

PRIORIDADES DE SALUD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE ATENCIÓN DEL PRE-ESCOLAR

*Dr. Jorge Jiménez de la Jara.
Ministro de Salud*

En Chile existe alrededor de un millón de niños entre 2 y 5 años de los cuales un porcentaje superior al 25% son de alto riesgo porque sus familias no satisfacen sus necesidades básicas. La oferta de servicios de atención preescolar a nivel nacional es insuficiente, lo que determina que más de la mitad de los preescolares de menores recursos no tengan acceso a ellos. Existe la necesidad de aumentar la cobertura de estos servicios, los que deben entregar una atención integral que incluya alimentación, estimulación y cuidados de la salud, en una tarea intersectorial muy bien articulada.

La etapa de la vida comprendida entre los 2 y 5 años de edad fue conocida durante mucho tiempo como la “edad abandonada”. Esta situación fue la consecuencia lógica de la necesidad de establecer prioridades frente a la frecuencia y gravedad de los problemas de salud, y de los parámetros utilizados para apreciarlos.

En efecto, uno de los principales objetivos de los esfuerzos en salud es, en un principio, evitar muertes en aquellos grupos más afectados. Es así como, frente a una mortalidad del menor de 1 año que figuraba entre las más altas del mundo entre los países que entregaban información confiable, y de graves problemas de patología infecciosa y nutricional, los esfuerzos en salud se concentraban en el niño menor de 2 años.

Por otra parte, la utilización del riesgo de mortalidad para definir prioridades de atención es incuestionable en el menor de 1 año, pero no es un criterio igualmente válido en grupos de baja mortalidad, como son los preescolares. Si se compara la cifra de mortalidad infantil de 18 por mil nacidos vivos con la del grupo de 1 a 4 años de 1.0 por mil, podríamos concluir que la edad preescolar no tiene problemas de salud, lo que,

evidentemente, no es cierto. Si se analiza la mortalidad en sus causas, aparecen los graves problemas del preescolar: 36% de las defunciones de este grupo se debe a accidentes que, en su casi totalidad son accidentes del hogar; 15% se debe a enfermedades respiratorias.

Al reconocerse, en la segunda mitad del siglo, la importancia del crecimiento y desarrollo, los esfuerzos iniciales se concentraron en los aspectos somáticos del proceso, y nuevamente, por la gran velocidad de crecimiento en el menor de 1 año y en consecuencia con mayores riesgos de alteración, se destinó buena parte de los recursos más capacitados al control y vigilancia del proceso en ese grupo de edad.

El preescolar, comparado con el lactante, presenta una velocidad de crecimiento menor en peso y talla y una curva más irregular de incrementos.

Sin embargo, poco a poco se fue perfeccionando el concepto de salud integral y de riesgos distintos al de enfermar y morir. Se reconoció que el preescolar está en una etapa de activo crecimiento psicológico y social y expuesto a numerosos riesgos físicos y psíquicos derivados de su inexperiencia y curiosidad, de su descubrimiento del yo y de la necesidad de insertarse en el mundo de los adultos y de sus pares, que conlleva la necesidad de perfeccionar numerosas habilidades motoras y psicosociales necesarias para esta etapa de la vida y de las que carecía en la etapa de lactante: correr, jugar, conversar, compartir, obedecer, etc.

El período preescolar es fundamental para el desarrollo, ya que el ambiente adverso tiene en este período sus efectos más negativos, los que se reflejan dramáticamente en el crecimiento y desarrollo de los niños. Es así que la desnutrición y

el retraso del desarrollo psicomotor en el preescolar proveniente de sectores marginales son problemas relevantes para el país, tanto por su magnitud como por el impacto que tienen sobre la calidad de la vida actual de los niños, y sobre sus problemas futuros de educación y trabajo, lo que está íntimamente asociado a una transmisión generacional de la pobreza.

La solución de tales problemas depende en gran medida de las políticas generales de desarrollo económico y social del país. Sin embargo, el crecimiento económico no trae aparejado necesaria ni inmediatamente un mejoramiento en las condiciones de vida de los más pobres.

Es importante identificar claramente los factores que influyen positiva y negativamente en el crecimiento y desarrollo del niño, como el peso al nacer, el grado de utilización de los programas de control de salud, el nivel de ingreso, escolaridad de la madre, condiciones de la vivienda, presencia del padre, la avenencia conyugal y familiar, participación en grupos de la comunidad, etc. De acuerdo a lo anterior, deben formularse estrategias de intervención que incluyan a la familia en su conjunto, revisando el mejoramiento de sus condiciones materiales y de sus necesidades psicológicas y sociales.

Estrategias a nivel de la comunidad que mejoren la eficacia de los programas de salud y educación existentes y fortalezcan las capacidades de la madre y la familia como agentes básicos del desarrollo infantil.

Políticas y estrategias.

El desarrollo histórico de los programas de salud ha demostrado la efectividad de las estrategias para reducir los riesgos biológicos. La evaluación sistemática de los programas también demuestra que sus fundamentos técnicos se mantienen vigentes, de modo que las políticas actuales se han orientado:

1. A reforzar las actividades que se han demostrado útiles.
2. A mejorar las coberturas, corrigiendo las inequidades de acceso.
3. A introducir líneas programáticas que mejoren la integridad e integralidad de los programas.
4. A impulsar la prevención y promoción que inciden directamente en la calidad de vida.
5. A impulsar la participación comunitaria y la articulación intersectorial.

Estas estrategias que se están implementando implican para el párvulo:

1.- En el programa del niño y del adolescente:

- Refuerzo del control de salud con innovaciones en 2 líneas.
- a) Aspectos biológicos: adopción de un nuevo patrón antropométrico, propiciado por la Organización Mundial de la Salud y utilización de las relaciones peso-edad, talla-edad y peso-talla como elemento de decisión para intervenciones nutricionales.
- b) Aspectos psicosociales: incorporación de la actividad evaluación y estimulación del desarrollo psicomotor, actividad que sólo se desarrollaba para el lactante. Al respecto se ha incorporado en la definición del recurso humano a la Educadora de Párvulos, contándose con un profesional a nivel central y estudiándose los mecanismos para incorporarla en los niveles locales.

2.- En programas de apoyo a las actividades básicas del programa del Niño y del Adolescente.

- Incorporación de actividades enfocadas a la salud mental familiar con énfasis en prevención primaria.
- Refuerzo de actividades de salud bucal, con énfasis en prevención, usando tecnologías y estrategias apropiadas según regiones.
- Refuerzo de actividades de educación en salud con énfasis en la comunicación social y mensajes que “lleguen a la gente”.
- Redefinición del Programa Nacional de Alimentación Complementaria, que implica focalizar según riesgo y reformular composición de los alimentos.
- Refuerzo del programa ampliado de inmunizaciones.

3.- En programas específicos:

- Considerar el próximo trienio como el trienio de la “lucha contra los traumatismos y envenenamientos”, es decir, la prevención a todo nivel del accidente infantil.

4.- En la línea de la articulación intersectorial y la participación comunitaria:

- a) Reforzar los mecanismos de coordinación de los establecimientos de nivel primario con las instituciones de atención parvularia del respectivo sector geográfico, especialmente Jardines Infantiles, para lograr el mejor estado de salud física, mental y social de los niños que en él se educan,

especialmente los que están ubicados en sectores de bajo nivel socioeconómico, en que hay que tener presente la mayor frecuencia de problemas nutricionales, infecciosos y parasitarios y que, con frecuencia, presentan problemas de estructura o dinámica familiar. La supervisión médica de los niños puede realizarse en los Servicios de Salud de la comunidad, o en el mismo Jardín.

Esta acción incluiría el examen médico: (peso, talla, desarrollo psicomotor, visión, audición, examen odontológico y la capacitación del personal en cuidados generales de salud y alimentación del párvulo, en la creación de hábitos de salud y en proveer el ambiente físico necesario para la prevención de accidentes.

b) Desarrollar actividades de apoyo al párvulo en los establecimientos de nivel terciario, esto es en los hospitales. Al respecto se está considerando en el diseño de los nuevos hospitales a construir, las necesidades de espacio físico para la permanencia del padre y la madre durante algunas horas y de educadores y auxiliares de párvulos para acompañar al niño hospitalizado, con el objeto

de disminuir los efectos emocionales de este evento y a la vez que aprovecharlo como una instancia de estimulación para el desarrollo psicomotor cuando la situación clínica lo permita.

Es indudable que la implementación de estas políticas y estrategias debe ser progresiva y que requerirá de recursos financieros adicionales, pero también es cierto que mucho puede avanzarse a través de una mejor coordinación de los existentes.

Asimismo, los programas deberán evaluarse y perfeccionarse, reforzando las estrategias de intervención que tengan mejor rendimiento.

Sabemos que la calidad y mística del recurso humano del sector salud y del sector atención del párvulo, es el factor clave. Ello nos permite ser optimistas en nuestro compromiso de mejorar la calidad de vida de los chilenos y en este caso específico del párvulo. Así contribuiremos a hacer realidad la Declaración de los Derechos del Niño porque ellos se llaman hoy y son la esperanza de un mundo mejor para el mañana.