

HIPOALIMENTACION, DISTROFIA Y MORTALIDAD INFANTIL EN EL PERU (*)

CARLOS F. KRUMDIECK
Candidato Principal Titular de Pediatría

(PLAN DE CAMPAÑA INTEGRAL DE PROTECCION MATERNO - INFANTIL

Apesar de los notables progresos que hemos alcanzado en los últimos años en lo que se refiere a cuidados y atención del niño, que se ha traducido por un fuerte descenso en los índices de mortalidad infantil, la vitalidad de nuestra raza está seriamente afectada por deficiencia en la atención obstétrica de la mujer grávida, lo que determina alta mortalidad precoz, y por lo que es mucho más grave aún, porque la inmensa mayoría de niños de nuestras clases populares están insuficientemente alimentados lo que perturbando su crecimiento y desarrollo los encamina al estado distrófico.

La mortalidad infantil en Lima que al comenzar el siglo era de 250 por mil nacidos vivos, ha descendido a 98 en los últimos años de la primera hemicenturia. Y mientras que en 1901 nacieron algo más de 4,000 niños, en el presente año esa cifra se ha elevado a 30,000. La elevada natalidad, por sí sola, no es garantía de prosperidad racial; se requiere también que los índices de mortalidad sean bajos y que toda la población sea sana, robusta y feliz, lo que se alcanza prodigando al niño, desde la cuna y en todo el período de crecimiento, los mayores cuidados, por estar demostrado que el estado de salud del hombre está condicionado por la atención que haya recibido en su infancia.

(*) Este trabajo sirvió de base para la conferencia sustentada en el Curso de Extensión de Post-Guardados, en la Universidad de San Agustín. Arequipa.

El estudio atento de millares de niños, de todas las clases sociales que he llevado a cabo en cerca de 30 años de intensa actividad clínica, me permite aseverar que una gran cantidad de ellos, en las primeras etapas de la vida, languidecen y desarrollan anormalmente por que su aporte alimenticio es insuficiente en cantidad e inapropiado en calidad.

En el Pabellón N° 1 del Hospital del Niño he podido comprobar que entre los enfermos menores de 1 mes, el 60 % presenta signos clínicos de distrofia y que ese porcentaje va aumentando paralelamente con la edad para alcanzar al 90 % al fin del primer año, como puede apreciarse en el Gráfico N° 1.

Porcentaje de desnutrición según edad en niños
atendidos en el Hospital del Niño

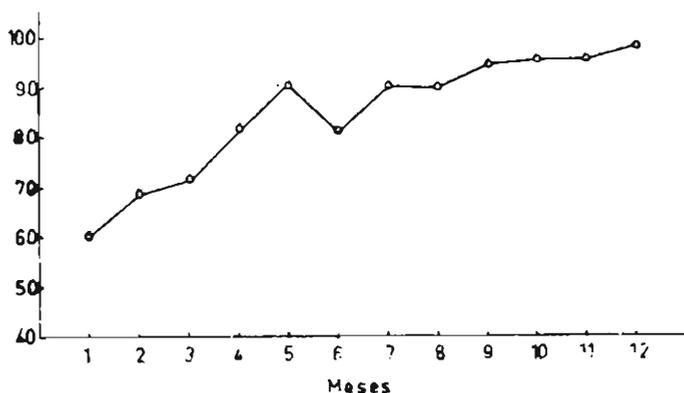


GRAFICO N° 1

La distrofia en el primer trimestre obedece generalmente a factores de índole constitucional, prematuridad, traumatismo obstétrico, enfermedades congénitas, etc. A partir del segundo trimestre las distrofias de causa constitucional, ceden el lugar a las de origen alimenticio. Los niños constitucionalmente distróficos que no sucumben en el curso del primer trimestre, agregan a su tara congénita las consecuencias de la deficiente alimentación.

El hecho que el derrumbe ponderal de los niños se acentúe a partir del tercer mes de la vida se debe a que la lactancia materna durante el primer mes, suficiente para cubrir las necesidades energéticas y plásticas del niño, se lleva a cabo en el 95 % de los casos, a partir del segundo mes, se observa con cierta frecuencia hipogalactia reduciéndose

aquel tipo de alimentación al 50 % al fin del primer trimestre. Inician entonces las madres una lactancia mixta absolutamente deficiente, lo que determina un incremento gradual y progresivo de la hipoalimentación que conduce inexorablemente a la distrofia.

En contraposición con el niño eutrófico, el distrófico crece, desarrolla y madura en precarias condiciones, pierde la alegría propia de la edad infantil, es pálido y se encuentra desprovisto de sustancias de ahorro tan necesarias para ser movilizadas por el organismo cada vez que circunstancias de orden patológico así lo exigen; además es muy propenso a contraer enfermedades infecciosas. El adjunto esquema señala las principales diferencias existentes entre el estado normal o eutrófico y el anormal o distrófico, lo que me releva de hacer largas descripciones.

Cuadro esquemático de los principales caracteres del Niño según su estado nutritivo

Estado	Eutrófico	Distrófico
Alimentación	Suficiente	Insuficiente
Apetito	Conservado	Disminuido
Aspecto	Rollizo	Enflaquecido
Expresión	Plácida	Triste
Comportamiento	Afable	Hosco
Crecimiento	Satisfactorio	Defectuoso
Resistencia	Fuerte	Débil
Mortalidad	Baja	Alta

GRAFICO Nº 2

Sobre un total de 18,000 enfermos atendidos en el servicio de la Clínica Pediátrica de la Facultad de Medicina que funciona en el Pabellón Nº 1 del Hospital del Niño, muy cerca de 17,000 presentaron estigmas de distrofia en grados variables. Mis primeras investigaciones las encaminé hacia el estudio clínico de ese estado, el que ya había observado con semejante incidencia desde el año 1927 en el Pabellón Nº 4 del Hospital "Arzobispo Loayza" y en los años 1922 y 1923 en la sala "San José" del antiguo Hospital "Santa Ana", centros de asistencia infantil, en los que trabajé como Jefe de clínica y como Interno, respectivamente, del Profesor Enrique León García.

Como tan solo el 5 % de los niños nacidos en nuestra Capital reciben asistencia en los Hospitales, he estudiado el estado nutritivo de los que se atienden en los Dispensarios materno-infantiles, para lo cual fué menester consultar en los archivos las fichas individuales del veintenio 1930-1950. En ellas pude advertir que la distrofia se presentaba en el 30 % de los niños del primer mes de vida, cifra que disminuía al 20 % en los meses 2º y 3º, para luego ascender en los meses sucesivos y llegar a 60% a la edad de 1 año.

El menor porcentaje de distrofia en el segundo y tercer mes se debe a la mortalidad precoz, por ser en ese primer mes en el que sucumben la mayoría de los prematuros y los constitucionalmente tarados. El gráfico N° 3 permite apreciar el fenómeno en su conjunto, eximiéndome de comentarios.

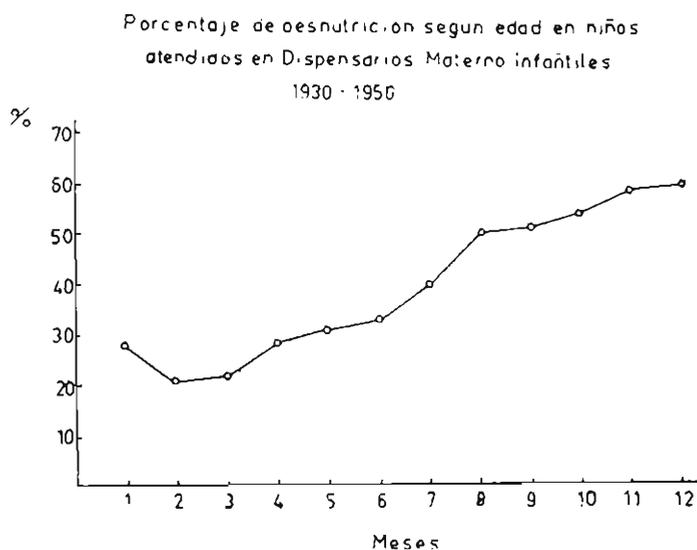


GRAFICO N° 3

Mis pesquisas no han quedado limitadas a lo que ocurre en la Capital. Valiosos datos proporcionados por colegas que ejercen fuera de Lima, y una gran extensión de nuestro país que he recorrido personalmente, unas veces en Jornadas pediátricas organizadas por la Sociedad de Pediatría, y otras en viajes a un buen número de ciudades y pueblos, me permiten afirmar que el problema de la hipoalimentación infantil y su consecuencia la distrofia es superior en magnitud, en la mayor parte de departamentos y provincias, al que se registra en Lima.

La importancia de la desnutrición en los niños me indujo a investigar las causas y mecanismo fisiopatológico de ese grave y remediable mal que azota a nuestra infancia, habiendo podido verificar que el régimen de alimentación de la mayor parte de los niños de las clases populares, durante el primer año de vida se caracteriza por un predominio ostensible de hidratos de carbono, con notoria deficiencia en el aporte de proteínas, grasas y vitaminas, lo que debe considerarse, prácticamente, como inanición parcial.

Por estos caminos y merced a datos estadísticos prolijamente recogidos pude conocer la magnitud del problema. En las salas de hospital, aprendí con gran riqueza de detalles, la sintomatología y manifestaciones clínicas de la distrofia en la primera y en la segunda infancia, sus grados y el porqué se producía ese estado. Tan valiosos datos no bastaban por sí solos para poder llevar a cabo un tratamiento adecuado. Las graves perturbaciones que produce un régimen monofágico prolongado, no pueden modificarse con una dieta equilibrada, porque el organismo pierde poco a poco la capacidad de metabolizar las sustancias nutritivas, por presentarse antes que las manifestaciones morfológicas o anatómicas de la distrofia, disturbios funcionales o disérgicos que invalidan la normal actividad de los órganos, tejidos y células de la economía. Es necesario conocer como se engendran los desórdenes funcionales para poder establecer una terapéutica adecuada, inspirada en los mecanismos fisiopatológicos que acompañan a las más leves perturbaciones de la salud. Durante los últimos 15 años, encomendé a mis más distinguidos alumnos la tarea de escudriñar en los laboratorios de nuestra clínica pediátrica, una serie de problemas bioquímicos y fisiopatológicos que pudieran esclarecer los mecanismos que condicionan las principales perturbaciones funcionales de nuestros enfermos.

Ortega en 1934, hizo el estudio del calcio y del fósforo; pocos años más tarde Cánepa investigó el comportamiento del cloro globular y plasmático. Muñoz Puglisevich después, pudo establecer los valores normales de la proteinemia, comprobando hipoproteinemia en los estados distróficos.

Llosa Rickets demostró que la tasa de colesterol sanguíneo estaba disminuída en los niños distróficos y que existía un manifiesto paralelismo entre el descenso ponderal y las cifras de colesterolemia.

Gartner puso en evidencia que los niños distróficos con pesos inferiores al 30 % de normal, presentaban hipoglicemia en ayunas y que los valores de la glicemia eran tanto más bajos, cuanto menor era el peso del enfermo.

Cornejo Bustamante, demostró la existencia constante de anemia macrocítica e hipocrómica en los distróficos y un marcado descenso en la mayor parte de los valores de las distintas constantes corpusculares.

Montenegro, estudió la acidez gástrica fraccionada, habiendo comprobado manifiesta hipoclorhidria en los distróficos. Este dato, de gran importancia, explica las graves perturbaciones digestivas que se advierten en los niños hiponutridos en quienes la deficiente acidez estomacal afecta el proceso digestivo en sus primeras etapas, comprometiendo seriamente la acción ulterior de los diversos fermentos y diastatas.

Petrozzi, pudo verificar que las fosfatasa alcalinas presentaban cifras subnormales en los estados distróficos.

Schumacher, encontró una disminución estatural, confirmando el hecho que la hipoalimentación no solo afectaba el peso de los niños, sino también su talla.

Tanto la clínica cuanto las investigaciones necroscópicas, nos habían mostrado alteraciones anatómicas del hígado en los estados de desnutrición. Una serie de biopsias hepáticas que llevamos a cabo con Muñoz Puglisevich, nos permitieron comprobar la existencia de esas lesiones anatómicas caracterizadas por infiltración del conjuntivo por células linfoplasmáticas; infiltración grasosa del parénquima y en algunos casos, hasta lesiones de la célula hepática misma, las que presentan vacuolización citoplasmática y picnosis nuclear. Lógicamente supusimos que si el hígado estaba afectado anatómicamente por tales lesiones, forzosamente debían observarse perturbaciones funcionales, hipótesis confirmada al comprobar altas cifras de bilirrubinemia, descenso de las albúminas plasmáticas y positividad de la prueba de Hanger.

Huaranga y Kuong Cabello, ampliaron estos últimos estudios poniendo en evidencia que mientras la prueba de Hanger era negativa en el 96 % de niños sanos, en 94 % de los distróficos era positiva a las 24 horas, alcanzando positividad a las 48 horas en el 98 % de los enfermos, sin que este alto porcentaje guardara relación precisa con el grado de desnutrición.

Orlandini llevó a cabo prolijos estudios acerca del comportamiento del organismo infantil en estado de hipoalimentación crónica frente a las pruebas de cefalina-colesterol, oro coloidal y timol, comprobando que estas dos últimas reacciones eran prematuramente positivas en la mayoría de desnutridos no edematosos y que la prueba de Hanger era

precozmente positiva en los niños edematosos y tardíamente positiva en los distróficos sin edemas.

Castellano, demostró la existencia de un riguroso paralelismo entre el grado de desnutrición y la cantidad de bilirrubina sanguínea, lo que denota cierto grado de incapacidad de la célula hepática para cumplir su función excretora de bilirrubina en los niños distróficos.

Numerosas determinaciones de la proteinemia en niños desnutridos llevadas a cabo por nuestro Jefe de Laboratorio Dr. Vilchez, nos ha permitido confirmar la existencia de un descenso en la tasa de seroalbumina plasmática, con conservación relativa de las cantidades de globulinas, lo que puede interpretarse como una pérdida de la capacidad hepática para realizar la síntesis de la serina, o dicho en otros términos, el hígado de los distróficos se muestra inhábil para cumplir la importante función de la recuperación proteica.

Mongrut pudo reproducir experimentalmente en ratas sujetas a una alimentación exenta de proteínas y de agentes lipotrópicos, lesiones anatómicas y modificaciones humorales muy semejantes a las que habíamos comprobado en los niños distróficos.

Merced pues, a una serie de trabajos clínicos, a investigaciones bioquímicas y a estudios experimentales en animales, llevados en nuestra clínica, me ha sido posible demostrar que la inanición parcial por deficiente aporte de proteínas en la alimentación de los niños, determina en ellos graves perturbaciones en las constantes sanguíneas y serios compromisos hepáticos, que constituyen el substratum fisiopatológico del estado distrófico. Estos estudios han servido para orientar la terapéutica sobre sólidas bases patogénicas y que consisten en ofrecer a esos enfermos un aporte protéico adecuado que no reclame gran trabajo digestivo (plasmotransfusión e hidrolizados de caseína) y el uso generoso de factores lipotrópicos.

Roitman, llevó a cabo un importante estudio de los trastornos cardiovasculares en los estados carenciales, habiendo comprobado electrocardiográficamente que los niños mayores de un año que presentan el cuadro clínico de síndrome pluricarencial, acusan aplanamiento o inversión de la onda T; bajo voltaje del complejo QRS; sístole eléctrica prolongada y taquicardia, todo lo que implica sufrimiento miocárdico, muy semejante al que se observa en el beriberi. La normalización de los trazados electrocardiográficos en los casos recientes se puede conseguir con la administración de altas dosis de tiamina. En los casos crónicos, ya no se logran tales éxitos por sumarse a las perturbaciones puramente funcionales, alteraciones orgánicas definitivas.

Como las deficiencias de tiamina en la economía, determinan aumento del ácido pirúvico sanguíneo, porque la tiamina fosforilada se convierte en coenzima que uniéndose a la apoenzima, da origen a la cocarboxilasa o fermento activo que descompone el ácido pirúvico en anhídrido carbónico y anhídrido acético, supuse que el tenor de ácido pirúvico tenía que estar aumentado en la sangre de nuestros niños distróficos. Esta hipótesis de trabajo me indujo a sugerir el estudio del comportamiento del ácido pirúvico en los estados de desnutrición.

Gustín en una serie de investigaciones muy bien conducidas, pudo comprobar que el tenor de ácido pirúvico en la sangre de los distróficos y en los pluricarenciales, alcanza valores más elevados que en los eutróficos y que a medida que los enfermos se recuperan, la concentración piruvicémica tiende a normalizarse.

Herrera estudió la volemia en los niños distróficos y demostró que guarda estrecho paralelismo con el peso corporal, representando el 8 % de él. En lo que respecta a la talla, edad y superficie corporal en sus relaciones con la volemia, no se observa una relación tan precisa.

Las investigaciones en el campo de la bioestadística, fueron ahondadas para poder tener informes matemáticos, lo más exactos posibles, acerca de la magnitud del problema que estudiamos.

Una serie de pesquisas que he llevado a cabo, me autorizan a estimar que del total de niños que nacen anualmente en nuestra Capital, solo 46 % son eutróficos y 44% distróficos por hipoalimentación, en el

Proporción estimada de los estados
eutrófico y distrófico y de la mortalidad
de 0 a 1 año en el Perú

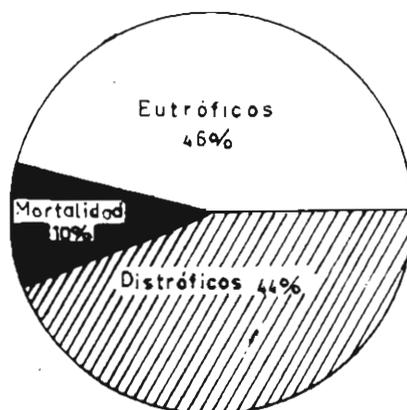


GRAFICO Nº 4

curso del primer año de vida. Aproximadamente y en cifras redondas, sucumben en el mismo lapso 10 %, lo que se aprecia gráficamente en el esquema adjunto. Como el índice de nacimientos es muy vecino a 30,000, existen en la ciudad de Lima 13,200 niños distróficos menores de 1 año.

Partiendo de las cifras de Anuario Estadístico del Perú, según el cual han ocurrido 200,000 nacimientos en el año 1950, cifra a la que en 1952 debe agregarse un 25 %, se puede afirmar que actualmente nace un cuarto de millón de niños anualmente. De ellos sucumben, antes de cumplir el primer año, la décima parte; tal vez algo más, puesto que en numerosas regiones del país —lo repito— el índice de mortalidad es superior al de la Capital. En el supuesto optimista que en todo nuestro territorio fuera tan solo del 10 % el índice de la mortalidad infantil, ella segaría 25,000 seres humanos en el primer año, es decir, apenas aflorarán a la vida y de los 225,000 sobrevivientes, no menos de 100,000 son distróficos por hipoalimentación.

El alto índice de mortalidad por una parte, y por otra, el hecho de que el 44 % de los niños menores de un año sean distróficos, significa que el porvenir de nuestra estirpe es sombrío, lo que reclama solución satisfactoria, por estar estrechamente vinculada la salud de la infancia, con el futuro de la Patria.

Las investigaciones clínicas, etiológicas y fisiopatológicas inspiraron las directivas terapéuticas a seguirse frente a los casos individuales. Pero la magnitud de las cifras que alcanza la desnutrición, me hizo comprender que la distrofia de los niños no debía ser encarada como un problema clínico, sino como un asunto médico social.

Mi experiencia pediátrica, tanto en la práctica hospitalaria, cuanto en la privada, me autoriza a afirmar que mientras que en las clases más pobres los índices de hipoalimentación, distrofia, morbosidad y mortalidad infantiles son muy elevados, en las clases cultas y acaudaladas, prácticamente se desconocen la hipoalimentación y la distrofia por esa causa; la morbosidad es muy moderada y la letalidad muy vecina a la que se registra en los países de más bajos índices de mortalidad infantil. En consecuencia, esta observación indica elocuentemente que los factores económicos y sociales son los verdaderos elementos teleológicos determinantes del malestar de la infancia.

Como las condiciones de vida en las distintas capas sociales son muy diferentes, he tratado de hacer una clasificación demográfica, basada en las condiciones socio-económicas de la población, que puede encuadrarse en 4 grupos, los que he designado con los calificativos de

Buena, Mediana, Precaria y Menesterosa. La primera clase que comprende el 5 % de los niños que nacen anualmente, se caracteriza por muy bajos índices de distrofia, coeficientes de mortalidad infantil que no alcanzan al 5 % y bajo índice natal. La segunda, la de condición mediana, encierra el 20 % de la población infantil. En ella la distrofia se presenta, pero con baja incidencia: la desnutrición alcanza con bastante aproximación al 15 % de los niños; la mortalidad es aproximadamente del 8 %, siendo la natalidad moderada. Las familias de condición precaria son las más numerosas; comprende el 60 % de los nacimientos. La distrofia por hipoalimentación se presenta aproximadamente en el 40 % de los niños, elevándose la mortalidad al 10 % de los nacidos vivos y la natalidad es alta. Por último, en la clase menesterosa que comprende el 15 % de la población, los índices de natalidad son muy elevados; la mortalidad infantil asciende al 20 % y el 80 % de los que sobreviven son distróficos, casi todos por hipoalimentación, lo que puede apreciarse fácilmente en el gráfico.

Índice porcentual de natalidad desnutrición y mortalidad en las distintas condiciones sociales

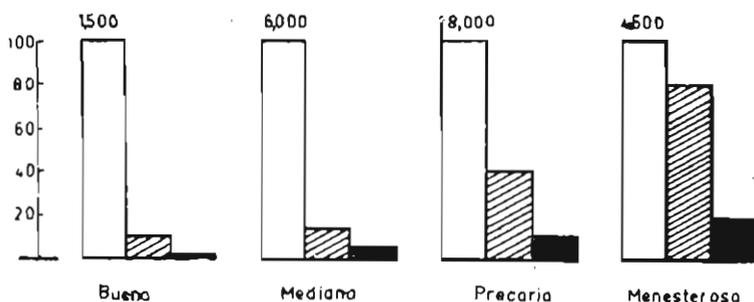


GRAFICO Nº 5

Para poder conocer con mayores detalles las condiciones sociales y el género de vida de las familias de los lactantes hospitalizados en mi servicio del Hospital del Niño, llevé a cabo, hace 10 años, una encuesta social, para cuyo efecto formulé una ficha especial en la que consigné un gran número de datos relacionados con el ambiente familiar, grado de cultura de los progenitores, condiciones dependientes de la vivienda, situación económica, asistencia obstétrica recibida por la madre, clase de alimentación a que estuvo sujeto el niño, apoyo social prestado por el Estado, etc. Los resultados recogidos fueron extraordinariamente interesantes y pese al tiempo transcurrido, no han perdido actualidad.

En lo que se refiere al ambiente familiar de las clases populares, lo más saltante es la mala organización de los hogares. Baste señalar que el 67 % de los niños en los que llevamos a cabo nuestra encuesta, eran ilegítimos. Este índice se refiere solamente a enfermos hospitalizados, que como he podido comprobar en otros estudios, provienen en su inmensa mayoría de la clase social más inculta y pobre de nuestra Capital, es decir, la que designo con el nombre de menesterosa en la clasificación que acabo de dar a conocer. El índice de ilegitimidad en el país es de 44 %. Por consecuencia, muy cerca de la mitad de los niños que nacen en el territorio nacional, son frutos de uniones extramatrimoniales. En estas condiciones, no existe en los progenitores el fuerte vínculo que garantiza la estabilidad de los hogares, sea por imperio de la ley, o por los perpétuos enlaces sacramentales.

Si al alto índice de ilegitimidad se añaden las deserciones paternas que se elevaron al 17 % de los casos que fueron objeto de la encuesta y el 5 % de orfandad, es fácil comprender que en la clase social humilde son poco numerosos los núcleos familiares y muy escasos los hogares estructurados sobre sólidas bases morales. Tal vez si haya contribuido a acentuar en parte esta anómala situación, el difundido concepto de binomio madre-hijo, al que nuestra masa popular asigna sentido social, en lugar de referirlo tan sólo a su proyección biológica.

Insisto en la Catedral y fuera de ella, que al pueblo se debe inculcar la noción de trinomio familiar, integrado por padre, madre e hijos. Al primero le corresponde dar solidez y categoría al linaje y sustento económico al hogar. Considero innecesario insistir en los deberes de la madre para con los hijos y el rol que ella desempeña en la estabilidad del hogar y en el mantenimiento de la armonía familiar, a tal punto, que sin ella no pueden concebirse los núcleos familiares. Los íntimos raigambres instintivos y afectivos que vinculan a la madre con los hijos, tanto biológica, como psicológica y socialmente, son tan hondos que es pertinente recordar la clásica frase expresada por Teófilo Roussell al fundamentar la ley francesa de protección a la infancia, promulgada en París el 23 de Diciembre de 1874, cuando dijo: "Todo lo que aleja al niño de la madre, lo pone en estado de sufrimiento y en peligro de muerte". Por último, en lo que concierne al tercer término del trinomio, el hijo, significa la proyección de la estirpe y el futuro de la humanidad. En los niños tiernos, todos son derechos; los deberes van surgiendo a medida que avanzan en edad.

Otro aspecto de la vida en las gentes de baja condición social es el que se refiere al grado de instrucción. Pude comprobar en la encues-

ta, un 12 % de analfabetismo y el 79 % solo había recibido instrucción elemental o primaria incompleta. Si el 90% de los padres de familia tienen un nivel cultural tan bajo y casi todos ellos muy modestas nociones de moralidad y de cultura religiosa, no es de extrañar que desconozcan los deberes que les competen, que sean supersticiosos, fanáticos e irresponsables en muchos de sus actos, en los que proceden por impulsos instintivos. La incultura en esta clase social, no solo afecta la estructuración de los hogares, sino que influye en todos los aspectos de la vida, individual y familiarmente considerados.

La vivienda es uno de los elementos fundamentales en la organización de los hogares, donde se constituye el verdadero ambiente familiar, teniendo además gran importancia sanitaria. Las clases populares habitan en condiciones higiénicas deplorables, hacinados y la mayor parte en promiscuidad con animales domésticos. Los tipos de vivienda que predominan son corralones y callejones, carentes de servicios de agua y desagüe, faltos de ventilación y de iluminación. El 75 % de los niños hospitalizados en nuestro servicio viven en esas condiciones, debiendo agregar que más de la mitad de ellos no disponen de camas individuales. Un dato de interés es que 98 familias que ocupaban callejones y corralones, disponían de 136 cuartos en los que pernoctaban 522 individuos o sea un promedio de 4 personas por habitación. No es de extrañar la fácil difusión de las enfermedades transmisibles y las funestas consecuencias de orden moral que se derivan de tales condiciones de vida. Fuera de Lima, el problema de la vivienda es más deplorable aún, según he podido verificar personalmente en Cuzco, Iquitos y otras muchas poblaciones.

He averiguado igualmente la atención obstétrica recibida por las mujeres gestantes, habiendo podido comprobar que más de la cuarta parte de ellas habían sido atendidas por personal profano y en sus propios domicilios, que como ya lo he dicho, son absolutamente antihigiénicos. Si esto ocurre en la Capital, donde existe una Maternidad, y en donde están radicadas la mayor parte de obstetrices diplomadas, en las ciudades de provincias, en los pequeños pueblos y aldeas de nuestras serranías, donde ni siquiera hay una sola obstetriz, los partos tienen lugar al margen por completo de la técnica, de la asepsia y de la higiene. Esta falta de cuidados a la madre y al niño en el momento del nacimiento afecta seriamente tanto la vitalidad del recién nacido, cuanto la salud de la madre y explica los altos guarismos de mortalidad precoz y perinatal, con la circunstancia agravante que no existe en el

país un establecimiento apropiado para la atención del niño débil congénito y prematuro.

También ha sido objeto de nuestras pesquisas la mortalidad precoz. Según datos estadísticos recogidos durante varios años en las Maternidades de Lima y Callao, el 6.5% de los recién nacidos son prematuros. Como en los dos últimos años se han atendido en esos establecimientos alrededor de 15,000 parturientas y como la natalidad general de la gran Lima es de 30,000 puede estimarse, con bastante aproximación, en 2,000 el número de niños prematuros que nacen anualmente y que no reciben los cuidados necesarios, lo que trae como consecuencia que 700 sucumben en el primer mes y 325 en el curso del primer semestre. Por consecuencia, más de la mitad de los prematuros sucumben antes del año, lo que no ocurre, con tan elevados guarismos, en otros lugares del mundo. En Estados Unidos, por ejemplo, la mortalidad precoz solo alcanza al 13 % de los prematuros viables. Tan satisfactorios resultados se han logrado con la creación de servicios especializados en la atención del niño inmaduro.

Si de los datos estadísticos de la Capital, pasamos a los de la República, en el supuesto que los índices fueran semejantes, que deben ser superiores por razones obvias, de los 250,000 niños que nacen anualmente, más de 16,000 son prematuros y de ellos cerca de 9,000 mueren antes de cumplir 6 meses. No sería difícil alcanzar un notable descenso en la tasa de mortalidad precoz, comparable al logrado en otros países, aplicando en nuestro medio, y de acuerdo con nuestras propias necesidades, métodos y técnicas semejantes a las que han dado óptimos resultados en otros lugares. Esto es, fundar un "Centro para la atención del prematuro" para lo que se requeriría un servicio especial, equipo apropiado y personal técnico especialmente adiestrado.

Dicho "Centro" llenaría una doble finalidad: 1º proporcionar adecuada asistencia a esos niños; y 2º preparar personal de médicos, asistentes sociales, enfermeras y obstetricas expertas en la atención del prematuro. La disminución de la mortalidad perinatal, haría descender nuestros índices de mortalidad infantil desde los primeros años de funcionamiento del "Centro".

La situación económica juega un rol de primer orden en el bienestar de la familia, sobre todo para la solución de los problemas de alimentación.

Pese a las dificultades que entraña la investigación de las condiciones económicas, me fué dable comprobar la pobreza de nuestra clase popular. Ultimamente, merced a equitativas disposiciones legales en

relación con la remuneración del trabajo, ha mejorado visiblemente la economía de la clase proletaria por aumento en los salarios y jornales. Este aumento que debía haberse manifestado por una apreciable mejora en las condiciones de vida y sobre todo en la situación alimenticia familiar, en un gran número de casos ha sido indebidamente aprovechado, revelándose por mayor ausentismo en el trabajo y acrecentamiento manifiesto de la poligamia. Una apropiada legislación podría solucionar tales casos.

En lo que se refiere a la protección social dispensada por el Estado, pude comprobar que tan solo 42 % de los niños hospitalizados habían sido llevados a los dispensarios materno-infantiles; el 58 % restante jamás había acudido a ningún centro de protección infantil, pues la familia de esos niños ignoraba la existencia de tales establecimientos.

Con el objeto de poder valorar los resultados alcanzados en los últimos 20 años por acción de los Dispensarios materno-infantiles, encomendé a un alumno, el Dr. Loayza, el estudio de 5,000 fichas de los archivos de esas Instituciones para que investigara al porcentaje de desnutrición en niños menores de un año, desde 1930 a 1950. Mientras que en 1930, el 60 % de los niños que acudían a esos Centros de salud, tenían pesos inferiores en más del 15 % del normal, en 1950 esas deficiencias penderales sólo se advertían en el 30 % de los que iban asiduamente a esos organismos estatales, como puede verse en el gráfico N°

Porcentaje de desnutrición observado
en 5000 niños de 0 a 1 año atendidos en
Dispensarios Materno-infantiles

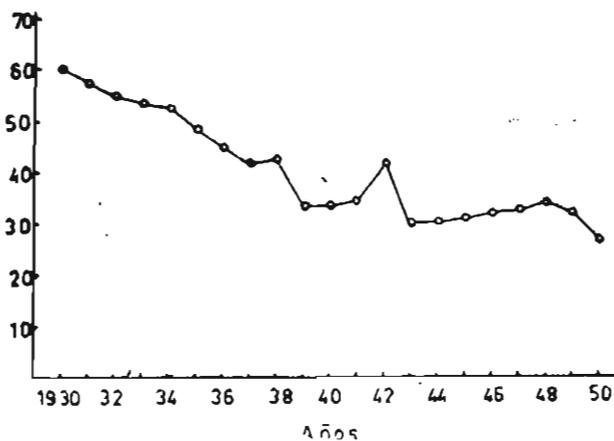


GRAFICO N° 6

6, lo que demuestra, sin lugar a dudas, que la labor de esos Centros es muy satisfactoria, siendo recomendable que se multipliquen y amplíen.

Estos son, sintéticamente expuestos, los estudios e investigaciones realizadas en lo que se refiere a la alimentación, desnutrición, distrofia y mortalidad infantiles, aspectos con mucho, los más importantes que atañen a la infancia. Como médico tengo la obligación no sólo de poner en transparencia los diagnósticos médicos y sociales sino encontrar las fórmulas que puedan solucionar las situaciones que se apartan de la normalidad, encarrilándolas por buen sendero. No proceder en esta forma, significaría crear problemas a las autoridades sanitarias del país, sin colaborar con ellas para remediarlas.

Como el campo de acción en que he operado ha sido preferentemente las salas de hospitales, he podido comprobar que la asistencia y cuidado al distrófico es un asunto de larga estancia y de alto costo. La experiencia enseña que la recuperación del niño distrófico, con merma ponderal comprendida entre 30 y 35 % del peso normal, significa un costo por concepto de estancia hospitalaria de S/. 750.00, por término medio, además del riesgo que corren por la alta mortalidad que se observa en ellos y el peligro que siempre los amenaza de contraer infecciones sobreagregadas que prolongan la estancia. Por otra parte, al reincorporarlos a su medio familiar, donde las condiciones de vida pueden cambiar, vuelven a su malos hábitos de alimentación deficiente y nuevamente caen en la distrofia. Estas recaídas a menudo abren las puertas a la tuberculosis con lo que el problema terapéutico se complica más, elevándose enormemente el costo de la curación.

He indicado precedentemente que puede estimarse en 13,200 el número de distróficos de 0 a 1 año de edad, cifra a la que debe agregarse más de 7,000 desnutridos de 1 a 3 años. Pretender hacer un tratamiento médico individual a estos 20,000 pacientes de Lima, implicaría un desembolso por el Estado de 15 millones de soles, cuando menos. Además, como el tratamiento de los distróficos no se limita a la Capital, sino a los de toda la República, cuyo número estimo en 130,000 en el primer año de vida y alrededor de 70,000 mayores de esa edad, pretender hacer un tratamiento médico a cada uno de ellos, equivaldría a una inversión no menor de 150 millones de soles, sin considerar en esta cantidad los gastos que ocasionaría la organización de servicios hospitalarios convenientemente equipados.

Mucho más económico y eficaz sería emprender una campaña más amplia, integral, de protección materno-infantil encausada con sentido preventivo, higiénico y social, llevada a cabo en forma intensa, pro-

longada y tenaz, para lo cual sería menester trazar un plan de acción que comprenda los siguientes aspectos:

1º— Promulgación del Código del Niño peruano que defina y legalice sus derechos.

2º— Atención obstétrico-maternológica esmerada que comprenda los cuidados y la asistencia de la mujer durante la gestación, parto, puerperio y lactancia.

3º— Organización de un "Centro para la atención del prematuro".

4º— Culturización de las masas populares, por medio de una adecuada instrucción y esmerada educación moral, higiénica y sanitaria organizadas de acuerdo con el grado de cultura de las distintas clases sociales, dándose preferencia a los métodos audiovisuales.

5º— Campaña contra la ilegitimidad y las fugas paternas por medio de propaganda encaminada hacia la formación de núcleos familiares legítimamente constituidos y hogares bien organizados.

6º— Vigilancia y cuidados especiales por los organismos del Estado de la alimentación y desarrollo del niño en las diferentes etapas del crecimiento, procurando que el alimento que reciba sea suficiente en cantidad y apropiado en calidad.

7º— Organización de clínicas de conducta y centros de orientación de la niñez, encargados de velar por la salud mental del niño, como la más firme garantía profiláctica contra la alienación mental y la delincuencia, en las etapas ulteriores de la vida.

8º— Mejoramiento sanitario de la vivienda, dotación de servicios de agua y desagüe, alumbrado público, pavimentación, exoneración de basuras y desperdicios, etc.

9º— Atención médica preventiva y lucha contra las enfermedades transmisibles y contagiosas.

10º— Asistencia hospitalaria oportuna del niño enfermo.

11º— Multiplicación de los Dispensarios materno-infantiles y de Centros de salud.

12º— Intensificación de las campañas de propaganda higiénica y sanitaria.

13º— Perfeccionamiento de los organismos estatales y municipales de bioestadística.

Para que la obra redentora de la infancia sea coronada por el éxito, debe interesarse en ella la mayor parte de la ciudadanía puesto que lo que se persigue es el mejoramiento biosocial de la población. Además, deben aprovecharse al máximo todos los recursos disponibles

tanto en personal cuanto en locales y materiales y fundarse las instituciones que fueran necesarias, requiriéndose para estos fines:

1º— Personal técnico y auxiliar, integrado por pediatras, tocólogos, higienistas, sanitarios, ingenieros sanitarios, estadígrafos, propagandistas, asistentes sociales, enfermeras, obstetricas, puericultoras, niñeras, etc., y una serie de asesores: legisladores, letrados, periodistas, moralista, psicólogos, sociólogos, economistas, educadores, etc.

2º— Locales y material de trabajo: Centros de salud, Dispensarios materno-infantiles, consultorios prenatales, cantinas maternas, institutos obstétrico-maternológicos en las grandes ciudades y servicios de maternidad en todos los hospitales del país, servicios especiales para la atención del prematuro, centros de pediatría preventiva, Gotas de leche, cunas maternas, hospitales de niños en las grandes poblaciones y dotación de servicios de niños en los hospitales pequeños, puericultorios, orfanatos clínicas de orientación de la niñez, clínicas de conducta, centros de rehabilitación para niños lisiados, etc. Equipos motorizados para la asistencia, propaganda y educación sanitaria en el ambiente rural.

3º— Estímulo estatal para la producción higiénica de alimentos y facilidades de transporte de los centros de producción a los de consumo; incremento de la producción e industrialización de la leche; fomento, conservación y aprovechamiento de la producción de alimentos extralácteos nacionales utilizables en la alimentación del niño, lo que traería como consecuencia un menor costo de las subsistencias.

4º— Fundación de un Instituto Nacional de Puericultura en el que se lleve a cabo toda clase de investigaciones relacionadas con la niñez y conexos con ella.

Para unificar y regularizar las directivas técnicas de la campaña de protección materno-infantil y evitar duplicación de actividades, todas las obras y servicios de Sanidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y las que puedan crearse, las que realizan los Municipios y las Sociedades de Beneficencia Pública, las de iniciativa privada que existan o puedan crearse, los servicios médicos y sociales que atienden al escolar, las Instituciones internacionales que cooperan en el bienestar de la infancia, etc., regularizarían sus actividades por intermedio de un Organismo coordinador.

Una campaña médico-social de tan gran envergadura, requiere sólida base económica para poder cumplir sus objetivos. Los recursos necesarios procederían de las siguientes fuentes:

1º— Todos los aportes económicos y asignaciones que otorga el Estado a los Hospitales infantiles, servicios de niños de hospitales generales, instituciones privadas de protección a la infancia, etc.

2º— El íntegro del presupuesto del Departamento Nacional de protección materno-infantil.

3º— Recursos económicos de la Sanidad escolar.

4º— Cuota que adjudique el Fondo de salud y Bienestar Social de acuerdo con el inciso b del artículo 2º de la ley 11672.

5º— Donativos y fundaciones existentes o que pudieran crearse en favor de esta campaña, por iniciativa privada.

6º— Partidas consignadas en los presupuestos de las Sociedades de Beneficencia pública del país, que se aplique al sostenimiento de obras de protección y asistencia al niño.

7º— Cuotas asignadas por las Instituciones Internacionales que laboran en el país en pró del bienestar de la infancia.

Para que la campaña integral de protección materno-infantil pueda hacer llegar su benéfica obra a todos los niños, aún a aquellos que viven en los lugares más apartados, sus labores deberán ser encauzadas en doble sentido: de los centros urbanos hacia los rurales, o sea una acción centrífuga; y de estos hacia aquellos, en forma centrípeta.

Al haberme ocupado de la hipoalimentación infantil y su consecuencia, la distrofia, creo haber abordado el principal problema médico-social de nuestra infancia en la seguridad que casi todos los demás males que la afligen obedecen, en parte por lo menos, a la falta de resistencia orgánica determinada por el estado distrófico, cuya enorme difusión en nuestro país reclama atención preferente.

Por elevado que sea el precio que haya que pagar para remediar tan grave situación, lo debemos afrontar en la confianza que el niño, que es capital humano potencial, reeditará con creces en el futuro las inversiones que se hagan por él, de cualquier magnitud que ellas sean.

Como considero de muy poca eficacia tratar de resolver en forma parcial o fragmentaria los problemas que atañen a la niñez, es que he esbozado un plan integral de protección materno-infantil. No creo que las directivas señaladas se puedan llevar a la práctica de inmediato y sin un bien meditado estudio previo. Lo que pretendo es que las ideas expuestas puedan servir de punto de partida para que en ulteriores conferencias de técnicos se descubran fórmulas más acertadas que permitan dar solución a los problemas planteados, los que no solo diezman a nuestros niños, sino que muchos de los que no sucumben en la primera infancia, quedan baldados para el resto de su vida.