y ésto es lo fundamental, constituyen la única razón de ser de todo Ministerio de Salud Pública.

Quien administre cualquier plan de sanidad deberá cuidar celosamente los aspectos básicos de las buenas relaciones humanas: procurará obtener la mayor comprensión y colaboración posibles de la comunidad para con los programas a desarrollar. Procurará conseguir igual comprensión y colaboración de quienes participarán en la ejecución de dichos programas, recordándoles que atender la salud pública no es ir a un conchabo cualquiera, sino enrolarse en una misión cuyos beneficios nos toca a todos, a nuestras familias, a nuestros hijos. No creemos que se necesite llegar a tocar la fibra sentimental: "... Si llega a venir una epidemia de viruela ..."

Corresponderá también que en esta preocupación por el personal implicado en la asistencia sanitaria, del niño rural en nuestro caso, no nos olvidemos de conseguir para él todos los beneficios que los recursos de la seguridad social pueden proveer (sobre-sueldo por trabajo en zonas inhóspitas, facilidades en la consecución de automóvil y medios de transporte, etc.). Sobre todo no mezquinemos medidas de reconocimiento de la labor que realizan allá en el campo; no nos olvidemos de ellos, no los ignoremos, no los confundamos a unos con otros; procuremos tener individualizados de la mejor manera posible a quien colabore de un modo u otro en nuestro común propósito de cuidar la salud colectiva. Estimulémoslos del modo más personal que se pueda. Reuniones periódicas en lugares estratégicos del área rural, un boletín u hoja impresa periódica, la "carta del Jefe", algunas consultas telefónicas, un saludo de fin de año, etc. deben considerarse como el mejor lubricante para el mecanismo que mueve a un Ministerio de Salud Pública.

Para una mejor ejecución del plan debe ofrecerse a los implicados en él facilidades para que obtengan una adecuada asesoría técnica cuando la necesiten ⁽²¹⁾. Entendemos por asesoría a la acción de dar consejo o una opinión calificada.

Concepto importante en materia de ejecución o realización, especialmente cuando los recursos disponibles no permiten poner en marcha un programa muy ambicioso, es comenzar con aquella parte que ofrece mayores posibilidades de éxito y luego ir integrándola con las demás ⁽²²⁾.

Quien administre la asistencia médica del niño rural deberá estar alerta al funcionamiento de las vías de coordinación con aquellos organismos que de un modo u otro participan en la realización del plan. Verifíquense, en caso de ha-

⁽²¹⁾ MARDONES, F., "Elementos de administración para desarrollo de un programa de Salud y Bienestar", *Seminario de Trabajo del Int. Am. de Prot. a la Infancia*, síntesis, clase especial 4, 1956.

⁽²²⁾ "Los problemas de salud pública rural". *Crónica de la Organización Mundial de la Salud* 9; 228; N° 7, julio, 1955.

llar dificultades, tres cosas, principalmente: a) si los servicios coordinados tienen entendidos claramente los objetivos comunes; b) si dichos servicios conocen bien los métodos y técnicas aconsejados para alcanzar esos objetivos y c) si no existen fricciones personales (antipatías, localismos, egoísmos, ansias de mando, etc.) que frenen la acción.

Tal vez el *slogan*: "Cumpla con su deber para salvar el niño", pueda emplearse para promover una mejor realización de los programas. Esta tarea será cumplida al nivel y categoría que corresponda. Así por ejemplo, en los niveles superiores los directivos promoverán las medidas de carácter general: consecución de mayor cantidad de fondos, coordinación de actividades con otras reparticiones nacionales o internacionales (O.N.U., U.N.E.S.C.O., U.N.I.C.E.F., F.A.O., Fundación Kellog) estructuración de principios normativos fundamentales, etc Finalmente deseamos destacar la importancia que para nuestros propósitos de asistencia al niño campesino, tiene la colaboración de los organismos internacionales que acabamos de mencionar, no sólo por la provisión de materiales efectivos, sino por la experiencia que tienen recogida en sus innumerables ensayos y realizaciones dentro del ámbito mundial.

2. Registro de actividades

El deseo de conocer de modo claro y objetivo las actividades que se cumplen en el desarrollo de los programas de asistencia al niño campesino, obedece a varios fines: a) comprobar si ellas se llevan a cabo en la cantidad y calidad necesarias; b) si están orientadas hacia los objetivos prefijados; c) obtener elementos para hacer una evaluación del trabajo con miras a su perfeccionamiento.

Este registro de actividades, sobre todo para quien trabaja en medio rural no tendrá carácter de una inspección tipo policial, sino que será más bien la supervisión de un compañero de equipo. Se entenderá *supervisar* en este caso como

una forma más de educar para el trabajo de grupo. Se evitará, entonces, el lenguaje coactivo (“Usted debe informarme a la brevedad...”) sugiriendo más bien la necesidad de trabajar en común (“En el deseo de cooperar con Ud. y con esa comunidad, me permito solicitar...”).

Habrá que ser muy tolerante en lo que se refiere a recibir contestación de informes o correspondencia en general. El médico rural (y el de la ciudad?) suele no ser muy propenso a escribir. Nos dice, generalmente, que carece de personal para ello y también del tiempo necesario. Por lo tanto se deberá estudiar cuidadosamente el proyecto de planilla estadística con la cual serán recogidos los datos que servirán para el registro de actividades. Se procurará pedir aquellos datos que no sólo servirán para alguna referencia importante, sino que puedan ser elaborados en un tiempo prudencial por el personal estadístico con que se cuenta. Se evitará la repetición de rubros o de preguntas. Los medios de registro (fichas, planillas, carpetas) serán de fácil manejo y de tamaño “standard”, así como de precio económico. Dentro de este capítulo: “Registro de Actividades”, incluimos las historias clínicas de los internados y las fichas de la consulta externa. No hay que apresurarse a poner en uso, este o aquel tipo de historia clínica o ficha. Es preferible hacer sendos proyectos y someterlos a la práctica durante cierto período de tiempo en 3 ó 4 organismos asistenciales. Hecha la correspondiente crítica y depurados de imperfecciones se procederá a la confección definitiva. Insistimos en la necesidad de estandarizar todos los impresos de un Ministerio de Salud Pública. Ellos deben además, ser incluidos con el número de orden correspondiente en el código de elementos de provisión normal o de rutina; código que será la base del pedido periódico (¿trimestral?) que a la superioridad deberá hacer cada servicio rural.

Registros, que bien lo sabemos, tienen particular importancia en la asistencia del niño son el de su peso y el de sus

inmunizaciones, para citar los más imprescindibles. El último de ellos ofrece en la práctica algunas dificultades.

Personalmente somos poco optimistas acerca del registro de estas actividades en medio rural. Ya hemos citado algunos inconvenientes que el médico del campo señala para su realización. Sin embargo, existen colegas rurales que tienen todos sus registros al día y correctamente llevados; mucho mejor que algunos colegas de la ciudad.

Un informe o "memoria", anual, redactada siguiendo temas o rubros estandarizados (para la posterior comparación y síntesis del total de ellos), será de mucha utilidad no sólo para la evaluación de lo realizado y su reajuste o perfeccionamiento, sino porque dicha "memoria" adecuadamente difundida, es un elemento eficaz de educación sanitaria. En materia de registro de actividades, diremos para terminar, que es de conveniencia la difusión periódica de un resumen de ellas, presentado de la manera más objetiva posible, entre quienes participan en la realización de los programas. La gente que trabaja, no sólo ve así publicado el resultado de su labor como consecuencia del envío de sus planillas, sino que se siente estimulada a mejorar el rendimiento.

3. Evaluación del proceso demográfico y administrativo

En este capítulo nos referiremos a la estimación que periódicamente debe hacerse de la evolución operada en los problemas sanitarios encarados.

Este propósito de evaluación obedece a una exigencia moral, exigencia que nos pide contestación a preguntas como las siguientes: ¿Estamos promoviendo y realizando lo proyectado de la mejor manera?; ¿están suficientemente justificadas no sólo las inversiones, sino también la fe y la colaboración brindadas por quienes participan en la acción? ¿debe seguirse trabajando en idéntico sentido o es necesario reificar directivas?

Valorar en sanidad, no es fácil. La materia a medir tie-

ne características muy particulares, ya que los factores actuantes suelen ser muchos y muy heterogéneos, lo cual impide tener una escala uniforme para medirlos.

El médico sanitario sabrá distinguir dos procesos que deben ser evaluados: el demográfico y el administrativo. La valoración del proceso demográfico, en nuestro caso de salud y enfermedad del niño campesino; y la valoración de los programas de acción o sea el rendimiento de las actividades promovidas por éstos.

Para la valoración del primer proceso, nos serán útiles los índices *demográficos*; para la del segundo los llamaremos índices *administrativos*. Así, si nosotros deseamos evaluar el estado de cosas en materia de coqueluche o de difteria, los índices de mortalidad o morbilidad por estas enfermedades nos darán una idea de la intensidad con que dichas noxas influyen sobre la población infantil, y si es necesario seguir contribuyendo en la medida de nuestras posibilidades para influir de modo favorable la evolución del proceso demográfico de la morbimortalidad por dichas enfermedades. Pero como este proceso no depende exclusivamente de la buena intención y predisposición al trabajo del personal, en este caso, del afectado a la inmunización contra la coqueluche y difteria, sería injusto valorar el rendimiento de este personal por aquellos índices de morbi-mortalidad ya que no solamente existen factores como el llamado "genio epidémico", sino otros como la escasa educación sanitaria popular en virtud de la cual los niños no concurren a ser inmunizados, y cuando se enferman concurren tarde para su curación. Por lo tanto, para valorar el rendimiento de los programas debemos tener otras pautas. Así en el ejemplo que estamos comentando un índice administrativo que puede sernos de utilidad sería la cantidad de lactantes primoinmunizados por cada 100 que concurren al servicio. Recomendamos que antes de poner en práctica índices de rendimiento de trabajo sanitario ellos hayan merecido un estudio suficientemente meditado y que los resultados que son capaces de proveer resulten inequívoco-

cos. Recomendamos a quien desee establecer índices administrativos en materia de asistencia médica del niño campesino que previamente a la instauración de tales índices, se acerque a las zonas respectivas para estimar *de visu* las facilidades o dificultades que para realizar su labor tiene el personal actuante. Ya hemos recomendado a los interesados en el tema leer lo escrito por Pastor Oropeza (7) (8). También Juan Moroder (23) ha hecho valiosas publicaciones sobre rendimiento en sanidad. Esta es cuestión que ha preocupado mucho a los especializados. Tanto la Organización Mundial de la Salud (24) como la Asociación Americana de Salud Pública han promovido activos intercambios de opiniones sobre evaluación de actividad sanitaria. El difundido "Evaluation Schedule" (25) de la Asociación citada en último término puede servir de modelo; que deberá ser adaptado, por supuesto, a las características de la zona donde se habrá de emplear. En realidad, constituye una encuesta casi exhaustiva de los recursos que tiene una comunidad para defender su salud.

Personalmente creemos que la valoración del rendimiento de trabajo sanitario rural, en los tiempos actuales y en nuestros países sudamericanos, tiene más interés académico que práctico. Mientras no esté suficientemente estimulada y protegida la labor médica en el campo, no podemos tener tablas de valores uniformes que determinen con equidad suficiente el rendimiento sanitario del personal. No nos hagamos los antipáticos con exigencias fuera de lugar que pueden determinar esas "fricciones" que, según lo proclama Gaus (26), deben evitarse en todo proceso administrativo. A medida que la administración sanitaria y los aspectos correspondientes de

(23) MORODER, J., "El rendimiento y costo del trabajo sanitario", *Anales de Medicina Pública*, 1, 303, 1949.

(24) Organización Mundial de la Salud, "Programme Analysis and Evaluation", WHO, 13 - 19 de enero de 1954.

(25) *Evaluation Schedule*, American Public Health Association, 1942, Nueva York.

(26) GAUS, J. M. y WHITE, L. D. y DIMOCK, M. E., "The Frontiers of Public Administration", pág. 66. University of Chicago Press, Chicago, 1936.

la seguridad social se vayan perfeccionando e integrando en la práctica de la medicina diaria, habrá menos dificultades para guiar un programa de actividades sobre la base de inequívocos índices de rendimiento. Por ahora, sobre todo en lo que se refiere a labor médica en el campo, debemos juzgar la evolución de la historia natural de las enfermedades más bien sobre la base de los índices demográficos.

4. *Reajuste de perfeccionamiento de la acción*

Acabamos de destacar que los propósitos de evaluación obedecen al imperativo moral de cumplir la tarea de la mejor manera posible. Por lo tanto, si con los elementos de juicio disponibles podemos verificar deficiencias y éstas pueden ser corregidas, haremos los reajustes necesarios para seguir por el camino más corto hacia nuestros objetivos.

Desde un punto de vista general diremos que se velará por el perfeccionamiento tanto de la técnica médica como de la administrativa. Nos parece que, en materia de protección sanitaria del niño rural, generalmente conviene al principio poner particular énfasis en la promoción del perfeccionamiento técnico. Sepamos estimular con habilidad esa llama vocacional que arde en todo médico del campo o de la ciudad. Llevémosle allá, donde trabaja, y de modo claro y sintético las mejores técnicas y procedimientos para elevar la calidad de su faena. En lugares estratégicos del interior realicemos *Symposiums* o *Jornadas* con la concurrencia de alguna figura señera de la pediatría nacional; ofrezcamos la permanencia (durante 3 ó 4 semanas) de médicos rurales en hospitales-escuelas o pediátricos; enviemos un buen cirujano de niños, o un anestesiólogo, o un tramatólogo a operar en un hospital de campaña; consultémosle periódicamente a los médicos rurales sobre los temas que son de su mayor interés; enviémosles un Boletín o Revista con actualización de técnicas y en la cual evacuémos las consultas que nos hagan; utilicemos este Boletín para familiarizar al colega con los nuevos aspectos de la

medicina: bioestadísticos, educativos, sociológicos, de bienestar y seguridad social, etc.

No dejemos de aprovechar estas oportunidades de perfeccionamiento técnico médico para ganar lo que sea posible en perfeccionamiento administrativo. Así pues, tanto en las reuniones científicas como en las publicaciones periódicas incluyamos conceptos referentes a administración hospitalaria, a cómo y cuándo debe iniciarse tal o cual gestión, a la mejor manera de organizar una "Semana del Niño" u obtener la cooperación popular, a educación sanitaria, al significado y utilidad de las estadísticas confeccionadas sobre la base de datos básicos veraces; oigamos sus críticas a los procedimientos administrativos en vigencia, etc.

En una palabra: no debemos "dormirnos sobre los laureles"; tengamos siempre presente que el proceso de protección a la salud está en permanente progreso y que nuestra misión reside en no demorar la llegada de estos beneficios a la población infantil que tenemos bajo nuestra responsabilidad.

5. *Investigación científica.*

No creemos que sean necesarios muchos argumentos para demostrar que la protección sanitaria del niño rural habrá de significar para nosotros una oportunidad más de investigación científica.

Muchos son los terrenos en los cuales podrán hacerse trabajos de investigación: clínica, terapéutica, medicina preventiva, sanidad, zoonosis, saneamiento, bromatología, ingeniería sanitaria, climatología médica, educación sanitaria, enseñanza de la medicina y ciencias afines, veterinaria, bioestadística, etc.

Al administrar, entonces, un programa de protección a la salud de la población campesina, y del niño en particular, no olvidemos de promover en la medida de lo factible, toda posibilidad o intención de investigación científica. Ella hace más interesante y agradable la tarea del médico rural; ade-

más lo obliga a no anquilosarse espiritualmente, y mantener al día su información bibliográfica.

La vinculación de las Escuelas de Medicina con los Ministerios de Salud Pública debería ser cada vez más estrecha. El beneficio sería mutuo: los organismos de sanidad tendrían la colaboración de las casas de estudio para el desarrollo de sus programas de perfeccionamiento técnico, y las Escuelas Médicas tendrían, a su vez, en dichos organismos, los mejores sitios para la parte práctica de la enseñanza. Hay demasiado anacronismo en muchos de los actuales planes de estudios: se sigue preparando para el trabajo individual en el consultorio privado, cuando la realidad presente lleva a la casi totalidad de los egresados a trabajar en mutualidades, hospitales, obras sociales, sanatorios o clínicas, oficiales o no, Ministerios, municipios, etc., donde la tarea suele ser diferente de la aprendida en las clases magistrales.

III. CONCLUSIONES

- 1º La organización y administración sanitaria contribuyen a una mejor asistencia médica de la comunidad proveyendo los medios y técnicas necesarios para que lleguen de modo adecuado a quienes los necesitan, los beneficios de la prevención y curación de las enfermedades.
- 2º El estudio de la organización y administración de la protección sanitaria del niño rural, requiere la formación de un grupo técnico constituido con expertos sobre el tema.
- 3º Dicho estudio será iniciado con la recolección de la mayor información posible de obtener. Serán considerados como material de mucha utilidad el provisto por la biología estadística y por las encuestas.
- 4º Sobre la base de la información captada y suficientemente estudiada, se procurará caracterizar los principales problemas, jerarquizándolos según su importancia de-

- mográfica a fin de establecer el necesario orden de prioridades en la realización del plan.
- 5º Establecidos los principales aspectos de la protección sanitaria del niño campesino, deberán para cada uno de ellos, establecerse los objetivos hacia los cuales tenderán los programas y técnicas a desarrollar.
 - 6º El estudio detenido de la legislación correspondiente constituye un aspecto básico de la organización.
 - 7º Sobre la base de todas las consideraciones anteriores se hará una ordenación de las autoridades y de los organismos actuantes a fin de que queden definidas del modo más claro y expedito posible las vías de interrelación.
 - 8º Se considera como asunto de primerísima importancia disponer de un plantel de personal suficiente en cantidad y calidad. A este efecto se estima necesario estimular las medidas de seguridad social que ayuden a incorporar a la sanidad personas con suficiente vocación y capacitación.
 - 9º Si bien para conseguir fondos económicos la fórmula es sencilla: obtener la mayor cantidad posible, su distribución y control requerirá prolijo estudio a fin de establecer procedimientos sencillos y rápidos.
 - 10º El aspecto fundamental de la ejecución de los programas reside en el hábil manejo de las interrelaciones entre estos tres elementos: el público, el personal que ejecuta y el cuerpo dirigente.
 - 11º Las actividades cumplidas deberán ser registradas mediante sistemas sencillos, claros y económicos. Todo sistema de registro deberá proveer información útil y factible de obtener en un plazo breve con el personal disponible al efecto.
 - 12º A fin de establecer si la acción se cumple en forma satisfactoria es menester valorar periódicamente el proceso demográfico mediante índices bioestadísticos, y el proceso de la ejecución del plan mediante índices administrativos. Se considerará que este último aspecto de la

evaluación de rendimientos, en el estado actual de evolución de la sanidad rural sudamericana, ofrece mayor interés académico que práctico.

- 13º Sobre la base de las estimaciones factibles de obtener, deberán hacerse los reajustes y perfeccionamientos que correspondan. Se considerará digna de estímulo toda actividad en pro del perfeccionamiento técnico y cuanto sea posible, también del administrativo.
- 14º Cualquier parte del programa de acción que ofrezca algún aspecto de interés a la investigación científica será aprovechado adecuadamente. Se interpreta como de beneficio mutuo la conexión entre las Escuelas de Medicina y los Ministerios o Departamentos de Sanidad.

FRANCISCO J. MENCHACA

25 de Mayo 1915, Santa Fe

