

UNA PROPUESTA DE INVESTIGACIONES OPERATIVAS AL SERVICIO DE PROGRAMAS DE PREVENCION INTEGRAL DE LA DESNUTRICION

Lic. en Sociología GLORIA JONES DE MARDONES *
Dr. FRANCISCO MARDONES RESTAT *

INTRODUCCION

Tanto la Carta de Punta del Este como la Reunión de Ministros de Salud de las Américas (1), expresaron la urgencia de los problemas nutricionales como la necesidad de mejorar y extender los servicios de salud a todos los confines del continente, a fin de que la salud juegue el papel que le corresponde en el desarrollo económico y social de la Región.

El Plan Decenal de Salud aprobado por esas autoridades en 1972, reitera la importancia de la relación nutrición-salud y acuerda la extensión de la cobertura por medio de las estrategias del desarrollo de la atención primaria y de la participación de la comunidad, para su adecuado control. Con el patrocinio de O. M. S. y el UNICEF, la reunión mundial en Alma-ATA (1978) adopta esas estrategias para el logro de la meta "salud para todos en el año 2000".

A pesar de los progresos en las políticas y estrategias de salud de los gobiernos, se ha reconocido la dificultad de alcanzar las metas aún en los países en que el incremento de presupuestos y recursos de salud ha sido en tasas superiores al crecimiento de la población. En la XXa. (2) Conferencia Sanitaria Panamericana se destacan los obstáculos culturales a la extensión de cobertura de los servicios y se acuerda considerar en la reunión del Consejo Directivo de 1980, el estado de los programas de educación para la salud y su impacto en la promoción de la participación comunitaria. Estos antecedentes justifican el interés de gobernantes y profesionales de la salud en disponer de metodologías de investigación operativa destinadas a identificar los individuos y familias en sub-grupos homogéneos de las comunidades, en que se asocian los más altos riesgos de desnutrirse, así como de enfermar y de morir con los de no demandar atenciones en los servicios integrados de salud.

* Cátedra de Salud Pública. Magister en Nutrición. INTA, Universidad de Chile.

(1) 1963. Washington. Primera reunión especial de Ministros de las Américas.

(2) 1978. Washington.

El presente trabajo interdisciplinario (*) representa una contribución a la satisfacción de este requisito de los administradores de salud y de programas nutricionales, para el diseño de intervenciones específicas para los grupos diferenciados que se identifican con el método propuesto en este artículo.

II. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

a) *Algunas consideraciones*

Se reconoce que la situación nutrición-salud es un fenómeno social, ya que se da en forma diferenciada en los diversos estratos de una comunidad y está determinado en cada una de ellas por el nivel y la interacción de factores socioeconómicos, psicosociales, culturales y otros. (**)

La severidad de los problemas nutricionales y de salud que afectan a determinados subgrupos de la población de los países de América Latina y El Caribe, pueden reducirse no sólo con el incremento de los recursos específicos y su mejor organización, sino que también gracias a una mayor colaboración de las comunidades en la aceptación y cumplimiento de las "normas de nutrición-salud". Se entiende que la participación de la comunidad se inicia con la toma de conciencia de las necesidades y el esfuerzo de comunicación con el personal de los servicios, en busca de una satisfacción de aquéllas. La aceptación y cumplimiento de las normas constituyen etapas más avanzadas de esa participación y la adopción de roles para el cuidado de la nutrición y salud individual, de su propia familia y de su vecindario, constituyen la consolidación de tal participación.

Los servicios han realizado diversos intentos destinados a promover tal participación, utilizando diversas metodologías y técnicas educacionales y sus resultados han sido extremadamente variados. La propuesta entrea bases generales para el diseño y desarrollo de investigaciones operativas destinadas a identificar el comportamiento de grupos o subgrupos de la comunidad, posibilitando la

detección de un conjunto de factores (socioeconómicos, psicosociales, pautas culturales y otros), de manera de reconocer el grado de asociación entre comportamientos y factores determinantes para su utilización en instrumentos simples de aplicar, que adquieran el carácter de "predictores" a objeto de posibilitar la aplicación de intervenciones correctivas específicas en cada grupo homogéneo identificado.

b) *Diagnóstico de Nutrición de América Latina y El Caribe algunos aspectos básicos. (*)*

El diagnóstica nutricional y de salud en los países de América Latina y El Caribe no queda completamente configurado con las expresiones de indicadores promedios para la subregión, ya que las diferencias son importantes de un país a otro y dentro de cada país, de una región a otra, de un estrato social a otro, etc. A pesar de ello es posible reconocer condiciones comunes que los diferencian categóricamente del nivel de nutrición-salud de los países desarrollados. (Consideramos sólo los de la subregión América del Norte, USA y Canadá).

1. Se observa una fuerte relación entre desnutrición y mortalidad del menor de 5 años, reconociéndose la prevalencia de esa condición en más de la mitad de las defunciones, en varios países de la subregión. La tasa de mortalidad infantil promedio supera los 80 por mil, quintuplicando aproximadamente la de América del Norte.

2. La tasa de mortalidad por diarreas, por 100.000 del grupo de edad, fue de 1.027 para los menores de un año y de 309.8 para los menores de 5 años en 1975, cuando en América del Norte sólo alcanzaba a 22.2 y 1.0 respectivamente. Esta pérdida de vidas humanas está fuertemente relacionado con el estado nutricional; la escasa disponibilidad de agua potable; inadecuados servicios de disposición de excretas y malos hábitos de higiene.

3. Las afecciones respiratorias contribuyen con tasas similares a la mortalidad infantil y de la niñez relacionándose esta situación tanto con el nivel de nutrición, como con las condiciones higiénicas de la vivienda.

(*) Del campo de la Salud Pública y de la Sociología.

(**) Ver Marco teórico y Esquema de Análisis en artículo de Jones y Mardones "Algunas consideraciones teórico-metodológicas para el diseño de investigaciones diagnósticas y/o evaluativas en el campo de la Alimentación y la Nutrición", págs.

(*) Las condiciones de la Salud en las Américas. O.P.S./O.M.S. 1978.

4. La mortalidad materna es 6 a 7 veces superior a la de América del Norte y se relaciona con la excesiva fecundidad a edades tempranas y/o avanzadas de la mujer, con la limitada oferta de servicios, y el uso del aborto provocado como método "eficaz" de control del tamaño de la familia.

5. Un conjunto de enfermedades parasitarias debilitantes interfieren con la productividad de la mano de obra y hacen más vulnerable a la población a la desnutrición y a enfermedades intercurrentes. Millones de habitantes están afectados por el paludismo, el anquilostoma, la tripanosomiasis (Chagas) y otros.

6. Las enfermedades infecciosas prevenibles por vacunas cobran miles de vidas infantiles cada año, especialmente en los niños en situación nutricional deficiente, y la atención médica de su morbilidad irroga gastos importantes a las familias, así como a los servicios de salud.

En este resumen incompleto de causas de enfermedad y muerte, puede caracterizarse un diagnóstico que en su magnitud y gravedad está parcialmente relacionado con la satisfacción de otras necesidades básicas como alimentación, vivienda, empleo, educación, etc.; con la limitada cobertura de los servicios de salud; pero en especial con los mitos, creencias, tabúes, hábitos y costumbres que significan actitudes disfuncionales respecto a la nutrición, como el cuidado de la salud y percepciones de la morbilidad. Igualmente se relaciona con el rechazo a las técnicas de pervención integral que ofrecen los sistemas de salud.

c) *Grado de aceptación y cumplimiento de las "normas de nutrición-salud" por las comunidades.*

Se postula que la situación de nutrición salud podría modificarse no sólo por medio de un perfeccionamiento de la organización y administración de los recursos y de su incremento, de acuerdo con un sistema regionalizado, sino también por medio de una mayor colaboración de las comunidades a las metas del Plan Decenal de Salud de las Américas.

Se reconoce la necesidad de lograr de parte de la comunidad, en forma progresiva:

— El reconocimiento y aceptación de las "normas de nutrición-salud" expresadas en patrones de comportamiento deseables para asegurar la prevención integral de la desnutrición y de enfermedades asociadas, complementado con:

— El cumplimiento cabal de esas normas, no sólo por iniciativa individual, sino con el adecuado reforzamiento que significa el apoyo de la comunidad consciente de sus necesidades de nutrición-salud y participante en el mejoramiento de ellas, colaborando con el equipo de salud.

III. CONSIDERACIONES GENERALES

a) *Algunas características de la comunidad a considerar en la programación de la prevención integral de la desnutrición.*

Las comunidades no son homogéneas en cuanto a actitudes, valores y creencias, hábitos y costumbres, hecho que incide en el comportamiento respecto a nutrición-salud.

Internamente en una misma localidad o zona geográfica, es posible distinguir subgrupos o conglomerados con características culturales uniformes comunes, y al mismo tiempo distintas, respecto a otros grupos. Los niveles de desnutrición, a su vez, son desiguales para los subgrupos que componen internamente una sociedad. Esto nos obliga a mostrar en primer término los factores que aparecen vinculando las dos realidades.

La posición que ocupan los individuos en la estratificación social (posición socioeconómica) de una localidad, determina niveles de vida específicos; estos niveles de vida se expresan en términos de "estilos de vida", los que en última instancia implican la aceptación, práctica y transmisión de elementos inherentes a este estilo de vida tales como: valores (ideales y expectativas), hábitos, creencias, actitudes y costumbres. En este sentido, podemos aislar en un mismo grupo, por ejemplo, distintos subgrupos relativamente diferentes entre sí, que se pueden disgregar de la cultura mayor de éstos aunque en aspectos globales se encuentren ligados y que comparten, como ya se señalara, rasgos comunes (subculturas).

Los distintos subgrupos y subculturas de una sociedad, por tener comportamientos similares (producto de lo señalado en el punto anterior), exhiben, por tanto, similares problemas de nutrición-salud.

Del contenido de las observaciones anteriores, podemos resumir y, al mismo tiempo, inferir:

—No existe una relación "mecánica" entre la población a quien se dirigen las acciones relacionadas con nutrición-salud y el sistema de oferta de servicios.

—La respuesta de los individuos a los programas de salud y/o a las intervenciones, es desigual.

En este sentido, por ejemplo, la posibilidad de demandar atención al sistema formal actúa en concomitancia con factores socioecológicos, biopsicosociales y culturales. De esta manera, las normas relacionadas con nutrición y salud llegan diferencialmente a la población. Aparecen como "responsables" de esta situación: el grupo social de pertenencia, el "estilo de vida" de las familias y factores inherentes a éstos, tales como, entre otros, aquéllos de carácter socioeconómico, cultural y psicosocial (*), biodemográficos y del saneamiento de la vivienda.

—La reacción diferencial de la población en relación a la aceptación de las tecnologías modernas de alimentación y a la oferta de servicios del sistema formal de salud, se expresa en términos de desigual aceptación y/o demanda. La demanda es, a su vez, un fenómeno social, ya que se expresa diferencialmente para los distintos grupos que integran una comunidad. La intervención de la voluntad humana denota la influencia del medio que actúa a través de la acción, inapalpable para el individuo, de factores tales como pertenencia a un grupo socioeconómico y a una subcultura que transmite valores, normas, creencias y costumbres; pertenencia que posibilita la definición de ciertas necesidades y no de otras, y de desiguales caminos para satisfacerlas; pertenencia que determina percepciones peculiares para aprehender la realidad e interpretarla, determinando todo ello estilos de vida específicos y, por tanto, actitudes y conductas.

A pesar que es por todos reconocida la importancia de los factores sociales, económi-

(*) Véase en este mismo número, artículo de Jones y Mardones: "Algunas consideraciones teórico-metodológicas para el diseño de investigaciones diagnósticas y/o evaluativas en el campo de la Alimentación y Nutrición-Marco Teórico".

cos, culturales y biopsicosociales en la determinación de los problemas de nutrición-salud de los individuos, familias y grupos sociales, hay escasos trabajos publicados sobre el tema en referencia.

Las investigaciones médicas de la última década han ido demostrando una vez más la necesidad de considerar el condicionamiento social y cultural de los problemas de nutrición-salud (1), (2), (3). Igualmente, evidencias emanadas de informes de la OMS (4) muestran la forma cómo se interrelacionan los factores aludidos en el punto anterior.

b) *Pueden identificarse subgrupos en las comunidades, localidades o zonas geográficas de alto riesgo de no demandar al sistema formal en aspectos relativos a prevención integral de la desnutrición.*

En las comunidades se puede detectar la existencia de conjuntos relativamente homogéneos de hogares en los cuales factores de tipo social, económico, cultural y biopsicosociales actúan como "síndromes asociativos", determinando distintas posibilidades de aceptar y cumplir con lo que el sistema de salud define como deseable.

La identificación de subgrupos de alto riesgo de no demandar, nos induce a reconocer la existencia de conjuntos relativamente homogéneos de hogares en los que el comportamiento respecto a nutrición-salud de sus miembros conforma "síndromes" típicos, covariando estrechamente con las variables señaladas. Así, por ejemplo, cabría distinguir en términos polares a hogares que se caracterizan por hábitos y costumbres que afectan especialmente el nivel nutricional de los grupos vulnerables. Estos hogares se caracterizan, además, por no demandar a los servicios de salud y, a su vez, tener alta fecundidad,

(1) Serrano C. V. y Puffer R. H.: "Características de la Mortalidad en la Niñez", OPS 1973. Publicación Científica N° 262.

(2) Cusminsky M. et. al.: "Crecimiento y Desarrollo del Niño Normal de 4 a 12 años, Estudio Transversal". La Plata, Argentina. Actas del XVI Congreso Internacional de Pediatría. Buenos Aires. 4-9 X 1974. Vol. 5 pp. 52-61, 1974.

(3) Mardones Restat Francisco. Protección Materno Infantil. Capítulo 17 del Libro sobre Administración Sanitaria Sonis A. ATENEO 1972.

(4) Organización Mundial de la Salud: "Prevención de la Mortalidad y Morbilidad Perinatales". Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos N° 457, 1970.

baja instrucción de los cónyuges, bajo nivel de ingreso per cápita, edades tempranas en el establecimiento de uniones estables, ocupacionales con bajos niveles de calificación en sectores tradicionales y de baja productividad de la economía.

En estos conjuntos homogéneos se registra, además, alta mortalidad infantil, escaso conocimiento, acceso y uso de métodos modernos en la regulación del tamaño de las familias, destacando el aborto como el medio aceptado y practicado para estos fines, tamaño ideal de familia marcadamente alto en relación a otro conjunto de hogares e inferior espaciamento de los nacimientos.

Igualmente se observa en ellos bajo nivel de vida, vivienda insatisfactoria, estrategias de supervivencia que obligan a la mujer a desarrollar tanto las labores domésticas como actividades de escasa remuneración, incluso con participación de los hijos; desajustada percepción de la morbilidad, escasa práctica de acciones preventivas en salud, tanto en el embarazo como respecto a los hijos menores y a los adultos.

A las situaciones enumeradas se suman actitudes y creencias basadas en la tradición, que facilitan el advenimiento de problemas de nutrición-salud y el rechazo a la medicina moderna, bajo nivel de aspiraciones (ideales) y mínimas expectativas, baja capacidad para programar la vida y, por tanto, alto fatalismo en su visión de la realidad, unido a un escaso o nulo nivel de instrucción (1).

- c) *Instrumentos de pesquisa del riesgo de no demandar al sistema formal de salud, en especial en los programas de prevención integral de la desnutrición.*

Se justifican tanto la necesidad como la posibilidad de llevar a cabo investigaciones operativas para elaborar instrumentos de pesquisa de alto riesgo de desnutrirse, para el logro de una modificación sustancial de algunos problemas de salud por medio de la identificación de individuos, familias y grupos de la comunidad, a ser "sometidos" a intervenciones diferenciadas.

(1) Jones, Gloria: "Fecundidad y Características Socioeconómicas, Demográficas y Psicosociales en el Gran Santiago". (mimeo). Informe Final de Investigación, Programa de Investigaciones sobre Población para América Latina (PISPAL). 1978.

Los antecedentes enunciados hasta aquí avalan la necesidad así como la posibilidad de programar investigaciones operativas que permitan orientar una mejor utilización de los servicios de salud por la comunidad, implementando intervenciones a fin de aumentar la cobertura de los servicios en relación a prevención integral de la desnutrición. Aquéllas permitirán fundamentar y realizar el reajuste de las intervenciones en base a un conocimiento objetivo de la realidad de las comunidades, orientando las actividades tendientes a modificar el comportamiento de los grupos que no llegan, o lo hacen tardíamente, al sistema de salud.

Se señala que del conjunto de hogares descrito en el punto b) es posible aislar múltiples combinaciones de los factores asociativos enunciados, los que para efectos de las investigaciones que se proponen, determinarán la existencia y definición de los cuatro siguientes grupos de hogares:

- a) Hogares de bajo riesgo de no demandar.
- b) Hogares de riesgo medio de no demandar.
- c) Hogares de alto riesgo de no demandar.
- d) Hogares de muy alto riesgo de no demandar.

Los factores de riesgo pueden definirse como las características sociales, económicas, culturales y biopsicosociales de una persona que la exponen con alta probabilidad a no demandar al sistema formal de salud. La detección de estos factores en comunidades o grupos sociales específicos posibilita la predicción de comportamientos y facilita, por lo tanto, la eficacia de la intervención "correctiva" correspondiente. Esta hipótesis fundamenta la decisión de elaborar instrumentos de pesquisa de riesgo (ver implementación metodológica).

La necesidad de estudios de esta naturaleza ha sido destacada en una publicación reciente de la Organización Mundial de la Salud (1), la que constituye un importante esfuerzo respecto a metodología y estrategias en relación a riesgos de salud.

(1) Organización Mundial de la Salud. "Método de Atención Sanitaria de la Madre y el Niño basado en el Concepto de Riesgo". Publicación en Offset N° 39, Ginebra. 1978.

Las consideraciones del trabajo señalado permiten reafirmar que en el proceso de programación es de extrema utilidad complementar la información estadística que conforma una parte sustantiva del diagnóstico, con la proveniente de investigaciones que permitan aproximarse al conocimiento de las relaciones de causalidad y en estas investigaciones debe valorizarse el comportamiento de la población respecto a salud, así como también el peso de los factores condicionantes.

El Plan Decenal de Salud de las Américas postula necesario fortalecer los medios tendientes a cumplir con sus metas (aumento de cobertura y mejor utilización de recursos, entre otros). Se señala que ello sólo será factible si se reconoce que si bien es cierto que es de importancia modificar aspectos relacionados con la oferta de servicios, ello no producirá "automáticamente" variaciones en la demanda si no se influye a través de acciones y programas específicos en la población. Estas acciones y programas sólo tendrán impacto si corresponden a la realidad de los grupos, subgrupos, localidades o zonas geográficas, donde el equipo de salud pretenda actuar.

Una programación en salud que no se base, entre otros aspectos, en las "realidades locales" no podrá cumplir con metas en donde el comportamiento de la población esté en juego. Además, cabe señalar que la información "base" proveniente de la aplicación inicial de un instrumento de pesquisa de riesgo permitiría la realización de estudios evaluativos en los que, y para distintos momentos del tiempo, mostrarán el efecto de las acciones y/o programas que se estén llevando a cabo para el cumplimiento de metas.

La identificación de algunos tipos de rechazo en las comunidades rurales y periurbanas a los programas de Nutrición y Salud, refuerzan la necesidad de este tipo de estudios, reconociendo la dificultad de generalizar resultados de estudios localizados, ya que es evidente la heterogeneidad por regiones y subgrupos étnicos específicos.

d) *La Norma de Salud o comportamiento deseable de la comunidad para el logro de las metas de un programa de prevención integral de la desnutrición.*

Se propone enfocar las investigaciones operativas para mejorar los programas de prevención integral de la desnutrición, al análisis de la aceptación y cumplimiento de las normas de nutrición y salud por las comunidades.

Para el cumplimiento de sus fines, los sistemas de salud de los países de la subregión se han organizado generalmente a través de lo que se han denominado áreas programáticas, cada una de las cuales a su vez tiene fines y metas específicas. Estas, por otra parte, para lograr el cumplimiento de sus fines específicos, han definido operativamente el comportamiento que debería tener la población; este comportamiento deseable corresponde a lo que hemos denominado "Normas de Salud" (1).

Para efectos de seleccionar las investigaciones a ser realizadas se sugiere desentrañar a nivel de cada área programática los aspectos normativos que se espera guíen la conducta de los usuarios. La sumatoria de todas las normas reflejaría, entonces, la forma operativa que cada sistema de salud ha establecido para el cumplimiento de sus fines, en lo que dice relación con comportamientos de la comunidad. Podría, de acuerdo con lo anterior, considerarse que una comunidad no colabora con el sistema "formal" de salud en la medida que su respuesta, en relación a la aceptación y cumplimiento de las normas, no corresponda a la conducta esperada por el sistema. La baja respuesta, indudablemente, debería traducirse en una muy precaria situación de salud de los miembros de ésta, la que para determinados subgrupos de los países, es evidente.

A modo de ejemplo se señalan a continuación algunas normas de salud de las áreas programáticas:

—En malaria constituye conducta deseable que todo individuo febril acuda al voluntario respectivo o al puesto de salud y acepte tomarse una muestra de gota gruesa, acepte el

(1) Se entiende por "Norma de Salud" la pauta de conducta que las áreas programáticas —y respecto a distintos problemas específicos de salud-enfermedad— definen como deseables que la población (individuos, familias, grupos, comunidades) cumpla. Dice relación con el comportamiento deseado de la comunidad a los programas del sistema de salud.

tratamiento, así como también que cada familia colabore en la fumigación periódica de la vivienda.

—En control de transmisibles, que la familia acepte y colabore en la inmunización periódica de los niños, de acuerdo con el plan.

—En salud materno-infantil, que la madre alimente al niño exclusivamente con pecho durante el primer semestre y que complemente su dieta de acuerdo con un plan establecido. Que los partos de alto riesgo reciban atención institucional. Que durante el embarazo la madre se abstenga de las bebidas alcohólicas y de fumar. Que la madre utilice anticonceptivos para postergar embarazos en los casos de alto riesgo, etc.

Se recomienda proceder a una definición operativa de las normas de salud de cada área programática, de manera tal que el equipo de salud disponga de los elementos necesarios para seleccionar un programa de investigaciones. Se sugiere que en la selección de las normas a ser estudiadas se considere el efecto que su no cumplimiento por parte de la población tiene en la situación de salud del país. El esquema que se presenta a continuación proporciona ejemplos de contenidos de algunas normas correspondientes a áreas programáticas particularizadas, que se relacionan con el programa de prevención integral de la desnutrición.

(Ver cuadro "NORMAS DE SALUD", al final de este trabajo).

e) *Hipótesis relacionadas con factores socioculturales y psicosociales que afectarían la demanda, en especial en áreas rurales y periurbanas.*

La experiencia de los autores así como la revisión bibliográfica, fundamentan y justifican la presentación preliminar de algunas hipótesis de carácter general relacionadas con factores socioculturales y psicosociales, que afectan la demanda a los servicios del sistema formal de salud, en la esperanza que ellas sean motivo de discusión para la selección definitiva de las hipótesis que orientarán las investigaciones operativas.

1. El comportamiento de la población respecto a nutrición-salud (para la norma estudiada) se expresa desigualmente en los distintos grupos socioeconómicos.

2. En el comportamiento desigual respecto a nutrición-salud de los individuos, unidades familiares y grupos sociales, inciden básicamente factores de tipo socioeconómico, biodemográfico, psicosocial y pautas culturales.

3. La mortalidad infantil es mayor en los grupos de más bajo nivel de vida, identificándose el nivel nutricional de la madre y el niño como factores mediadores de esta relación.

4. La actitud de fatalismo frente a la vida que se asocia a los grupos de más bajo nivel de vida, influye en el no uso de los servicios de prevención integral de la desnutrición.

5. La actitud de "programar" el futuro, escasamente presente en las comunidades rurales, es un factor que influye en la percepción de la nutrición-salud como una necesidad.

6. La actitud de "programar el futuro" se encuentra asociada al nivel de escolaridad del jefe del hogar, al ingreso per cápita de la familia y a la participación de la mujer y/o los hijos en la actividad económica.

7. La población con mayor riesgo de no demandar a los servicios es aquella que presenta el más alto riesgo de no cumplir normas referentes al cuidado prenatal, a la atención profesional del parto, al control periódico del lactante, así como al más alto riesgo de los hijos de enfermar y morir.

8. La nutrición-salud como necesidad no está presente en aquella parte de la población que ostenta la actitud de mayor fatalismo frente a la vida.

9. En la población que siente la salud como una necesidad y no demanda al sistema moderno, están actuando como factores contribuyentes, variables tales como:

- a) Limitada percepción de la morbilidad.
- b) Imposibilidad de disponer de "alguien" con quien dejar a sus hijos para asistir al puesto de salud.
- c) Lejanía del hogar respecto al establecimiento de salud.
- d) Temor a la relación médico-paciente.
- e) Creencias "disfuncionales" respecto a la tecnología específica utilizada por el equipo de salud.

f) Falta de poder por parte de la madre en la toma de decisiones para acudir al servicio (el marido está en su trabajo, y es él quien puede tomar la decisión).

g) Oposición del "esposo" para que asista su mujer al servicio de salud en caso de enfermedad de ésta, porque ello implica la posibilidad de pasar sobre algunos "tabúes" respetados fuertemente durante muchas generaciones (por ejemplo, la mujer no debe mostrar el cuerpo, salvo a su marido).

h) Definición "equivocada" de los efectos secundarios de algunos alimentos, así como de ciertos medicamentos por haber coincidido su uso con el advenimiento de algún problema de salud.

i) Horarios inadecuados al tiempo disponible para hacer uso de los servicios de salud por parte de un grupo importante de la población.

10. Los grupos con más bajo nivel de vida viven orientados a la satisfacción de necesidades de subsistencia (especialmente alimentación), y en ellos las conductas preventivas de nutrición-salud tienen muy limitada cabida.

11. El grupo de la hipótesis anterior ostenta un intenso fatalismo frente a la vida y, en este sentido, la enfermedad es definida como algo "fatal" que tiene que venir (Dios lo quiere así) y frente a lo cual nada es posible hacer.

12. Frente a la morbilidad de un niño, la relación médico-paciente se establece no entre la madre y el personal de salud, sino entre un miembro de éste y el padre, siendo a la vez éste quien toma las decisiones en la familia. Si en alguna investigación esta hipótesis fuese avalada por la evidencia, se tendría un elemento de considerable valor para los encargados de programas educativos en términos de poder evaluar a quién deben dirigir se las acciones: al hombre, a la mujer, o a ambos.

13. Un subgrupo rural y/o periurbano tiene incorporado a sus creencias sobre nutrición-salud la acción "mágica" de objetos naturales. El personal de salud invalida el carácter atribuido a estos objetos (pasando entonces por sobre la tradición del grupo), contribuyendo al abandono de los servicios cuan-

do éstos han sido alguna vez demandantes (o aún influyendo en sus "vecinos" para una automarginación).

14. Algunos subgrupos del área rural y periurbana se resisten a usar los servicios de salud por exhibir dificultades para comunicarse en una relación de rol a rol. Lo anterior refuerza la práctica de la medicina folklórica.

15. Ciertos subgrupos recurren tardíamente al sistema moderno de salud después del fracaso con la medicina folklórica y la consulta a la "farmacia".

IV. CONSIDERACIONES METODOLOGICAS

Reconocida la heterogeneidad de las comunidades con respecto a su comportamiento en nutrición-salud, se propone la realización de investigaciones operativas destinadas a identificar la correlación de comportamientos con factores mensurables de tipo psicosociales y pautas culturales, biodemográficos y socioeconómicos, así como la pesquisa de indicadores de fácil uso, que tengan valor de predictores para agrupar la población según características que faciliten el desarrollo de acciones con el mayor impacto directo y efecto multiplicador en nutrición-salud.

Se describen algunos pasos del proceso metodológico y se señala como prerequisite la selección de las normas y su expresión adecuada en términos de comportamientos deseables de individuos, familias y grupos.

Los administradores y planificadores de los programas sociales han recibido en forma reiterada la solicitud de las autoridades de Gobierno y, en especial, del Sector Salud, para colaborar en los esfuerzos destinados a incorporar a la totalidad de la población a los beneficios de estos servicios (extensión de la cobertura), incrementando la eficiencia y eficacia de los recursos que se destinan a esos propósitos.

El reconocimiento de la importancia de los obstáculos culturales al logro de los cometidos mencionados (*), justifica el desarrollo de investigaciones operativas que comple-

(*) Este reconocimiento se ha reiterado durante la XX Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington D. C. 1978.

menten las contribuciones de la epidemiología a la identificación de los grupos "en riesgo", con los métodos y técnicas de la Sociología para identificar tanto los comportamientos de esos grupos con relación a las normas de nutrición y salud, así como la asociación de ese comportamiento a situaciones determinadas por niveles diferenciados de variables propias de los factores socioeconómicos; psicosociales y pautas culturales; biodemográficos; el saneamiento de la vivienda y otros.

En consecuencia, se propone una metodología que permite su aplicación en investigaciones independientes o conjuntas, pudiendo incluir como temática una o varias normas de acuerdo con la necesidad de la programación.

Esta forma de conocer la realidad permitirá a los directivos de salud caracterizar a grupos de población en las comunidades, lo que facilitará la selección de las acciones correspondientes. Estos subgrupos corresponden a:

a) Un grupo cuantificable que siente la necesidad de nutrición-salud y, por lo tanto, acepta y cumple las normas (1).

b) La magnitud de la población que no acepta la norma (no siente la necesidad) pero que, por factores definidos por ellos como "convenientes", la cumplen (ej. controla al niño sano por obtener un beneficio material: leche). Este grupo satisface una necesidad sentida (alimentación) a través de la simulación de aceptación de la norma.

c) La proporción de la población que siente la necesidad de nutrición-salud (respecto a las normas en estudio), pero que su "estilo de vida" impone limitantes para satisfacer esa necesidad utilizando el sistema moderno de salud (acepta la norma, pero factores psicosociales y pautas culturales, obstaculizan su cumplimiento).

d) El grupo de la población que no siente la nutrición-salud como una necesidad. No aceptan las normas expresando desinterés,

desconocimiento frente a ellas, así como dificultades para su cumplimiento.

El esquema siguiente ilustra lo anterior.

COMPORTAMIENTO FRENTE A NORMAS DE NUTRICION - SALUD (*)

CUMPLE

		SI	N O
ACEPTA	SI	a	c
	N O	b	d

La detección de los diversos grupos (a, b, c, d) posibilitaría en términos prácticos para los planificadores de salud, entre otros a lo menos, las acciones siguientes:

1. Revisión de políticas.
2. Reformulación de programas y/o acciones.
3. Evaluación longitudinal de programas para realizar las correcciones que se estimasen necesarias. En este sentido, la elaboración de instrumentos de riesgos muestra objetivamente adónde están y quiénes son (no sólo en cifras de documentos sino que identificándolos en las comunidades a áreas objeto del estudio), los grupos expuestos a mayor riesgo de incumplimiento de las normas que se estudien (mayor riesgo de alimentación insuficiente en el embarazo, mayor riesgo de suspensión precoz de la lactancia materna, etc.
4. Programación de actividades educativas hacia los diversos grupos según sus necesidades. Esto último, naturalmente visto desde los intereses tanto del sistema de salud como de la población. El hacer posible diri-

(*) La aceptación y cumplimiento de normas es un tema clásico en teoría sociológica, especialmente después de las contribuciones de R. K. Merton.

(**) Pereda Cristián: "Aceptación y cumplimiento de algunas normas de salud por las madres del área rural, Santiago. Escuela de Sociología Universidad Católica de Chile, 1967. Mimeo.

(1) Se reconocen y valoran las contribuciones en esta materia del Sociólogo Cristián Pereda. Véase en: "Chile, Mujer y Sociedad", UNICEF, 1978, "La madre y el cuidado de la salud de sus hijos: Análisis de un rol". Págs 499 - 548.

gir las acciones hacia los grupos de mayor riesgo de, por ejemplo no demandar al sistema formal de salud, permitirá aumentar las posibilidades que los programas cumplan con sus logros (impacto del programa).

V. INSTRUMENTO DE LA METODOLOGIA PROPUESTA

Se presentan las bases para elaboración de diseños de investigación sobre factores bio-psicosociales y culturales que influyen en el incumplimiento de normas de salud.

1. *Formulación del problema en estudio.*

Es necesario que el investigador defina muy claramente cuál es el aspecto de la realidad que necesita conocer y cuál es la delimitación de su tema en estudio. Se estima indispensable en esta etapa *explorar* la realidad. En este sentido los estudios exploratorios son considerados como una etapa inicial básica en un proceso continuo de investigación. En la práctica, la parte más difícil de una investigación es la iniciación. Los más cuidadosos métodos durante las últimas fases del estudio son de escaso valor si se ha comenzado por un principio inadecuado. De ahí, entonces, que formulada una necesidad (como aumentar la demanda para la supervisión del crecimiento y desarrollo del niño y hacer el mejor uso posible de los recursos), el investigador se *formule el problema* que dé respuesta lo más acertadamente posible a esta necesidad del sistema de salud.

El desconcierto sobre qué aspectos gravitarán en la demanda mueve a seguir una serie de pasos con el objeto de desentrañar el problema a ser estudiado, posibilitando una investigación precisa a futuro y el desarrollo de alguna(s) hipótesis.

Pasos para la más adecuada formulación del problema a estudiar:

— Revisión de literatura sobre el tema.

— Entrevista a personas que han tenido experiencia práctica con el problema en estudio (población).

— Entrevista a expertos y técnicos en la materia (investigadores, jefes de áreas, jefes de programas, consultores, personal de salud de áreas urbanas y rurales). Es importante asegurar varios tipos de experiencias, da-

do que el investigador le sugiere nuevas ideas.

— Estudio de casos puros, o sea de personas que portan el aspecto de la realidad que escudriñamos y de los que no lo portan; en nuestro caso, familias que demandan a los servicios de salud y de familias que jamás lo han hecho, ello tanto para el área rural, como peri-urbana y urbana.

— Entrevistar a individuos que representen posiciones diferentes en la estructura social.

La práctica de los pasos anteriores permite al investigador seleccionar qué variables tienden a aparecer juntas en los marcos sociales y seleccionar problemas y prioridades en un programa de investigación. La actitud del investigador es de receptividad, de buscar antes que comprobar. Su búsqueda es constante en el proceso de reestructuración de su problema en estudio. Además se le impone la necesidad de integrar distintos trozos de la realidad —que han sido planteados por personas con distintas experiencias y por la propia literatura sobre el tema— en una interpretación unificada. Surge en este momento el marco teórico de la investigación, que dará luego "sentido" a los datos que serán recogidos en el estudio.

2. *Propósitos y utilidad del estudio.*

Obtener evidencias objetivas que permitan al personal de salud revisar programas, reformular políticas, programar y evaluar acciones con miras a lograr la prevención integral de la desnutrición. Dirigir programas "correctivos" diferenciados a las personas, familias o grupos con más alto riesgo de no aceptar o no cumplir con las normas que se estudien. La eficacia y el impacto de estos programas será importante en la medida que se organizarán en función de los factores "predictivos" de alto riesgo de las localidades y zonas geográficas o grupos donde se desarrolle el estudio.

3. *Objetivos.*

a) Obtener una visión general de la incidencia que factores económico-sociales, biodemográficos, psicosociales y culturales, del saneamiento de la vivienda y de la dieta, tienen en la no aceptación y en el incumplimiento de normas de nutrición-salud.

b) Proporcionar referentes empíricos o indicadores predictivos de comportamiento de la población respecto a demanda, implementando el actuar de las unidades de programación.

c) Proporcionar un instrumento simple de pesquisa de riesgos de incumplimiento de normas de nutrición-salud, de fácil manejo, para ser aplicado por personas de las áreas locales, puestos de salud, centros y otros además de servir de base para organizar acciones "correctivas" y/o posibilitar evaluaciones de programas.

A estos objetivos generales deberá agregarse los específicos, que dependerán de la norma de salud a ser estudiada. En este rubro deberá indicarse con precisión el tipo de variable que se seleccionará para ser incluida en la investigación. Ellas deberán corresponder a las dimensiones señaladas en el punto a) precedente. Será conveniente identificar las variables o factores que se estime inciden en la no aceptación y en el incumplimiento de la norma estudiada. Por otra parte, deberá señalarse qué indicadores se utilizarán. Estos deberán corresponder al contexto donde se realice el estudio.

4. Hipótesis.

La investigación exploratoria deberá dar lugar a la organización de la realidad, la que debería expresarse a través de una presentación interrelacionada de hipótesis. Estas son de gran importancia por cuanto permitirán la especificación de objetivos y guiarán la recolección de los datos.

5. Especificaciones metodológicas del diseño.

Se enumeran sumariamente a continuación algunas especificaciones metodológicas a considerar en el diseño de la investigación (1):

(1) Se refiere al interesado que desee una mayor ilustración sobre el tema, a los siguientes textos:

"Métodos de Investigación Social". Goode Williams and Hatt Paul. Ed. Trillas, México. 1977.

"Research Methods in Social Relations". Jahoda Marie, Morton Deutch and Stuart W. Cook, New York: Dryden. 1951.

"Experimental Sociology". Greenwood, Ernest. New York: King's Crown Press. 1945.

1. Operacionalización de los conceptos con que se expresan las hipótesis. Selección de los indicadores y especificación de técnicas para elaboración de índices.

2. Definición del universo.

3. Unidades de observación.

4. Diseño de una muestra, si corresponde.

5. Instrumento para la recolección de datos.

6. Tiempo al que se referirán las observaciones.

6. Nivel del Estudio.

1. Estudio exploratorio.

2. Estudio propiamente tal. Carácter descriptivo, explicativo.

7. Análisis estadístico de los datos del estudio.

8. Organización de la investigación.

1. Cronología del estudio. De sus diversas etapas.

2. Recursos humanos.

3. Recursos financieros. Costo por etapas.

VI. ELEMENTO ESPECIFICOS DE LA METODOLOGIA

Se mencionan algunos requisitos para la elaboración de instrumentos, tanto para el diagnóstico de la aceptación y cumplimiento de normas, así como para predecir el riesgo de su incumplimiento.

1. Selección de normas a ser estudiadas.

En términos teóricos, sería deseable proceder al estudio de la aceptación y cumplimiento de la totalidad de las normas del programa de prevención integral de la desnutrición, así como de programas relacionados, pero su costo no sólo en tiempo de personal que debe dar atenciones así como en otros recursos, lo hacen impracticable. Por ello, el equipo debe establecer prioridades de acuerdo al mayor impacto que puede tener en el nivel de nutrición-salud, la aceptación y cumplimiento por la población de cada una de las normas identificadas, según los antecedentes

entregados por el diagnóstico preliminar de la situación de nutrición y salud.

2. Determinación de los comportamientos esperados de la población respecto a la norma seleccionada.

Es necesario que el investigador en conjunto con el equipo de salud, hagan explícitas cada una de las acciones que se estima tanto deseables como inconvenientes que la población ejecute, según la norma a estudiar.

3. Investigación descriptivo explicativa acerca de los factores socioeconómicos, psicosociales y pautas culturales, biodemográficos y otros, relacionados con la aceptación y cumplimiento de la norma seleccionada.

Esta etapa corresponde a un diagnóstico general de la población, que permite identificar el conjunto de factores que están incidiendo en el fenómeno en estudio. A este diagnóstico se llega siguiendo el método científico en el nivel descriptivo-explicativo, lo que permite mostrar el efecto conjunto así como las interacciones recíprocas entre las variables, poniendo en evidencia el carácter de hecho social que se le atribuye a la demanda. Igualmente permite mostrar el "síndrome" de factores que aparecen asociados entre sí y respecto a la conducta de la población en relación a nutrición y salud.

Es necesario señalar que sólo con la presencia de un marco teórico será posible otorgar el lugar que le corresponde a cada una de las dimensiones, variables e indicadores de un estudio en el que el comportamiento humano esté en juego. De lo contrario se corre el riesgo de elaborar un plan de análisis con sesgos fundamentales en la interpretación de los datos y, por lo tanto, en las conclusiones. En relación a este último aspecto adquiere especial importancia el adoptar una estrategia de análisis que posibilite, además, la detección de los cortes relevantes en las variables. La inclusión de categorías muy gruesas ha mostrado en varios estudios resultados contradictorios para aspectos de importancia vital en los problemas de salud. Ello por cuanto ocultan el poder discriminativo que para ciertos sub-grupos vulnerables de la población tienen las variables en recorridos específicos que es necesario "descubrir"; lo señalado adquiere relevancia mayor cuando se intenta desentrañar efectos de interacción, los que en estudios de esta naturaleza son vitales.

En términos prácticos, estas investigaciones constituyen condición necesaria para realizar los pasos posteriores para la elaboración del instrumento de pesquisa de riesgo de no demandar.

Se señala que este estudio diagnóstico deberá permitir:

— Especificar cuantitativamente la dinámica de funcionamiento de la norma en grupos de población claramente definidos. En este sentido, es importante proceder a una clasificación de la población en estudio en términos de:

- a) Aceptación y cumplimiento de la norma.
- b) Aceptación y no cumplimiento.
- c) No aceptación y cumplimiento; y
- d) No aceptación ni cumplimiento.

— Caracterizar *obstáculos* de no aceptación y/o cumplimiento en los grupos anteriores. La determinación de estos obstáculos debe permitir obtener una visión general cuantificada y *jerarquizada* de los obstáculos sentidos y percibidos por la población para no aceptar y/o cumplir las normas, como asimismo permitir conocer lo forma como grupos de esta población han superado los obstáculos percibidos por los grupos restantes, y que en este nivel del estudio aparecen como cumplidores y aceptantes.

El grupo a) puede ser definido como de *bajo riesgo* de no demanda respecto a las normas en estudio. Este grupo, aparentemente, no debiera ser objeto de acciones o programas, pero en la práctica se observa que una parte de esta población hace una sobre utilización de los servicios. Como los recursos de salud no pueden aún satisfacer las necesidades de salud de toda una población, se estima necesario una vez que los grupos b), c), y d) lleguen al sistema como demandantes, programar acciones con este grupo a), de manera tal que demanden al sistema frente a las necesidades reales permitiendo con ello que los recursos existentes sirvan más a las personas que más los necesitan.

Se señala que en este grupo la salud corresponde a una necesidad sentida, necesidad frente a la cual éste ha buscado satisfacción en el sistema moderno de salud, aceptando las tecnologías.

El grupo b) respecto del a) puede ser definido como de riesgo medio de demanda; ambos grupos sienten la nutrición-salud como una necesidad, pero su diferencia está en que el segundo b), percibe obstáculos para su cumplimiento. Los obstáculos sentidos por este grupo debieran ser considerados para que el equipo de salud posibilite que la comunidad se organice en búsqueda de la superación de estos obstáculos. Si se detectan obstáculos "culturales", podrían incluso llevarse a cabo programas educativos para el sub-grupo que lo amerite.

Los grupos c) y d) corresponden a la población que no siente la nutrición-salud como una necesidad.

4. *Elaboración de un instrumento predictivo de riesgo de no demanda al sistema formal de salud.*

Teniendo como datos "base" los resultados de la investigación descriptiva-explicativa, se enumeran a continuación los pasos que deberán seguirse para llegar al instrumento definitivo de pesquisa de riesgo.

1. Listar el número de variables que aparecen más estrechamente asociados a la variable dependiente (nutrición-salud).

2. Otorgar peso relativo a las variables. Ello se expresará por medio de puntajes de acuerdo con la fuerza de la relación (1), (2).

3. Determinación de la validez y contabilidad de los indicadores respecto al instrumento global.

4. Prueba del instrumento.

4.1. Se recomienda seleccionar una pequeña muestra que permita abarcar casos de la población correspondientes a los cuatro grupos que interesa.

4.2. Proceder a juzgar la capacidad discriminativa del instrumento en la medida que las variables intervinientes entreguen diferencias importantes en relación a un referente empírico concreto de la variable dependiente.

4.3. Validación externa del documento. Se recomienda poner a prueba el instrumento utilizando el "método de jueces" (3).

Para este objeto se procede a la ubicación de casos conocidos por éstos en los cuatro grupos del esquema, según aceptación y cumplimiento. La relación entre los resultados del instrumento y el de las ubicaciones modales de los jueces, constituye el mecanismo de validación externa del instrumento.

5. *Aplicación del instrumento.*

a) Un formulario que contendrá los indicadores del instrumento deberá ser aplicado ya no a una muestra, sino a toda la población donde interese realizar programas "correctivos", Podrá ser aplicado por personal no especializado. Este instrumento llevará un sistema simple de puntaje que permitirá asignar a cada familia a uno de los varios grupos de riesgo (1).

b) La información podrá también ser graficada en mapas para obtener una visión real de los lugares geográficos donde se concentran los grupos de mayor riesgo, identificando claramente las familias (2).

c) La información proveniente de la aplicación del instrumento constituirá elementos básicos para que los organismos de programación puedan formular, reformular y evaluar los programas implementados para la consecución de sus metas.

(3) Se podrán considerar "jueces" a personal del equipo de salud.

(1) Deberá elaborarse un manual de Instrucciones para llenar el formulario.

(2) Pereda Cristián: "Clasificación de una muestra de niños menores de 6 años, Lampa y Batuco, según vulnerabilidad a la desnutrición". Depto. Salud Pública y Medicina Social. Mimeo, 1977.

(1) Op. cit. O.M.S. Pub. offset 39.

(2) Op. cit. G. Williams A. Paul. Técnicas de escalamiento Cap. 15, 16 y 19.

RESUMEN

Se propone una metodología de investigación operativa orientada a identificar los factores socio económicos, psicosociales, culturales y otros que determinan la conducta de la población frente al fenómeno nutrición-salud, así como a la oferta de servicios de cuidado médico sobre el particular. Se presentan las bases para la elaboración de diseños de investigación para determinar la aceptación y cumplimiento de una "norma de salud asociada a nutrición" que implica conductas deseables de individuos, familias o grupos, así como la detección de los síndromes asociativos entre estos comportamientos y los factores condicionantes señalados.

Se recomienda el uso de una estrategia metodológica basada en el concepto de "alto riesgo", que permite clasificar los grupos de la población según la probabilidad de no demandar al sistema formal de salud como, por otra parte, de no cumplir plenamente las normas implícitas en las intervenciones orientadas a la prevención integral de la desnutrición (Primaria, Secundaria y Terciaria).

Se sugiere que las metas de aumento de cobertura se fijen a nivel de comunidad según la factibilidad de montar programas co-

orrectivos, discriminadamente para los subgrupos específicos (con características y comportamientos similares), identificados en las investigaciones operativas. De acuerdo a este criterio, adquieren prioridad:

a) Los grupos que a pesar de sentir la necesidad de salud en aspectos nutricionales, no llegan al sistema formal por percibir obstáculos identificados para satisfacerla: riesgo medio.

Debieran superarse los "invalidantes" promoviendo la participación de la comunidad;

b) El subgrupo que no siente la salud como necesidad, pero aparentemente la satisface (no acepta las normas emanadas del sistema formal pero las cumple): riesgo alto; y

c) El grupo que no siente la salud como necesidad (no acepta la norma y no la cumple): riesgo muy alto.

ALGUNOS EJEMPLOS DE CONTENIDOS DE "NORMAS DE SALUD" QUE IMPLICAN COMPORTAMIENTOS DESEABLES DE INDIVIDUOS FAMILIAS Y GRUPOS POR AREAS PROGRAMATICAS DE ACUERDO CON LOS PROPOSITOS Y OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN INTEGRAL DE LA DESNUTRICIÓN

Saneamiento y conservación del medio ambiente	Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades	Alimentación y nutrición	Atención médica
<ul style="list-style-type: none"> — Limpieza de la vivienda. — Obtención, conservación y tratamiento del agua para beber, según grado de contaminación de la fuente. — Eliminación de excretas y basuras. — Control de vectores. — No convivir con animales. — Mejoramiento de la vivienda (pisos, techos). — Participación en programas comunitarios (agua, etc.). — No contaminación de fuentes de agua. 	<ul style="list-style-type: none"> — Inmunización de los miembros del grupo familiar, según plan. — Controles de salud de acuerdo con programas. — Denuncia y/o consulta de enfermedades febriles prolongadas. — Identificar signos de enfermedades infecciosas y situaciones de mayor riesgo (clima) para iniciar atención precozmente. 	<ul style="list-style-type: none"> — Control de crecimiento y desarrollo. — Corrección de la dieta de la embarazada. — Utilización de alimentos del programa, según las normas. — Producción diversificada en la huerta familiar. — Selección de alimentos en dieta familiar, según escala de valor biológico social. — Aprovechamiento y conservación de alimentos. — Evitar todo consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> — Utilización de las unidades de salud en casos de morbilidad. — Control de embarazo. — Atención hospitalaria del parto en casos de alto riesgo (edad, paridad, patología, cardíaco-renal, etc.). — Regulación de fecundidad, según nivel de salud de la madre. — Suspensión de los hábitos de fumar y de beber alcohol durante el embarazo. — Iniciar hidratación oral precozmente en caso de diarrea.
Etc.	Etc.	Etc.	Etc.

(*) Se seleccionan ejemplos de áreas programáticas de atención directa y que requiere la cooperación de los usuarios, con su aceptación y cumplimiento de "normas de salud".