

Apoyo de un sistema pediátrico a los planes de vacunación *

PATRICIO HEVIA RIVAS *

**Hevia, P.: Apoyo de un sistema pediátrico a los planes de vacunación. Sal. Páb.
Méx. XX: 409-419, 1979.**

1. Introducción

EN el presente trabajo se describen y analizan las bases conceptuales y metodológicas de un sistema pediátrico, señalando previamente una síntesis de las raíces históricas de la pediatría, así como lo que constituye la teoría y la práctica de la pediatría moderna, especialmente latinoamericana.

A continuación, se hacen algunas consideraciones generales sobre el aporte pediátrico a los planes de vacunación, seguido de un breve comentario y la presentación de las conclusiones, tanto a nivel institucional oficial como a nivel privado.

❖ S.P.I.

* Jefe del Depto. de Medicina Social. Hospital del Niño DIF.

2. Las raíces históricas de la pediatría

Los orígenes en la Antigüedad

El origen y el desarrollo histórico de la pediatría, fundamento del actual concepto de sistema pediátrico, se remonta a varios milenios. Desde las remotas épocas de las civilizaciones hegemónicas por Grecia, Egipto y Persia, donde el niño enfermo o congénitamente deforme era repudiado por los grupos sociales dominantes impulsando incluso la práctica del infanticidio, hasta el momento actual donde las naciones del mundo han decidido celebrar en 1979 el Año Internacional del Niño, las teorías básicas sobre salud-enfermedad, así como las prácticas de allí derivadas, han ido modificándose de acuerdo con los contextos ideológi-

cos, los sistemas económicos, las estructuras sociales y las tradiciones culturales prevalentes en las diferentes épocas.^{1, 2}

Los cambios en los siglos XVIII y XIX

Los primeros hitos de la pediatría contemporánea, como medicina científica, se pueden encontrar en el siglo XVIII, época que también marcó un cambio significativo en la teoría y práctica del hospital, que pasó a ser un instrumento terapéutico, abandonando progresivamente su papel de institución caritativa que —en palabras de MICHEL FOUCAULT— era de “asistencia a los pobres, de separación y de exclusión”.³ Los trabajos sobre clínica y patología de niños de F. HOFFMAN (atonía e hipertonia en patología infantil, 1715), J. FOTHERGILL (diagnóstico diferencial entre angina escarlatinosa y diftérica, 1748) y F. HOME (transmisión humana del sarampión), así como los referentes a aspectos sociales de W. CADOGAN (reglas de higiene y alimentación infantil, 1748) y BROUZET (educación médica del niño, 1754), abrieron un camino y un espacio propios para el desarrollo de la medicina de niños.⁴

El siglo XIX fue surcado por cambios profundos en el saber y la práctica médica. El salto cualitativo producido en el conocimiento médico científico y en la capacidad terapéutica de la medicina, especialmente a partir de la segunda mitad del siglo, permite ubicar el nacimiento en Europa de la Medicina Social, que asumió una práctica diferente en Alemania (policía médica), Francia (medicina urbana) e Inglaterra (medicina de la fuerza de trabajo). Hace más de 100 años, RUDOLF VIRCHOW (1849) expresó: “... La Medicina es una ciencia social, en su esqueleto y en su médula.”^{5, 6} En esa misma época, F.L. MEISSNER (1850) introdujo el término **Pediatría** con el significado de “curar a los niños” (de las raíces griegas *paido* = niño y *atria* = curar); y pocos años después, A. CARON (1856) creó el concepto **Puericultura** con el significado de “cultivo del niño” (de las raíces latinas

puer = niño y *cultura* = cultivo).^{4, 7} Ya a fines de siglo, P. BUDIN (1892) inició las bases prácticas de la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño.⁷

El enfoque del siglo XX

El presente siglo, marcado por el asombroso e incesante avance tecnológico junto con una progresiva tendencia hacia la especialización de la Medicina, es sin embargo, una época de grandes contrastes y contradicciones. La tecnología no ha sido puesta al servicio de los grupos humanos mayoritarios en gran parte de los países sumergidos en el subdesarrollo dependiente del llamado Tercer Mundo. Millones de niños siguen enfermando y muriendo precozmente por padecimientos prevenibles; en 1977 la Organización Mundial de la Salud⁸ señaló que:

“... Cinco millones de muertes al año: ése es el espantoso tributo que cobran en la actualidad seis enfermedades contagiosas muy comunes en la infancia (difteria, sarampión, poliomielitis, tétanos, tuberculosis y tos ferina). Al tributo de vidas, vienen a sumarse las terribles secuelas que estas infecciones dejan en millones más de supervivientes.”⁸

La especialización creciente trató de limitar el campo de la pediatría, reduciéndola a una especialidad más encargada de los niños pequeños (primera infancia). Sin embargo, a partir de la década de los 40, se fue aceptando mayoritariamente el concepto que la pediatría debe ser una vasta disciplina médica (y no una especialidad más limitada a órganos y sistemas), responsable de una etapa completa de la vida humana, homogéneamente diferenciada del adulto por sus características biológicas, psicológicas y sociales.¹

Desde los años 50, con énfasis especial a partir de los 60, se va desarrollando en América Latina el enfoque preventivo y social de la pediatría como complemento indispensable a la pediatría curativa. La pediatría preventiva pasa a ser equivalente a la puericultura; la pediatría curativa es la pediatría

clínica (de los franceses); y la pediatría social no es otra que la medicina social aplicada en niños y adolescentes, sus familias y sus comunidades.^{1, 2, 7, 10} Estas tres grandes ramas de la pediatría, interconectadas entre sí, constituyen los pilares fundamentales de la pediatría integral moderna y del sistema pediátrico.

3. La pediatría moderna: teoría y práctica

Conceptos y bases doctrinarias

Desde la definición original de pediatría acerca de cómo curar a los niños hasta la conceptualización actual de salud de niños y adolescentes, hay una transformación profunda que introduce como partes integrantes en su teoría y práctica los aspectos preventivos, curativos y sociales, así como los factores biológicos, psicológicos y sociológicos. El énfasis ya no debe estar en la curación, sino básicamente en la acción transformadora para elevar el nivel de salud del niño y del adolescente, como ser humano en proceso de crecimiento y desarrollo.

A comienzos de la década del 60, el Dr. FEDERICO GOMEZ, padre y maestro de la pediatría mexicana, estableció las bases de la doctrina pediátrica. Definió a la pediatría:

"... El estudio de un sistema científico que comprende la vigilancia y guía del ser humano en desarrollo y crecimiento (desde recién nacido a adolescente); la prevención y el tratamiento de sus enfermedades, y las medidas oficiales y privadas para procurarle bienestar social."¹ Señaló, además, las tres grandes ramas de la pediatría moderna con sus respectivos componentes:

a) La pediatría preventiva (vigilancia del desarrollo y crecimiento, alimentación y nutrición, prevención de enfermedades e higiene física, mental y social).

b) La pediatría curativa (pediatría médica, pediatría quirúrgica y especialidades pediátricas).

c) La pediatría social (medidas de protección a la infancia, códigos y legislación

sobre el niño, problemas y estudios sociales e instituciones estatales o nacionales.¹

Este enfoque tridimensional fue siendo aceptado y reconceptualizado con pequeñas variantes, por las diversas escuelas pediátricas del mundo. En América Latina, la escuela venezolana dirigida por el Dr. PASTOR OROPEZA hace suya esta clasificación, insistiendo en la vigencia de la puericultura, concepto que desde hace muchos años fue abandonado por la pediatría mexicana.^{7, 11} Los cursos internacionales de Pediatría Social (organizados por el equipo pediátrico del Centro Internacional de la Infancia de París, bajo la conducción de la Dra. NATHALIE P. MASSE, y con la colaboración de OPS/OMS y del IIN), y los de Pediatría Clínica y Social (Dr. JULIO MENEGHELLO y equipo, Chile, desde 1961), contribuyeron efectivamente en este camino.⁹

Funciones básicas

Como funciones de la pediatría moderna, se pueden aceptar las siguientes:

a) Pediatría preventiva: orientada hacia la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud y la protección específica. Destacada importancia tiene la supervisión y control del proceso de crecimiento y desarrollo, así como los aspectos considerados clásicamente en la puericultura pre-concepcional, prenatal y postnatal.^{9, 12}

b) Pediatría curativa o clínica: comprende básicamente el estudio de las enfermedades de niños y adolescentes, incluyendo su descripción, patogenia, sintomatología, diagnóstico y tratamiento.

c) Pediatría social: considera al niño y adolescente sano y enfermo en función del grupo humano del cual es parte y del medio en que se desarrolla. Es función de ella todo lo concerniente a las interacciones e influencias recíprocas entre el ser humano en crecimiento y desarrollo y su medio ambiente humano y físico, familiar, comunitario y social.⁹

En términos generales, se puede aceptar que la pediatría social es una actitud permanente que debe acompañar la acción preventiva y curativa del médico pediatra y de los integrantes del equipo de salud infantil. Por tanto, la pediatría social no puede ser considerada una especialidad más de la pediatría. De esta manera, la pediatría social incluye tanto aspectos colectivos como individuales:⁹

a) Aspectos colectivos de la pediatría social: se cumplen a través de una serie de disciplinas científicas y metodológicas que consideran los problemas de la Medicina en términos de grupos y poblaciones:

En relación con la curación de enfermedades (clínica) recurre a las estadísticas de morbilidad y mortalidad; a la epidemiología (de padecimientos agudos y crónicos, infecciosos y no infecciosos); a los métodos de pesquisa, tratamiento y readaptación en grupos de niños y adolescentes.

En relación con la prevención de enfermedades (puericultura) estudia el crecimiento y desarrollo de niños y adolescentes; la alimentación y nutrición; la inmunología y vacunaciones; el saneamiento e higiene del medio ambiente; la psicopedagogía y la psicología del niño, la familia y la comunidad; la educación para la salud.

b) Aspectos individuales de la pediatría social: permiten considerar como esencial la actitud social del médico pediatra en su trabajo cotidiano, comprendiendo al niño enfermo como un todo en sus múltiples interrelaciones psicosociales, culturales y económicas con su familia y su comunidad; educando permanentemente y en todo nivel; notificando oportunamente los padecimientos transmisibles de declaración obligatoria: preocupándose del cabal cumplimiento de las vacunaciones y de todas las medidas preventivas.⁹

La práctica actual

Aunque es coherente aceptar que la conceptualización sobre la pediatría moderna

debe conducir a una práctica médica integral que considere siempre al niño y al adolescente en su triple aspecto biopsicosocial formando parte de la familia y de la comunidad, los hechos demuestran que en general ello no ocurre. Al contrario, la brecha entre la teoría moderna integral y progresista y la práctica parcial y conservadora, en muchos países y regiones latinoamericanos tiende a aumentar. Las nuevas generaciones de médicos pediatras no han sabido, o no han querido aceptar, asumir la responsabilidad individual y colectiva que implica una práctica pediátrica moderna e integral, siguiendo las rutas trazadas tan lúcidamente por muchos de sus maestros.

En la mayoría de los hospitales de alto nivel de complejidad asistencial, que a la vez son los principales responsables de la formación de postgrado de los médicos pediatras, se pueden observar algunos rasgos caracterizados por:

a) Empleo de alta y moderna tecnología, de elevado costo.

b) Tendencia hacia la especialización creciente y progresiva.

c) Atención centrada en el individuo enfermo, con escasa comunicación familiar.

d) Enfoque unilateral, organicista, biologista e individualista de la atención médica.

e) Ausencia de proyección real a la comunidad.⁶

Al lado de esta realidad, que como siempre tiene honrosas excepciones, es estimulante recordar que hace ya casi 20 años, el Dr. FEDERICO GOMEZ señaló que en el ejercicio de la pediatría moderna deben contemplarse las interrelaciones entre:

a) El pediatra y el niño (su ideal es manejar niños sanos, vigilando periódicamente su desarrollo y crecimiento; debe ser capaz de observar e interrelacionar).

b) El pediatra y la familia (debe considerar a la familia como el ambiente mediador para crear las bases de la personalidad somática y psíquica).

c) El pediatra y la comunidad (debe preocuparse por la acción comunitaria que proyecte influencias definidas y permanentes sobre la familia y el niño).³

Nuevas tendencias

Recientemente, JOSE R. ESQUIVEL (Panamá, 1978) amplió la conceptualización sobre los objetivos sociales de la pediatría al señalar que éstos:

"... Están en la realidad social y biológica de nuestros pueblos... Las poblaciones necesitan el control de los recursos y la producción... Organizarse en comités de salud con metas definidas de producción de la salud... En estas acciones, como pediatras latinoamericanos, debemos integrarnos."¹³

El aspecto de la participación comunitaria en salud es indispensable considerarlo e incorporarlo en todas sus dimensiones.¹⁴ En el contexto latinoamericano, la reciente experiencia cubana sobre participación popular en la gestión de salud pública reviste significativa importancia.¹⁵

La necesidad de integrar en un solo sistema los nuevos enfoques pediátricos de asistencia, enseñanza, investigación y participación sociocomunitaria, por niveles de complejidad asistencial y en un modelo de atención médica progresiva, ha hecho que se vayan delineando y precisando mejor las características básicas que debe tener un sistema pediátrico. Antes de describir y analizar sus rasgos fundamentales, es conveniente recordar una vez más un pensamiento siempre actual del Dr. P. OROPEZA, aunque fuera escrito hace más de 15 años:

"... Sobre la vida del niño inciden de manera poderosa —como factores de morbilidad y muerte— causas médicas, factores sociales e influencias ambientales... El médico que no actúa en estos tres frentes no puede ser calificado de pediatra, a lo menos para países como los nuestros, donde hay tanto que hacer."¹¹

4. Bases conceptuales y metodológicas de un sistema pediátrico

La disociación progresiva entre la teoría y la práctica de la pediatría integral moderna, unida a la experiencia acumulada en el quehacer pediátrico de un hospital de niños de alta complejidad, ha conducido a establecer las bases conceptuales y metodológicas de lo que debe ser un sistema pediátrico moderno.

En esta oportunidad se hará una breve reseña sobre los siguientes aspectos:

1. Los sujetos-actores.
2. El objetivo fundamental.
3. Los instrumentos metodológicos.
4. La responsabilidad pediátrica.

Los sujetos-actores. La necesidad de visualizar con nitidez los sujetos-actores del quehacer pediátrico, contribuye objetivamente a evitar que se confundan con objetos-espectadores, como ocurre en los sistemas tradicionales e individualistas de atención médica.

La persona humana (en crecimiento y desarrollo). El sujeto principal, el centro de acción, la columna vertebral del sistema pediátrico, es el niño y el adolescente, sano y enfermo, en permanente proceso de crecimiento y desarrollo desde el instante mismo de la concepción hasta el momento que ingresa a la edad adulta, época en que estará en condiciones de asumir un nuevo ciclo en la reproducción humana de la siguiente generación.^{12, 16, 17} Al referirse a los cuidados del niño antes de nacer, objetivo fundamental de la puericultura prenatal, es necesario tener siempre presente la vigencia y el significado actual de la puericultura preconcepcional, cuyos objetivos generales se pueden sintetizar en:

- a) Promover el máximo estado de salud de los futuros progenitores.
- b) Fomentar la obtención de una descendencia normal y sana.
- c) Prevenir la transmisión de descendencia anormal.^{12, 17}

La familia. El niño y el adolescente están en permanente interrelación con una familia sea real o sustituta, nuclear o extendida, uni o plurigeneracional, completa o incompleta, en formación o en extinción, sana o enferma, de bajo o de alto riesgo. Esta familia es también sujeto de la acción pediátrica; es uno de los actores del sistema pediátrico. La familia se reconoce, en general, como la institución social básica en el seno de la cual se determinan el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con los individuos, grupos y comunidades. Desde un punto de vista epidemiológico, se puede aceptar que familia es la unidad bio-social integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad y/o afinidad y que viven en un mismo hogar.¹⁰

Entre las funciones básicas de las familias se pueden señalar las siguientes:

a) **Area biológica:**

Reproducción humana.
Crecimiento y desarrollo.
Nutrición.
Protección de la salud.

b) **Area psicológica:**

Seguridad emocional.
Sentido de identidad.
Maduración de la personalidad.
Protección psicológica.
Habilidad para establecer relaciones.

c) **Area sociológica:**

Transferencia de valores (comportamientos, tradiciones, hábitos).
Socialización.
Normas de comportamiento.
Adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes.
Capacidad productiva y de consumo.¹⁰

La comunidad. Los individuos y las familias, sujetos de acción del sistema pediátrico, no están aislados; al contrario, en una u otra forma (explícita o implícitamente), son parte integrante de comunidades concretas y de la sociedad global. Existen muchas definiciones de comunidad, la mayoría

de las cuales son incompletas o no reflejan fielmente la realidad. En general, están presentes los siguientes elementos:

- a) Un espacio físico delimitado.
- b) Un grupo humano.
- c) Uno o más intereses comunes.
- d) Un sentimiento de solidaridad.¹¹

En general, debido a que el comportamiento de los individuos está íntimamente relacionado con la estructura social y con la estructura de la personalidad, no puede afirmarse categóricamente que en cualquier sociedad, o segmento de ella, los intereses comunes sean siempre más significativos y determinantes que los intereses antagónicos. Esto ha llevado a considerar como uno de los factores aglutinadores centrales a la pertenencia a una determinada clase social.¹²

El recurso humano en salud. Otro de los sujetos-actores del sistema pediátrico, cuya presencia y participación es indispensable, corresponde a cada uno de los integrantes del equipo de salud infantil, responsable directa o indirectamente del nivel de salud pediátrico. Su base descansa en el quehacer cotidiano del médico pediatra, tanto en su práctica institucional como en el ejercicio privado de la profesión. Pero, el médico pediatra no es el único recurso humano del sistema; incluso, en extensas áreas y regiones donde se atienden niños no hay ni habrá nunca un médico pediatra para la atención directa de ellos. Sin embargo, como se verá más adelante, su responsabilidad va más allá del nivel de complejidad asistencial en que le toca actuar. Y es justamente por ello, que debe trabajar siempre en equipos multidisciplinarios y multiprofesionales de salud.¹³

El objetivo fundamental

Si la meta individual de un pediatra es la atención lo más integral posible de cada uno de los niños y adolescentes que puede atender en un momento dado, la meta colectiva de un sistema pediátrico es la atención integral del conjunto mayoritario de niños y

adolescentes. Esta pasa a ser su objetivo fundamental: la salud del niño y del adolescente (al nivel local, regional o nacional según corresponda); del conjunto de ellos que no están ejerciendo su derecho a la salud, que se están enfermando y muriendo precozmente por padecimientos prevenibles con la tecnología moderna, que están al margen o cubiertos insuficientemente por los servicios de salud existentes, que están en alto riesgo y peligro.

Operacionalmente, este objetivo general se puede desagregar en objetivos específicos de salud física, salud mental y salud social, al igual que en objetivos a nivel personal, familiar y comunitario.

Los instrumentos metodológicos

Reconociendo el valor que tiene en la actualidad la práctica médica privada, es necesario insistir, sin embargo, que el sistema pediátrico, para cumplir su objetivo fundamental, debe obligatoriamente apoyarse e integrarse en el sistema institucional de salud.

Las principales herramientas de acción, que son las bases metodológicas del sistema pediátrico, se pueden sintetizar en las siguientes:

Coordinación interinstitucional. En los países con pluralismo institucional de salud, la coordinación es indispensable, aunque se debe reconocer que su práctica es difícil. Por lo demás, fuera de la integración, es la única otra forma posible de constituir un sistema institucional de salud.

Niveles de atención. Consiste en organizar los recursos de salud en cantidad y calidad según grados de complejidad asistencial, para producir un determinado volumen y estructura de servicios destinados a satisfacer el conjunto de necesidades y demandas. De acuerdo con el tipo de necesidades y el grado de complejidad de los servicios, recursos y costos, se acepta la existencia de niveles de atención primaria, secundaria y terciaria.²⁰ Esta es la base de la organización del sistema pediátrico.

Regionalización. Comprende la intercomunicación permanente entre unidades de salud de diferentes complejidades, que incluye el movimiento en doble flujo, de ida y vuelta, de enfermos, personal y equipo, con la canalización oportuna de aquellos enfermos que requieren de atención más especializada y compleja.¹⁰ Es el requisito para extender la cobertura a nivel primario sin atentar contra el ejercicio del derecho a la salud.

Sectorización. Consiste en la asignación por unidades territoriales mínimas de las personas y familias residentes en áreas locales. El número de sectores y subsectores por unidad de salud es variable según el número de población, el grado de concentración, la distribución urbano-rural, los recursos de salud y la organización comunitaria.

Capacitación, formación y educación continua del recurso humano (para la atención de salud infantil). Se debe abordar de acuerdo con los niveles de atención y sus necesidades específicas. Puede incluir, además del recurso institucional, al recurso humano comunitario. Comprende básicamente los niveles profesional, técnico y auxiliar de salud. Y es precisamente el recurso más complejo, escaso y caro, el del médico pediatra. En general, se reserva a éste para los niveles secundario y terciario, pero con la condición que conozca y se haga responsable de la acción pediátrica en todos los niveles, incluyendo por supuesto al nivel primario de atención.^{10,19}

Proyección a la comunidad. El sistema pediátrico debe proyectarse permanentemente en la comunidad. Esto es válido incluso para los hospitales de niños, o con servicios de atención pediátrica de alto grado de tecnología y complejidad asistencial.² El concepto actual de hospital moderno, definido en 1957 por un comité de expertos de la OMS en Ginebra (Suiza), es el siguiente:

"El hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos se irradian hasta el ámbito familiar; el hospital es también un centro de formación de personal médico-sanitario y

de investigación biosocial" (OMS: Serie Inform. Técn. Núm. 122, 1957).²¹

La conceptualización y la práctica institucional del Sistema de Atención Médica Progresiva, que va desde el nivel ambulatorio comunitario y llega a los cuidados intensivos en un hospital complejo, facilita esta proyección.

Los ejes básicos de acción, tanto intra como extrahospitalaria, se pueden resumir en cuatro:^{2,6}

1. El servicio (asistencia).
2. La educación (enseñanza).
3. El estudio (investigación).
4. La participación (acción comunitaria).

La existencia de departamentos o unidades de medicina social en hospitales de segundo y tercer nivel de atención médica, facilita la puesta en práctica de esta proyección.

Articulación de los sistemas institucional y comunitario de salud. Debe realizarse fundamentalmente en las unidades de salud de nivel primario, haciendo factible la canalización de formas orgánicas de participación comunitaria en las tareas de salud.^{14,25}

La responsabilidad pediátrica. El sistema pediátrico necesita precisar los niveles y grados de responsabilidad, tanto en la práctica institucional como en el ejercicio privado de la profesión. Ello implica una doble responsabilidad:

Responsabilidad institucional. Consiste en facilitar el acceso y el cumplimiento del derecho a la salud de todo niño y adolescente, cualquiera sea su situación económica, social y cultural. Para ello, debe existir una estrecha coordinación entre todas las instituciones oficiales de salud, e incluso privadas. Deben realizarse, por tanto, programas integrados (o al menos, coordinados) de regionalización y sectorización, con escalonamiento y jerarquización de los servicios institucionales (atención médica progresiva).⁶

Responsabilidad individual. Comprende el pleno desarrollo de la práctica pediátrica moderna en su triple enfoque curativo, preventivo y social. En la actualidad el sistema pediátrico requiere que el médico asuma su

responsabilidad personal en dos grandes vertientes de su práctica:

a) Atención médica integral, directa, actuando en unidades de complejidad tecnológica y en su práctica privada.

b) Conducción, a veces indirecta, de los sistemas de atención de salud de niños y adolescentes residentes en diversas áreas y regiones geográficas (aunque en la mayoría de ellas no existan médicos pediatras). Asumir esta responsabilidad hace necesario que los médicos pediatras (y por supuesto, los que están en formación en las residencias de postgrado) tengan nociones teórico-prácticas de:

1. Organización sanitaria.
2. Programación en salud.
3. Capacitación y formación del recurso humano.
4. Metodologías de investigación epidemiológica, administrativa y de ciencias sociales.
5. Modalidades y estrategias de participación de la comunidad en salud.

Finalmente, es necesario expresar que el sistema pediátrico aquí señalado se verá facilitado en su implementación y desarrollo si se establece un instituto nacional de pediatría.

5. Consideraciones generales sobre el aporte pediátrico a los planes de vacunación

Fundamentación

El sistema pediátrico, cuyo objetivo fundamental es la elevación de los niveles de salud de niños y adolescentes, tiene una gran responsabilidad, así como un deber ineludible: apoyar efectiva y eficazmente las políticas, los planes y los programas de vacunaciones que las autoridades sanitarias del país han establecido, en cumplimiento de las normas emanadas del Código Sanitario actualmente vigente.

Por el motivo expuesto, es inaceptable que un sistema pediátrico, cualquiera que sea su ámbito de acción (nacional, regional o local), intente formar un programa de vacunación paralelo y diferente al de la autoridad sanitaria oficial. Su trabajo debe realizarlo en estrecha coordinación con ella, entregando diariamente todo el apoyo y el aporte que se requiera.

Otra consideración que vale la pena exponer es la situación de dualidad y contradicción científica en que trabajan muchos médicos pediatras latinoamericanos, en lo referente al sistema de vacunación. En efecto, muchos de ellos envían a las oficinas locales de vacunación a los pacientes que atienden en las consultas oficiales para que les sean aplicadas las vacunas nacionales; hay otros que ni siquiera se preocupan de esto en su práctica oficial. En cambio, al llegar a sus consultorios privados todos se preocupan por colocar, muchos de ellos personalmente, las vacunas que se usan en el sector oficial, excepto la BCG, pero traídas de contrabando o importadas particularmente desde un país altamente desarrollado. A la clientela habitual de los servicios oficiales de salud le recomiendan vacunas hechas o envasadas en el país; a su clientela privada, les aplican vacunas traídas de otras partes. Aquí hay una desconfianza básica en muchos médicos pediatras que es necesario aclarar y proporcionar una solución a nivel científico (por ejemplo, demostrar que la capacidad antigénica de ambos productos es semejante).

Los planes de vacunación en el contexto internacional

Los gobiernos del Continente que aprobaron el Plan Decenal de Salud 1971-1980, se comprometieron:

a) Institucionalizar y consolidar los sistemas de vigilancia epidemiológica, base indispensable para el manejo de todos los programas de control de las enfermedades transmisibles.

b) Controlar o erradicar las enfermedades que pueden prevenirse mediante vacunación.²¹

A pesar de ello, la situación epidemiológica en muchos de los países latinoamericanos sigue siendo deficiente, provocando muchas muertes prematuras consideradas técnicamente como evitables.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), fue propuesto por la Organización Mundial de la Salud en 1974, en respuesta a una petición presentada por varios Estados Miembros de la Asamblea Mundial de la Salud.³ El excelente **Manual de Operaciones del PAI**, elaborado por la Organización Panamericana de la Salud y publicado en 1978,²² es un instrumento útil en manos de los que deben formular, ejecutar y evaluar los planes y programas de vacunación.

Mucha de la información allí contenida debiera ser conocida y utilizada por los médicos pediatras y por el sistema pediátrico en general. Como un ejemplo, se transcriben las características que debe cumplir el diseño de un cronograma de inmunización:

"Un cronograma adecuado debe ser:

1. Epidemiológicamente pertinente (deben incluirse sólo vacunaciones contra enfermedades que constituyen un problema de salud pública y contra aquellas para las cuales existe una vacuna eficaz).

2. Inmunológicamente eficaz (algunas inmunizaciones no son muy eficaces si se administran a determinada edad, o a intervalos demasiado breves entre dicha administración).

3. Operacionalmente factible (debe reducir al mínimo el número de veces que el mismo niño vuelve para ser inmunizado, considerar la cadena de refrigeración, etc.)

4. Socialmente aceptable (tomar en cuenta las modalidades laborales, los cambios climáticos, las creencias y prácticas culturales").²²

Otro aspecto que debe contemplarse, es el referente a la evaluación de los programas y de la actividad y capacidad antigénica de las vacunas. Este es un campo siempre abier-

to al sistema pediátrico. Los adelantos en microbiología e inmunología, así como en la preparación de sustancias biológicas, unidos al perfeccionamiento de técnicas de evaluación de la actividad e inocuidad de las vacunas y a la organización de los servicios, han sido los factores principales que han contribuido a extender la práctica de la vacunación.²³ La experiencia también ha demostrado que no deben interrumpirse los programas de vacunación en los casos de evaluación favorable de la situación epidemiológica; y que debe mantenerse vigilancia continua sobre el grado de inmunidad de la población.²⁴

Avances en México

En México, la administración de programas de inmunización ha tenido avances significativos en los últimos años. Entre otros aspectos positivos se pueden destacar:

a) La transformación de las antiguas campañas de vacunación en programas permanentes.

b) La preparación y puesta en marcha en 1979 de la Cartilla Nacional de Vacunación (con participación de SSA y DIF).

c) La intensificación de las investigaciones clínicas, inmunológicas y epidemiológicas sobre calidad de los productos biológicos (con participación del sistema pediátrico).

d) El programa nacional de control de la tuberculosis (elaborado con la participación de la totalidad de las instituciones oficiales de salud).

6. Discusión y conclusiones

Breve comentario

La consolidación de un sistema pediátrico nacional permitirá un aporte decisivo y significativo a los planes de vacunación. Mientras tanto, todos los esfuerzos que se hagan a nivel oficial y privado para disminuir progresivamente la brecha existente actualmente entre la teoría y la práctica de la pediatría

integral moderna, serán beneficiosos a mediano y largo plazo.

Es impresionante la lucidez de muchos de los maestros y padres de las principales escuelas pediátricas latinoamericanas, al conceptualizar hace varios años la verdadera dimensión que debe adquirir la pediatría moderna, en estrecha interacción entre sus vertientes curativa, preventiva y social. Sin embargo, la situación de la salud infantil en muchos de nuestros países latinoamericanos sigue siendo altamente deficiente, en términos de incidencia y prevalencia de enfermedades reducibles, con el consiguiente desperdicio de vidas humanas.

Ante esta situación, debemos reflexionar acerca del papel que la pediatría moderna debe asumir para contribuir efectivamente y a través de una práctica médica diferente, a disminuir los riesgos de enfermar y morir por causas prevenibles con la tecnología actual. Es indudable que la solución no puede ser meramente tecnocrática y eficientista. Hay factores negativos que provienen de las propias formaciones sociales en la mayoría de nuestros países, de sus situaciones de subdesarrollo dependiente, de las insuficiencias marcadas en la participación popular, etc. Estos y muchos otros factores nos deben permitir ubicarnos con más realismo, y a la vez, asumir con mayor énfasis y dedicación una actitud más social, más solidaria, más responsable, más trascendente y más participativa en relación con la salud de los niños y adolescentes de nuestros propios países.

El sistema pediátrico, cuyas bases y fundamentos se han expuesto en el presente trabajo, debe desarrollarse progresivamente en los niveles nacional, regional y local, con objeto de ir incorporando a muchos de los médicos pediatras que realizan una práctica meramente curativa, individual y tradicional.

Es legítimo suponer que el grado de reconversión a la pediatría moderna será bajo; sin embargo, no debemos olvidar que en nuestras manos está la formación de las próximas generaciones de médicos pediatras.

La coordinación institucional, los niveles

de atención, la regionalización, la sectorización, la formación del recurso humano, la proyección a la comunidad y la articulación de los sistemas institucional y comunitario de salud, son instrumentos metodológicos importantes para el sistema pediátrico. Una práctica con esos componentes abrirá muchas

rutas y campos aún inéditos para contribuir a mejorar la asistencia, la enseñanza, la investigación y la participación de nuestros niños y adolescentes, sus familias, sus comunidades y nuestros recursos humanos en salud, todos sujetos-actores del sistema pediátrico.

REFERENCIAS

1. GOMEZ, F.: Doctrina pediátrica. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx.) 18 4: 361-402, 1961.
2. HEVIA, P.: La proyección del hospital a la comunidad. Courrier, París, 26: 445-453, 1976.
3. FOUCAULT, M.: Incorporación del hospital en la tecnología moderna. Educ. Méd. Salud 12 (1): 20-35, 1978.
4. SEIDLER, E.: El desarrollo de la pediatría moderna. Del libro *Historia universal de la Medicina* de P. Lain Entralgo (tomo VI, pp. 203-215). Salvat Editores, S.A. Barcelona, España, 1972.
5. MERCER, H.: La práctica médica. Rev. Mex. Cienc. Pol. y Soc. 22 (84): 9-31, 1976.
6. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; El aporte de la medicina social a la pediatría moderna. Documentos de la Sesión Clínica del Hospital del Niño DIF. México, D.F., México, Marzo, 1979.
7. OROPEZA, P.: Bases doctrinarias de nuestro oficio de pediatra, Amazonas artes gráficas, Caracas, Venezuela, Noviembre, 1975.
8. COCKBURN, W.: Salvar vidas jóvenes. Salud Mundial (OMS), pp. 8-13. Febrero-Marzo, 1977.
9. MASSE, N.: Introducción a la pediatría social. Del libro *Pediatric sociale* de Mande, Masse y Maciaux. Editorial Flammarion, París, Francia, 15-18, 1972.
10. HEVIA, P.: La salud familiar y comunitaria: Orientaciones y perspectivas. Boletín médico del hospital de niños J.M. de los Ríos, Caracas, Venezuela, 1979. (En prensa).
11. OROPEZA, P.: La puericultura y la pediatría ayer, hoy y mañana. Servicio de Impresiones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas, Venezuela, 1964.
12. HEVIA, P.: Puericultura, del libro *Pediatría* (Tomo I) de J. Menegheilo y col., 2a. edición, Edit. Intermédica. Buenos Aires, Argentina, 1978.
13. ESQUIVEL, J.R.: Salud integral y objetivo social de la pediatría. Ciudad de Panamá, Panamá, Septiembre, 1978.
14. HEVIA, P.: Modelos de participación de la comunidad en los programas de salud. Educ. Méd. Salud 11 (3): 258-276, 1977.
15. De los Ríos, R.: Proceso de participación popular en la gestión de salud pública. Tesis de maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco. México, D.F., Marzo, 1979.
16. UNESCO-CIE: El niño desde su nacimiento hasta los seis años. ED-78/WS/9. Tercera impresión. Talleres de la UNESCO. París, Francia, Diciembre, 1978.
17. ZAPATERO, F.: Lecciones de puericultura básica. Edit. Sever-Cuesta. Valladolid, España, 1977.
18. DA S. GANDRA, D.: El concepto de comunidad y su relación con los programas de salud. Educ. Méd. Salud 11 (3): 205-236, 1977.
19. RODRIGUEZ DOMINGUEZ, J.: Formación de personal para la atención pediátrica en un sistema nacional de salud. Bol. Méd. Hosp. Infantil (Méx.) 84 (5): 1,147-1,153, 1977.
20. Organización Panamericana de la Salud: Procesos de extensión de la cobertura de servicios de salud: Programación y desarrollo de la infraestructura. Documento de referencia CD-24/DT/1. México, D.F., 1976. (En mimeógrafo).
21. Organización Panamericana de la Salud: Plan decenal de salud para las Américas. Documento oficial Núm. 118. Washington, D.C., Enero, 1973.
22. Organización Panamericana de la Salud: Programa ampliado de inmunización. Manuales de operación 1978. Washington, D.C., 1978.
23. KOSTRZEWSKI, J.: La Vacunación: problemas y perspectivas. Salud mundial (OMS). pp. 32-35. Febrero-Marzo, 1977.