

Atención pediátrica y sistemas de salud en Chile

Jorge Jiménez de la J.¹

INTRODUCCIÓN

Cuando la UNICEF lanzó su iniciativa GOBI a favor de la infancia en 1980, el Servicio Nacional de Salud (SNS) chileno llevaba casi treinta años de trabajo en una estrategia basada en la atención materno infantil. GOBI era la sigla para Growth Monitoring, es decir, control de Crecimiento, Desarrollo y Nutrición, Oral Rehydration Therapy para la diarrea infantil y la deshidratación (época en que era la primera causa de mortalidad), Birth Spacing por espaciamiento de los nacimientos y lactancia materna como uno de los métodos para obtenerlo, y la I por Inmunizaciones, es decir, el Programa Ampliado de Inmunizaciones. Un buen acrónimo para una estrategia de intervenciones fundamentales a favor de la sobrevivencia infantil¹.

El SNS a su vez había nacido formalmente en 1952, pero como ocurre en el desarrollo de los sistemas de salud, era el tributario de varias iniciativas anteriores. PROTIÑA, Protección de la Infancia, de 1942, el Programa de Leche del Servicio de Seguro Social, de la Dirección de Salubridad y de varias otras estructuras y programas dispersos. En 1952 la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) era de 117 por mil nacidos vivos y la pediatría científica estaba en una etapa de creciente desarrollo; sus principales maestros y grupos reconocían la importancia del medio ambiente físico, económico, social y cultural en la génesis de las enfermedades como en la necesidad de considerar integralmente esta multifactorialidad en la búsqueda de soluciones².

De esta forma, conscientes de que la pobreza y el medio ambiente insalubre eran las determinantes, en pediatría se lanzaron

la primeras iniciativas de extensión de la cobertura hacia la comunidad, incluso antes del SNS a través de las Unidades Sanitarias, primer esbozo de centros de atención primaria en nuestro país en la década de los 40. En ellos, la puericultura, la atención de morbilidad pediátrica, el control de la desnutrición y las vacunas, junto con una progresiva atención de la función reproductiva de la madre, fueron el pilar del desarrollo de la incipiente extensión de cobertura.

El Centro de Adiestramiento e Investigación Materno Infantil (CAIMI), entidad mixta del SNS y la Cátedra de Pediatría del Hospital Arriarán, fue desde inicios de la década de los 50 el cerebro y cuerpo de diseño y experimentación en iniciativas de salud infantil que posteriormente se expandieron hacia el resto del país en la década de los 60³. Los temas ahí estudiados e intervenidos en forma experimental en una población de la ciudad de Santiago reflejaban la patología prevalente de la época: desnutrición y alimentación del niño, diarrea aguda y deshidratación, enfermedades respiratorias y otras infecciones frecuentes, parasitosis, etc. En cuanto a los modelos de intervención, estaban incorporados aspectos de manejo logístico y administrativo, una clara orientación hacia lo ambulatorio, sin dejar de lado lo nosocomial. Los asuntos relativos a la investigación y la capacitación eran también centrales en las actividades de este centro, siendo dirigidos tanto al personal profesional como al auxiliar.

Algunos de los éxitos reconocidos nacional e internacionalmente de este Centro de Adiestramiento e Investigación fueron: el desarrollo de la hidratación oral en forma ambulatoria, el control sistemático de la desnutrición con los primeros patrones y estándares del desarrollo normal, el planteamiento de subprogramas específicos para estos temas (desnutrición, atención neonatal, escolar), con normas específicas de atención y orientadas a lo ambulatorio.

1. Pediatra, Master of Public Health. Profesor de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile. Presidente Consejo Ejecutivo OMS.

En suma, es posible decir que gran parte de la orientación del SNS en la década de los sesenta, aquella que daría cobertura a los problemas materno-infantiles, se caracterizó por la integración de la enseñanza, la investigación y la atención, todo en el entorno de lo comunitario y ambulatorio.

Las estrategias internacionales, o promovidas por organismos internacionales, dan cuenta hoy, a inicios del siglo XXI, de esta concepción que tuvieron los padres fundadores de la Medicina social chilena hace mas de cincuenta años. Así, la OMS promueve el Manejo Integrado de Problemas de Salud de la Niñez, por una parte, o propone utilizar la progresiva cobertura de las estructuras de vacunación, especialmente la relacionada con el esfuerzo para erradicar la poliomielitis, para ir incorporando otras acciones de beneficio en la salud infantil, como la entrega de Vitamina A como protector contra las infecciones en la misma actividad. Todo ello con el propósito final de desarrollar estructuras de atención de salud que sean capaces de ir incorporando otros programas específicos para enfermedades o riesgos prevalentes en cada región⁴.

ELEMENTOS Y ESTRATEGIAS DE ÉXITO

La historia de la estrategia para enfrentar los daños y riesgos en salud del niño y de la madre son conocidos por los pediatras, quienes han llegado a formar parte de toda una cultura muy enraizada en las diversas profesiones que se ocupan de realizarla en la práctica. A continuación, entrego los componentes de la política que a mi juicio han dado a nuestro país una situación exitosa en la atención materno-infantil y que relacionan claramente el sistema de salud con la atención en esta área:

A. Una concepción integral de la salud, su relación con el medio y la necesidad de abordarla sistémicamente. Antes de iniciar las grandes modificaciones o construcciones de modelos de atención, y desde muy antiguo, los médicos han conocido la relación entre pobreza y morbimortalidad. Las leyes sanitarias de mediados del siglo XIX en Inglaterra fueron un ejemplo de ello, así como fueron las concepciones de Virchow al ir más allá y decir que la búsqueda de la salud

de los pobres era la forma más elevada de hacer política.

En pediatría se ha observado con especial énfasis y fuerza la relación estrecha que existe entre los riesgos y daños con zonas y condiciones de pobreza. De esta forma, la mayor parte de los programas y modelos de intervención han sido desarrollados siempre privilegiando el trabajo con las comunidades pobres, ya sea en zonas urbanas o rurales.

B. Una visión integral de la atención de salud. Conforme con la concepción integral del fenómeno salud y enfermedad, un abordaje igualmente integrado se hacía una consecuencia lógica. Los conceptos de prevención clásicos o modernos han estado siempre presentes en las políticas de atención de salud infantil. Partiendo por el conocimiento de la necesidad de proteger la vida desde la concepción, protegiendo el embarazo, preocupándose de la prevención del aborto y la multiparidad, la atención profesional del parto y el cuidado del recién nacido, y así más adelante con los instrumentos específicos para cada riesgo a través del control sistemático del niño en su crecimiento, desarrollo y morbilidad. La captura de cada pareja madre-niño, a través del trabajo en comunidad, medios de comunicación, ambiente escolar y de incentivos como la donación de leche y otros alimentos, además de la atención gratuita, fueron parte de este desarrollo de un sistema de atención integral de salud del niño al cual la población chilena fue progresivamente respondiendo en forma masiva. Así se pudo alcanzar las coberturas cercanas al 100% en la atención profesional del parto, del recién nacido, de las inmunizaciones y de la gran parte de las acciones de salud.

Una acción atrayente trae a la otra en un mecanismo sumatorio progresivo que ha permitido ir tejiendo la red de atención de salud materno-infantil hacia el modelo integrado. El consultorio periférico, base de la atención primaria, se inició en nuestro país como experiencia piloto en los años treinta en la red del Seguro Social, después en las Unidades Sanitarias de barrio y posteriormente en la atención primaria del SNS. Pensemos que la formulación de la estrategia de atención primaria internacional y la meta de salud para todos en el año 2000 ocurre en Alma Atta en 1978.

La integración de la red asistencial no se ha producido exclusivamente de acuerdo al proceso normal de desarrollo del niño, sino que también de acuerdo a las patologías prevalentes para las cuales se han ido desarrollando en el tiempo programas específicos.

- C. Un equipo de salud con delegación de funciones. Otra de las claves del éxito está en que en el equipo de salud materno-infantil ha ido ocurriendo a lo largo de los años una progresiva incorporación de otros profesionales y una creciente delegación de funciones. La enfermera pediátrica ha sido esencial en lo ambulatorio y en lo hospitalario; la matrona central en la extensión de cobertura de la atención de la madre en su función reproductiva; la nutricionista en lo concerniente a desnutrición y alimentación equilibrada. La auxiliar entrenada también fue incorporada como un recurso humano, tanto en lo urbano como en lo rural, especialmente en el control del niño sano y la solución de problemas menores. Este equipo médico profesional integrado es único de Chile y sigue siendo un ejemplo.
- D. Investigación y capacitación en la acción. En todas las instancias de atención de salud del niño, ambulatorias y hospitalarias, la actitud permanente de investigar, recolectar información para resumir experiencias observadas que permiten sacar conclusiones y planificar adecuadamente los recursos, ha sido una constante que está en la cultura de nuestro sistema. Igualmente la capacitación en la acción en torno a los problemas y estrategias de los temas más frecuentes. Es siempre motivo de satisfacción visitar lugares apartados y ver cómo casi a todo nivel se guardan estadísticas, se conocen los casos y se planifican acciones con base numérica y doctrinaria.
- E. Evaluación continua de las acciones e instrumentos utilizados. Este es otro elemento clave en el resultado: la cultura de la evaluación y del compromiso con los proyectos y metas decididas después de las evaluaciones que retroalimentan la

teoría y la acción. Incluso, hay decenas de ejemplos, como los instrumentos que se utilizan, aparentemente simples, son permanentemente evaluados y adaptados para su reutilización. Ayer fueron las estrategias para combatir desnutrición y diarrea infantil, hoy lo son las que se usan para la infecciones respiratorias agudas (IRA), la atención del recién nacido y la de los niños con problemas congénitos, entre otras.

EL FUTURO ANTE NOSOTROS LOS PEDIATRAS

El panorama de la atención pediátrica en Chile ha cambiado extraordinariamente y de seguro seguirá cambiando. Nos enfrentamos nuevamente a la necesidad de ser educadores, sin pretender substituir a la familia ni a la escuela. Debemos promover salud y ser los abogados de los niños. Es preciso entender el ambiente globalizado del mundo y su efecto en el desarrollo y patología de los niños y jóvenes. Debemos hacernos cargo de los niños que sobreviven a las unidades intensivas y se transforman precozmente en enfermos crónicos. Hay que disponer de instrumentos que permitan hacer del pediatra un activo participante en las iniciativas de promoción de la salud, como lo ha sido históricamente y no un mero tecnócrata superespecializado. Hoy más que nunca es necesario entender y usar las relaciones entre el ambiente y la salud, en su más amplia concepción posible. De esta forma daremos respuesta a muchos de los problemas que nos angustian y nos afectan en nuestra noble tarea de médicos del desarrollo y del futuro.

REFERENCIAS

1. UNICEF State of the Worlds Children, 1980.
2. *Rosselot J*: Protección de la salud del niño y la familia, en Meneghello, *Pediatría*, 3ª edición, Mediterráneo, 1985.
3. *Meneghello J*: Experiencia y reflexiones sobre la enseñanza de Pediatría, Discurso de incorporación a la Academia Chilena de Medicina, Monografía 1986.
4. OMS, Informe Mundial de Salud, 1999.