

LOS FACTORES REGIONALES DE LA SALUD PERINATAL

Por el

Dr. FRANCISCO J. MENCHACA

"La evolución humana no está basada sólo en el sistema material, de transmisión directa, sino, principalmente, en los cambios del sistema psicosocial, de transmisión cultural".

Julián Hualey

S U M M A R Y

REGIONAL FACTORS OF PERINATAL HEALTH

The poor performance provided till present by the promotion and recuperation of health, during the perinatal period of life, obliges the Medicine to ask help from other scientific fields; the Social Sciences, for instance. The author recommends for a country like Argentine with its population divided in different areas, each one in its own moment of cultural evolution, a regional approach of the sociocultural aspects of perinatal health. Several Facts, habits and cultural circumstances which act on the health of fetus and newborn, are offered in the present paper. The author thinks that the Perinatology of to day must integrate the actual Obstetrics and Neonatology with these regional aspects of perinatal health. This regional approach, adds the author, must be stated having as frame of reference a coherent picture of the national perspective.

INTRODUCCION

Los resultados poco satisfactorios provistos por la promoción y recuperación de la salud durante la etapa perinatal de

la vida, obligan a ubicar esta cuestión entre los problemas prioritarios de la Medicina actual. En nuestro país, por ejemplo, la *región Metropolitana* y la *región Pampeana* — donde, paradójicamente, hay más recursos obstétricos — ofrecen tasas mayores de mortalidad por causas perinatales que por la clásica diarrea aguda (1). Acabamos de destacar, repárese, el concepto de *región* para valorar la mortalidad perinatal, entendiendo a ésta como la suma de las defunciones fetales de más de 28 semanas y las muertes neonatales de 0 a 7 días. Ese mismo concepto sirve de base a la *regionalización sanitaria* que se aconseja aplicar en un territorio dado, para un mejor diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud.

Si con enfoque suficientemente actualizado interpretamos la salud como un proceso activo del individuo, destinado a mantener su armonía psicofísica en equilibrio dinámico con las circunstancias socioculturales, nos explicaremos por qué el médico actual debe prestar suficiente interés a los factores ambientales y regionales de la salud. Mediante este criterio más comprensivo, no podrá esperarse que, por ejemplo, las grávidas del norte de nuestro país, con resabios del fatalismo indígena, concurren con igual asiduidad y fe a la consulta prenatal, que la mujer cosmopolita, mucho más proclive a la modernización y al uso de recursos técnicos. Téngase presente, además, que en nuestro país, como lo señaláramos en oportunidad (2), existe una *asincronía cultural* entre sus regiones, vale decir, se encuentran en diferente momento evolutivo de su cultura. Y recuérdese, también que a una nación como la nuestra, en etapa crítica de desarrollo, la acecha el fenómeno del *distanciamiento regional*, o sea una mayor diferenciación de sus regiones, en detrimento de las más pobres (3). Por *región* entendemos “el área geográfica con límites suficientemente precisos, más que por sus hitos naturales, por criterios de homogeneidad particulares y propios de sus habitantes” (4). Puede interpretarse, entonces, que el concepto de *regional* está relacionado con el hombre; con los rasgos culturales más que con los accidentes naturales. La dependencia de los rasgos culturales (artefactos,

mentefactos, etc.) cobra singular importancia en el nacimiento del ser humano, ya que éste, en contraste con los neonatos de otras especies, es pobre en sistemas naturales de defensa contra la agresión externa; su supervivencia, por lo tanto, depende de los cuidados y técnicas, elaborados, conservados y transmitidos por la cultura local y regional.

Debe tenerse en cuenta, especialmente cuando del embarazo y el parto se trata, que las decisiones que tomará la mujer no dependerán únicamente de lo que ella piensa sobre su estado, sino también de los hábitos y expectativas que al respecto existen en el ambiente local (5). Vale decir del rol que los demás acostumbra adjudicar a la embarazada (6). Recuérdese, asimismo, que esas decisiones tendrán base no sólo en los conocimientos de la mujer, sino — especialmente cuando éstos son pocos — en sus vivencias y en sus circunstancias emocionales con hondas raíces en la cultura local (7). Y que, como lo señala Annam (8) le proveen un sentimiento de seguridad que no puede ser comprendido fácilmente por quines no participan de la misma cultura. Recuérdase, también, que ante una cultura dominante, las subculturas elaboran y se rigen por sus propias normas (9).

El profesor Dugald Baird, de Aberdeen, acaba de destacar (10) que el éxito de la gestación depende, principalmente, de lo que la propia grávida haga al respecto. Podríamos agregar: consciente o inconscientemente, ya que aquellos factores culturales también actúan sobre el subconsciente (11). Los médicos debemos tener muy presente que nuestros asistidos están en relación permanente, podríamos decir sumergidos en la circunstancia sociocultural; ¿en qué medida podremos influir nosotros durante las contadas visitas hospitalarias o en domicilio? Explícate, pues, que desde la Oficina Sanitaria Panamericana (12) se advierta que el pediatra moderno “debe saber atender los problemas determinados por los factores culturales que afectan la salud”.

II — ASPECTOS REGIONALES DEL EMBARAZO, EL PARTO
Y LA ATENCION DEL NEONATO

El estudio de la influencia de los factores regionales y culturales sobre la gestación y su fruto, debe realizarse con un enfoque amplio: pre y postconcepcional. Así, por ejemplo, en las áreas donde tales factores condicionan la baja estatura de los progenitores, puede apreciarse mayor incidencia del “recién nacido de bajo peso”. La fecundidad es mayor en las regiones rurales tropicales (13), así como donde predomina la desnutrición materna (J. de Castro). En ciertas zonas para preservar el patrimonio familiar, se acostumbra el casamiento entre personas del mismo grupo socio-cultural (14), lo cual tiene consecuencias genéticas.

En áreas con influencia guaraní nos han informado que es tradición evitar la cópula durante el embarazo (15); se separan así los partos y se gana en salud perinatal. Durante el embarazo los factores regionales suelen actuar de modo directo o indirecto. La grávida de área rural con alimentación rica en valores biológicos y vitamínicos, ve alterarse su nutrición al migrar a regiones urbanas y recibir alimentos más refinados (16). En cierta zona que conocemos, donde la Wassermann era tenida como propia de las prostitutas, costó mucho que las grávidas la aceptaran como análisis de rutina. Factor regional con raíz indígena que debe ser tenido en cuenta, es la costumbre del parto en cuclillas, la posición más fisiológica para Caldeyro y otros autores. La OMS (17) aconseja para las zonas rurales respetar el hábito del parto atendido por “prácticas”, ya que con éstas la parturienta tiene más ajuste psicológico que con el generalmente magro servicio médico local (18). Recordaremos, entre otros aspectos regionales de la atención de la parturienta, el “manteo” a que suele ser sometida para facilitar el período expulsivo (19) (20).

Existen aspectos regionales de la asistencia a la maternidad que no son fáciles de explicar, como éste que nos refieren.

algunos médicos rurales: la escasa incidencia de la infección puerperal en parturientas sometidas a manejos antihigiénicos.

Costumbre también con raíz indígena que no debemos contrariar es la del entierro de la placenta para que no pierda fertilidad la tierra circundante (21). Pero existen otras costumbres que no se pueden tolerar, como la de restañar la herida umbilical del neonato con tela de araña o pluma quemada (22). Respecto al tétano recordamos que existe un factor regional que disminuye su incidencia: la altura del área: en lugares altos el agente patógeno no encuentra una ecología favorable (23). Costumbre también regional es la de incriminar al *frío* las deposiciodispépticas postprandiales del neonato; ello puede originar el sobreabrigo con la deshidratación consiguiente. Esta suele ser mitigada por otro rasgo cultural, la administración de *tecitos* que proveen el agua y los glúcidos necesarios en tal situación. En algún área la puérpera ubica al nuevo hijo en su propio lecho, aunque hay riesgo de aplastamiento, se ha podido apreciar menor incidencia de la llamada "muerte en la cuna" o muerte súbita (24). Los psicólogos estiman que esa relación más íntima favorece la "impresión afectiva básica", de singular trascendencia para la higiene mental del hijo (25). Podríamos ofrecer más ejemplos de factores culturales regionales que influyen sobre la salud perinatal, si los límites del presente trabajo lo permitieran.

III — COMENTARIO FINAL

¿Qué resultado concreto puede deducir el médico práctico de todo lo antedicho? Permítasenos recordar la conclusión que nos proveyera un anterior estudio de los factores socio-culturales de la mortalidad perinatal: que estos factores orientan no sólo *qué* debemos hacer contra tal noxa, sino sobre *cómo* habremos de aplicar los recursos técnicos. Recuérdese que este *cómo*, cuando se trata de personas que viven en las distintas regiones de un amplio país como el nuestro, no nos pudo

ser enseñado en el hospital-escuela de la gran ciudad. Urge en consecuencia completar el aprendizaje técnico, con el adecuado manejo de estos factores regionales que influyen sobre la salud, ya en general, ya en la etapa perinatal. Este enfoque más comprensivo no significa esperar, supongamos, que todas las embarazadas de una misma región respondan de modo estereotipado a la instancia obstétrica. Deben esperarse variaciones personales que habremos de interpretar mejor sobre el fondo o escenario común del estilo de vida configurado por los factores regionales.

Calificados investigadores en el campo médico-social (26) (27) (28) han advertido sobre la equivocada asistencia médica que suele provocar el desconocimiento de los aspectos culturales de la salud. Ciertos padres han sido calificados como "irresponsables" y "estúpidos" por no responder a las exigencias del médico de sus hijos, tal como éste esperaba; vale decir, que esos "casos" no se ubicaban dentro de los esquemas que la clásica semiología grabó en el ingenuo interés del estudiante bisoño (29). Rex advierte contra lo que denomina "teoría de los participantes" (30). Alguien ha dicho que uno encuentra aquello que se pone a buscar. Ser objetivo en materia médico-social no es fácil; ello nos plantea con frecuencia dilemas éticos y morales. "La realidad social", dice Bagú, "se percibe selectivamente" (31).

Marsden Wagner con motivo del moderno "Head-Start Plan" pro-infancia estadounidense, aconseja que cuando los asistidos no responden a la acción pediátrica debemos preguntarnos, no sólo: "¿cómo podemos motivar el cambio favorable?, sino, además, ¿en qué sentido debemos cambiar nosotros?" (32). Para la realización de este plan ha sido requerida una autorenovación del pediatra actual (33); "con criterio humanista", agrega Haggerty (34). Los Institutos Nacionales de Salud de los EE. UU. instan a la revisión de los programas materno-infantiles para "verificar cuál es la mejor estructura de administración sanitaria que asegure que el sistema mismo no cree obstáculos para la aceptación y uso de los servicios" (35). Y nada

menos que John Hanlon recomienda "modificar nuestras sugerencias y programas para adaptarlos al tipo cultural aceptado" (36).

Existe ya, entonces, suficientes argumentos para incorporar al bagaje del médico actual elementos y recursos que en su acción pro-salud puede ir extrayendo de la cultura regional y local. La vinculación con estos elementos socioculturales debemos procurarla no sólo impartiendo conocimientos, vale decir a nivel intelectual, sino mediante un nexo más efectivo: estableciendo interrelación con hábitos, vivencias y sentimientos enraizados en el subconsciente personal y también en ese inconsciente general ("sobrepersonal", según Jung (37)) que a lo largo de los años viene estructurando la herencia cultural. Por algo el "estructuralismo" fue concebido por un antropólogo: Claude Lévi-Strauss (38).

Permítasenos recordar que el estudio de estos aspectos culturales cuenta ya, como subsidiario de las Ciencias de la Conducta, con la metodología pertinente. No es el momento, creemos, de tratar a ésta en detalle. Quien se sienta atraído por estos nuevos campos de investigación, no dejará de encontrar suficiente bibliografía (39) (40) (41) (42) (43). Sólo nos detendremos en dos de los instrumentos que todo médico puede utilizar en este necesario acercamiento a los aspectos socioculturales de nuestra tarea: la observación y la comunicación. De la primera señalaremos que debe ser *participante* (44), o sea desde la situación que se acerque más a la que está viviendo el asistido; y que permita a las ideas "surgir de lo que se ve y se oye" (45). De la comunicación, imprescindible en la alienante sociedad donde vivimos, destacaremos su adecuado manejo (según el momento y lugar) a través de todos los medios disponibles, especialmente en los contactos personales y grupales. Recomendamos el empleo eficiente del más sencillo de los medios de comunicación: el lenguaje verbal (47) y el no verbal o sea el gesto, la actitud y, sobre todo, nuestra conducta personal. Hay que, especialmente, brindar oportunidades para satisfacer las expectativas de integración, de quie-

nes se sienten marginados (47); así como también ofrecer participación en la búsqueda de soluciones (48).

Ojalá esta preocupación nuestra por los aspectos sociales de la salud pueda consubstanciarse con nuestros intereses profesionales. Tendríamos así una perspectiva más clara de las necesidades de la infancia en las diversas regiones geográficas; y así dejaríamos de seguir tan absortos por la Medicina predominantemente tecnológica, que aunque satisface nuestra ansia personal de resolver los problemas científicos que la enfermedad nos plantea, no nos estimula mayormente para el esfuerzo común y organizado que el bienestar y el progreso nacional están requiriendo a todos y cada uno de nosotros. Tal vez con esa perspectiva más amplia el colega que entra en la casa de una parturienta no sólo se diga: "vengo a hacer un parto", sino también: "estoy aquí para proveer un habitante sano más, a mi comunidad, a mi país".

IV — CONCLUSIONES

1º — Los resultados poco satisfactorios provistos por la promoción y recuperación de la salud en la etapa perinatal de la vida obligan a ampliar la investigación médica mediante el concurso de otras ciencias, las Sociales por ejemplo.

2º — Los factores socioculturales de la morbimortalidad perinatal, en un país como la Argentina, con población distribuida en diversas regiones que transcurren por momentos diferentes de evolución cultural, requieren su consideración según un enfoque regional que nos ponga a cubierto de la perspectiva uniforme que puede ser inducida por la formación médica en los hospitales-escuelas de las grandes ciudades.

3º — Se consideran como suficientemente demostrativas de la influencia de los factores regionales, los diversos hechos y circunstancias actuantes sobre la salud perinatal, que se han podido establecer y constatar en diferentes áreas de nuestro país.

4º — El estudio y mejor conocimiento de los factores regionales, habrá de apoyarse en la metodología que al respecto puede proveer la investigación médico-social.

5º — Los aspectos regionales de la salud perinatal serán mejor apreciados y comprendidos, si se tiene como perspectiva de fondo o marco de referencia una imagen coherente e integrada del acontecer nacional.

B I B L I O G R A F I A

1. "Mortalidad infantil", Estadísticas Vitales y de Salud, serie 5, n° 6, p. 4 y 5, Secretaría de Estado de Salud Pública, Buenos Aires, 1969.
2. MENGHACA, F. J., "Factores culturales que influyen sobre el crecimiento y desarrollo del niño", Bol. del Ins. Interamer. del Niño, 1969; 158, 392.
3. MEDELLIN, R., "La dinámica del distanciamiento económico-social de México", *Rev. Mex. de Sociología*, 1969; XXXI, 513.
4. MENGHACA, F. J., "Diccionario Médico-social", p. 198, 1967, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe.
5. KNUTSON, A., "The individual, Society and Health Behaviour", p. 79, Russell Sage Foundation, New York, 1965.
6. BLOOM, S., "The Doctor and his Patient", p. 112, Russell Sage Foundation, New York 1963.
7. NEARES, A., "Communication with the Patient", *Lancet*, 1960; 7126, 665.
8. AMMAR, A., "The sociological approach to problems of community development", citado por MEADM. en "Culture, Health and Disease", p. 95, Tavistock Pub., Londres, 1960.
9. REINWATER, R., "The Problem of Lower Class Culture", *J. Social Issues*, 1970; 26, 133.
10. BAIRD, D., "Perinatal mortality", *Lancet*, 1969; 7593, 51.
11. KIRLAK, S., "Situación asmática", *Orientación Médica*, 1970; XIX, 825.
12. "Primer informe sobre la enseñanza de la Pediatría en las escuelas de Medicina de Latinoamérica", *Educación Médica y Salud*, 1969; III, 108.
13. HIDAL, I., *Comunicación personal*, Brasilia, 1970.
14. MARINO DONATO, V., "Control de la natalidad", *Progr. de la Obst. y Ginecología*, 1968; XII, 337.

15. SUSNIK, B., *Comunicación personal*, Museo Etnográfico "Andrés Barbero", Asunción, Paraguay.
16. BENNETT, F. y JELIFFE, F., "Urban maternal and child services in Uganda", Colloquium on the conditions of life of african children in urban environment. Centro Internacional de la Infancia, Paris, 1964.
17. WORLD HEALTH, mayo-junio, O. M. S., Ginebra, 1957.
18. WELLIN, E., "Pregnancy, Childbirth and Midwifery in the Valley of Ica", mimeografiado, Central Council of Health Education, junio, 1956, Londres.
19. *Comunicación personal*, Sociedad de Pediatría de San Juan, Argentina, 1971.
20. *Comunicación personal*, Efraín Bellido, antropólogo, Cuzco, Perú.
21. HURTADO GÓMEZ, L., *Comunicación personal*, La Paz, Bolivia.
22. *Comunicación personal*, Sociedad de Pediatría de San Juan, Argentina, 1971.
23. GUSTÍN, MEZUDE, *Comunicación personal*, Lima, Perú.
24. LAURENCE, B., ¿"What kind of neonatal services does East Africa needs"?, Courier, 1969; XIX, 213.
25. KIMBALL, Ch., "Etology in Clinical Obstetrics", Am. J. Obst. Gynae., 1967; 18, 816.
26. MECHANICS, D., "Medical Sociology", p. 52, The Free Press, New York, 1968.
27. STRAUSS, A., "Medical Organization, Medical Care and Low Income Groups", Soc. Sc. and Med.; 1969; 3, 143.
28. FOSTER, G., "Las culturas tradicionales y los cambios técnicos", p. 168, Fondo de Cultura Económica, México-Buenos Aires, 1964.
29. HOOD, C., "Children of West India Immigrants", comentado en Arch. Dis. Child. 1970; 45, 822.
30. REX, J., "Problemas fundamentales de la teoría sociológica", p. 57, Amorrortu, Buenos Aires, 1968.
31. BAGU, S., "Tiempo, realidad social y conocimiento", p. 46, Siglo XX, Buenos Aires 1970.
32. WAGNER, M., *Research in Child Health. A Head-Start Research Seminar, III*", Pediatrics, 1970; 45, 702.
33. NORTH, A. F., "Introduction. Research Issues in Child Health. Some Medical and Economical Issues", Pediatrics; 1970; 47, 690.
34. HAGGERTY, R., "Research Issues in Child Health", Pediatrics, 1970; 45, 702.
35. "Optimal Health Care for Mothers and Children", p. 58. National Institutes of Health, Washington, 1967.
36. HANLON, J., "Principios de Administración Sanitaria", p. 113, La Prensa Médica Mexicana, México, 1963.

37. JUNG, C., "Lo inconsciente", p. 96, Losada, Buenos Aires, 1938.
38. LEVI-STRAUSS, C., "Estructuralismo dialéctico", p. 39, Paidós, Buenos Aires, 1968.
39. MADGE, J., "Las herramientas de la ciencia social", comentado en Cuadernos de Salud Pública, n° 3, p. 80, Buenos Aires, 1970.
40. MEAD, M., "Culture, Health and Disease", p. 106, Tavistock, Pub. Londres, 1960.
41. "Guía de campo del investigador social", Manuales Técnicos. Departamento de Asuntos Sociales, Unión Panamericana, Washington, 1956-57.
42. ELISON, J., "Methods of Sociomedical Research", p. 449, de FREEMAN, H., LEVINE, S., y REEDER, L., (Handbook of Medical sociology), Prentice. Han, New Jersey, 1963.
43. MAYR, L., "Introducción a la Antropología Social", p. 334, Alianza, Madrid, 1970.
44. FOSTER, G., "A Cross-Cultural Anthropological Analysis of a Technical Program", p. 41, mimeografiado, Smithsonian Institution, Washington, 1960.
45. BAYLEY, F., "The Scope of Social Anthropology in the Study of Indian Society", citado en p 15 de MAYR, L., *opus cit.*
46. NEARES, A., "Communication with the Patient", *Lancet*, 1960; 7126, 633.
47. GURIN, M. y GURIN, P., "Expectancy in the Theory of Poverty", *J. Social Issues*, 1970; 26, 85.
48. ZURCHER, L. A., "The Poverty Board; Some Consequences of Maximum Feasible Participation", in *The Professional and the Poor*, *J. of Social Issues*, 1970, 26, 85.

