
COMUNICACIÓN ESPECIAL

Reseña histórica de la pediatría social en Bolivia

Historical review of the social pediatric in Bolivia

Dr.: Javier Torres Goitia Torres*

Introducción

El calificativo de “social” aplicado a la pediatría, a la medicina en general y aún a la salud pública, no es un término unívoco ya que sirve para expresar diferentes conceptos más o menos relacionados pero no iguales. El criterio común califica de social a la pediatría o la medicina cuando amplían su accionar a problemas sociales. Lo multifocal y pluritemático tanto de la medicina como de lo social, así en abstracto, hace que su estudio no esté cuadrículado en fragmentos aislados. El grado de complementariedad y la interconexión entre ambas disciplinas es tan grande que no es fácil precisar donde acaba una y empieza otra.

El concepto actual de Medicina Social y por ende de Pediatría Social, sin tener todavía la precisión necesaria, es cada vez mejor comprendido,¹ El examen de la sucesión de hechos de nuestro país y la reflexión que se pueda hacer de ellos nos dará oportunidad para interpretar mejor la evolución conceptual que parte de ver lo social tan simplemente como un añadido humanitario al saber y a la práctica médica y llega hasta la comprensión de la unidad dialéctica de las ciencias biológicas y sociales.

En la década de los años 70, cuando desempeñaba funciones de profesor invitado en Chile, asistí a una reunión para intercambiar opiniones sobre una nueva edición del difundido texto de Pediatría del profesor Meneghello, que dirigía el servicio de pediatría

del hospital Roberto del Río. Uno de los docentes propuso que como trasunto del rico contenido social que se quería dar a la nueva edición se sustituyera el título clásico del libro: “Pediatría” por “Pediatría Social”. Después de un interesante cambio de opiniones el profesor Meneghello optó por mantener el título tal cual estaba, haciendo notar que la Pediatría es en sí misma social, o no es Pediatría.

Sociedad Boliviana de Pediatría y Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública

En nuestro país la Sociedad Boliviana de Pediatría, de cuya historia se han ocupado ya varios colegas haciendo valiosos aportes, nació como una agrupación que más allá del conocimiento médico biológico cultivaba también en paralelo el estudio de la situación social del niño boliviano. Fundada el 7 de abril de 1943², entre sus fundadores destaca la presencia de una abogada, la doctora María Josefa Saavedra ampliamente reconocida como experta en los problemas sociales y legales del niño boliviano. Según Carlos Ferrufino, los fundadores fueron: Cecilio Abela Deheza, Carlos Ferrufino Burgoa, Enrique Hertzog Garaizabal. Médico político que llegó a ser Presidente Constitucional de Bolivia, Juan Antonio Osorio, Roberto Pacheco Iturralde, Julio Pereira, Néstor Salinas Aramayo, Francisco Torres Bracamonte y Ernesto Trigo Pizarro³. No sabemos

* Past-presidente de la Sociedad Boliviana de Pediatría

por qué omite el nombre de la Dra. Saavedra a quien conocimos como una de las iniciadoras⁴.

El Dr. Manuel Pantoja Ludueña, hace una prolija revisión de las publicaciones de la Sociedad Boliviana de Pediatría. Muestra gráficamente desde la primera que fue la Hoja Pediátrica, hasta la actual Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría⁵. La Hoja Pediátrica, fue el paso inicial que cobró vida gracias a las cualidades personales de su director, Dr. Jaime Ramírez Achá, un talentoso médico, literato y gran orador poco conocido en nuestro medio, porque murió muy joven, en 1950, antes de cumplir 10 años de vida profesional⁶. Su cuerpo de redactores estuvo formado por Ferrufino y Torres Bracamonte. Cuando la sociedad alcanzó un cierto grado de desarrollo se planteó el desafío de sostener un Archivo tanto en el aspecto médico como en el social. Naturalmente, en un país de escaso desarrollo, los problemas sociales eran predominantes. Luego vino el Boletín que promovió la investigación y finalmente la Revista con características y requisitos exigidos internacionalmente para este tipo de publicaciones. Revista que actualmente es una de las más serias en el ámbito científico de nuestro país.

No sólo por su valor histórico sino para corroborar que las actividades pediátricas desde sus primeras expresiones no estaban restringidas al área biomédica, transcribimos el primer párrafo de la primera hoja pediátrica publicada en enero de 1947, recuperada por Manuel Pantoja Ludueña:

“Palabras Iniciales”

“Esta hoja de información pediátrica, que circulara quincenalmente entre los colegas de la especialidad, se constituye en portavoz de la Sociedad Boliviana de Pediatría con doble motivo: el de difundir los adelantos mundiales en Medicina Infantil y el de hacer conocer el movimiento de la Sociedad, máxime ahora que encara, con admirable entusiasmo y resolución el trascendental problema del Hospital de Niños.

El Hospital de Niños fue simultáneamente la meta anhelada por varias generaciones de pediatras y el vínculo de unión entre médicos de niños, sociedades filantrópicas y dirigentes políticos. Todos los fundadores de la Sociedad de Pediatría, ya nombrados, centraron sus esfuerzos en la concreción de esta obra que se inició en el gobierno del Dr. Hertzog uno de los fundadores de la Sociedad y durante la gestión como Ministro de Higiene y Salubridad de otro distinguido pediatra e historiador el Dr. Juan Manuel Balcazar La construcción empezó el 2 de diciembre de 1948, como parte de los festejos del IV Centenario de la fundación de La Paz. La Sociedad de Pediatría organizó el núcleo técnico científico impulsor de la obra, núcleo conformado por los fundadores Cecilio Abela Deheza, Carlos Ferrufino, Néstor Salinas Aramayo, entonces profesor de la cátedra y el Dr. Luís V. Sotelo nuevo miembro de la Sociedad⁷. Las limitaciones económicas y políticas de nuestro país, retardaron la conclusión de la obra por casi treinta años. Se inauguró en la década del 70, antes de terminar su planta física. Carentes de equipo y material de trabajo, nuevos pediatras se esforzaron en completar la obra que ahora es como la casa solariega de viejas tradiciones que alberga una juventud pujante con nuevas motivaciones pero siempre fiel al estudio científico médico biológico y social del niño. Explícita o implícitamente, la elevada mortalidad infantil y la materna han sido el desafío que ha provocado los principales cambios en las políticas de salud de nuestro país. En octubre de 1942, un convenio suscrito por el Ministro Juan Manuel Balcazar con el gobierno de los EEUU da inicio al trabajo del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP). Su principal enfoque fue la atención materno-infantil con una orientación preventiva y promocional. La flamante Sociedad Boliviana de Pediatría tuvo en el SCISP su más importante respaldo. Casi todos sus fundadores estuvieron vinculados laboralmente con esta organización que simultáneamente era un núcleo de apoyo y la expresión de la nueva pediatría. No es exagerado decir que con el SCISP se iniciaron las

principales políticas de protección materno-infantil en Bolivia. La Sociedad de Pediatría fue un puntal en este esfuerzo. Cuando ejercíamos por primera vez las funciones de Ministro de Salud en el gobierno del Gral. Torres, en 1971 el Dr. Humberto Zelada que presidía la Sociedad presentó la iniciativa de crear un Banco de Vacunas que funcionó hasta que se desarrolló el PAI con excelentes resultados. Según uno de sus expresidentes el Dr. Torres Goitia Caballero⁸ presentó además, en otras gestiones, proyectos de ley para el control del expendio de sucedáneos de la leche materna y otras disposiciones para el fomento de la nutrición y la alimentación del lactante menor.

Mortalidad infantil y situación de la niñez a comienzos del siglo pasado

La mortalidad infantil, casi sin registro hasta 50 años atrás, debió ser tan elevada en los primeros años de la República que examinando solamente los datos de dos censos seguidos los del 1831 (1088769 habitantes) y de 1882, (1172156) se observa que el incremento poblacional es de solamente 83387 en el período de 51 años. Esto equivale a un crecimiento anual de 0.15% sin que en el período se hayan producido migraciones u otros cambios bruscos demográficos. No es de suponer que la tasa de natalidad hubiera sido menor a la que se registró posteriormente, en 1978, como 44 por mil, por lo cual se puede deducir que la mortalidad infantil de esa época era mayor a la registrada posteriormente de 500 por mil en centros mineros y el área rural⁹.

Según Balcazar¹⁰ recién a principios de 1900 apareció alguna preocupación por la situación de la niñez en Bolivia. En 1909 se funda en La Paz la Sociedad Protectora de la Infancia a iniciativa del Dr. Carlos de Villegas. Su labor se concretó en la apertura del Hogar que lleva el nombre de este destacado médico benefactor y atiende hasta ahora a los niños abandonados. El 19 de noviembre de 1912 se aprueba una ley que declara obligatoria la enseñanza de

Higiene General y Puericultura en todos los colegios y escuelas de mujeres de la república. Aunque su cumplimiento dejó mucho que desear fue un hito importante. En 1925 las alumnas del curso de matronas de La Paz lograron la creación de una cátedra de Puericultura que fue dictada por el Dr. Néstor Orihuela. La preocupación por mejorar la situación de la infancia se tradujo en varias otras actividades y en la fundación de varias sociedades protectoras de la infancia en varias ciudades de la república. El 6 de enero de 1929 el Rotary Club de La Paz convocó a un concurso de “robustez y belleza infantil”. Fue tan grande el éxito alcanzado que el gobierno de ese entonces declaró el 6 de enero, día del niño y recomendó la repetición de concursos análogos en todo el país. Meses más tarde el 20 de mayo del mismo año se dictó un decreto que tiene dos particularidades importantes, primero que declara que la protección de la infancia “es función que el Estado ejercerá por intermedio de la Dirección General de Sanidad...” y segundo que se dice que no sólo era necesario cuidar al niño sano sino “evitar el crecido índice de mortalidad infantil...problema que influye como el que más en el progreso demográfico de la nación”¹¹.

La elevada mortalidad infantil de aquellos años, no podía disminuir con medidas tan simples pero no deja de tener importancia que en aquel entonces, el Estado asuma su responsabilidad, aunque sea solamente en forma declarativa. Indudablemente que el hecho era resultado de la gran labor de difusión y la presión social ejercida por pioneros en la defensa de la salud infantil entre los cuales destacan los primeros pediatras.

Balcazar cita además la aparición de varios libros relacionados con la salud infantil. En 1914 José María Araujo profesor de la Facultad de Medicina y de la Escuela Normal de Sucre, publica su libro “Puericultura”. Tres años después Néstor Morales Villazón, edita en La Paz “Al pie de la cuna” con una segunda edición en 1919. Manuel Ascencio Villarroel publica en Cochabamba “Cartilla de la

Madre”. Varios años más tarde, en 1937, el propio Juan Manuel Balcazar lanza otro libro con el título de “Protección y crianza del niño” de gran circulación dentro y fuera de Bolivia. Luego de estos pasos iniciales deviene el desarrollo de la Sociedad Boliviana de Pediatría que expresa la transición de la labor más humanitaria que científica de los primeros pediatras en alianza con sociedades filantrópicas a una otra que contribuye al desarrollo de la Pediatría en su expresión integral.

La pediatría ha sido siempre la más cercana a los problemas sociales porque el crecimiento y desarrollo del niño, base de su estudio está claramente vinculado a la calidad de vida y a la situación económica social de las familias. Las muy bien llamadas enfermedades de la pobreza: diarreas, infecciones respiratorias agudas, desnutrición, y otras, tienen su expresión más patente en la infancia y son más graves cuanto menor sea la edad del niño. Esto explica que sean predominantemente pediatras los que más incursionan en la vida política de nuestras sociedades.

Revolución Nacional y Confederación Médica Sindical de Bolivia

Pocos años después, un trascendental cambio político en el país hizo variar los contextos sociales. La Revolución Nacional de 1952 junto a las radicales medidas de Nacionalización de las Minas, Reforma Agraria y Voto Universal cambió la estructura social. Desaparecieron los partidos políticos tradicionales y el país entero se vio fuertemente sacudido por la insurgencia obrera y campesina. Con la creación de la Caja Nacional de Seguridad Social y sus servicios asistenciales, el médico se fue convirtiendo en funcionario asalariado no sin graves conflictos. Como fruto de las nuevas circunstancias nacieron primero los sindicatos médicos de la Caja y luego la Confederación Médica Sindical de Bolivia, más conocida por su sigla: COMSIB. Superando agudos conflictos, esta organización que en poco tiempo logró aglutinar a todos los profesionales de

salud del país, se constituyó en activa defensora de los derechos e intereses de sus afiliados y en eficaz articulador con las nuevas fuerzas sociales emergentes. Los servicios médicos de nueva creación, policlínicos y hospitales que se multiplicaron en todo el país funcionaron así con evidente beneficio para sus asegurados. La COMSIB logró establecer coordinaciones que beneficiaron a la población protegida a los empeños revolucionarios de mejorar la atención médica y a los profesionales del área de salud.

La COMSIB defendió eficazmente los intereses de los trabajadores de salud porque se constituyó en defensora de la salud de la población en forma integral. La defensa que hacía de la economía del trabajador, del estímulo a la superación profesional y la mejora de todas las condiciones laborales no se planteaban como fines en sí mismos sino como medios de mejorar la atención médica. En este sentido las exigencias planteadas a las instituciones oficiales no se limitaban a las reivindicaciones habituales sino que se dirigían al control del equipamiento de los servicios, a la dotación de medicamentos, a mejorar la eficacia organizativa y a la creación de incentivos para la superación académica de los profesionales.

Simultáneamente la COMSIB estimuló la conformación de sociedades médicas especializadas y participaba con ellas en el desarrollo del rigor científico en sus jornadas y congresos periódicos. La Sociedad Boliviana de Pediatría fue una de las que más contribuyó con la COMSIB en este cometido y la que mejor se benefició con la expansión de sociedades pediátricas no sólo en las capitales de todos los departamentos sino también en centros mineros y algunas provincias.

El 31 de octubre de 1955 se inauguró el Hospital Obrero de La Paz y en él se destinó un piso al servicio de Pediatría. Asumió la jefatura de este servicio el profesor Luis Hurtado. Tuvimos la suerte de ingresar a su planta de pediatras y participar desde sus inicios en un esfuerzo que se constituyó en pionero de la pediatría nacional. Sus reuniones

anátomo clínicas, clínico radiológicas y la discusión diaria de los casos difíciles, fueron medios de superación profesional continua. Se logró establecer la obligatoriedad de hacer autopsia a todos los niños fallecidos lo cual permitía evaluar el trabajo médico para mejorarlo y estudiar mejor la patología. La dedicación preferente a la biomedicina no eximía del estudio médico social inmerso en toda la actividad. Se hacía además un análisis crítico de la marcha de la seguridad social y se planteaban iniciativas para mejorar la salud en la infancia tanto a la COMSIB como a los ejecutivos de la institución. La pediatría, avanzaba así, desde el Hospital Obrero en sus dos expresiones, médica y social. La médica con un rigor científico en ascenso y la social todavía teñida de filantropía y paternalismo pero fuertemente influenciada por la defensa de la salud colectiva que empezaba a concebirse como un derecho.

Pero el seguro social como tal no podía superar sus limitaciones estructurales. De acuerdo a la tesis laboral que lo sustenta el seguro se financia con aportes de los trabajadores, los patrones y el Estado para beneficiar solamente a la llamada población protegida. Esta tesis restrictiva determinó que pese a todos los esfuerzos realizados su cobertura nunca pasara del 25% y fueran vanos los intentos de incorporar a la población rural.

El seguro social creado por Bismarck en Alemania hace más de 120 años.¹² al beneficiar solamente al trabajador formal y asalariado funciona mejor en los países industrializados y menos bien donde la falta de desarrollo determina menor proporción de asegurados. No contribuye a la equidad y tampoco a la eficiencia y eficacia de la inversión en salud.

Sin embargo, en Bolivia, la protección que da el seguro a esa minoría de la población es efectiva, útil y necesaria aunque todavía fuertemente restringida a la curación sin abarcar la prevención y menos todavía la promoción. Sus servicios médicos han contribuido al progreso profesional y siguen contribuyendo con más o menos eficacia. El problema está en que no es suficiente para atender las necesidades de una mayoría

de la población que no tiene acceso al seguro y que se incrementa continuamente. Su baja cobertura, es además selectiva porque protege a la población con cierto grado de privilegio que goza de un trabajo estable.

Política de salud democrática y participativa

Otro hito importante, más directamente relacionado con la pediatría social es el relacionado con el cambio de rumbo que se imprimió a la política de salud en Bolivia cuando terminó la gestión de los gobiernos militares de facto y se recuperó el proceso democrático. En octubre de 1982 se posesionó el gobierno de la UDP (Unión Democrática Popular) presidido por el Dr. Siles. Unos dos meses después nos hicimos cargo del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, cargo que desempeñamos hasta el final del mandato gubernamental.

Gracias a una real alianza que pudimos establecer con todos los sectores populares del país pudimos cambiar radicalmente la antigua salud pública burocrática, biologicista, autoritaria y elitista por otra democrática y participativa.

Favorecieron el cambio las circunstancias históricas del momento. El masivo exilio de dirigentes universitarios, obreros y profesionales practicado por las dictaduras militares suramericanas había facilitado el intercambio y la maduración de un pensamiento antifascista alimentado por variadas corrientes de opinión de la democracia latinoamericana. Este madurar democrático facilitó la consolidación de las bases conceptuales de la medicina social entonces emergente en nuestro continente.

En Bolivia, la recuperación del proceso democrático y el fervor popular por consolidar el cambio fueron el terreno abonado para sembrar los nuevos conceptos de la medicina social cuyo accionar se basa en postulados fáciles de asimilar que fueron recogidos en “Bases de la política de salud”¹³ Documento discutido y aprobado por las organizaciones que formaron el Consejo Popular de Salud con

clara conciencia de que la salud y la enfermedad no son estados separados y contrapuestos; integran un mismo proceso con predominio de salud o de enfermedad según la calidad de vida. En este sentido, la etiología y patogenia de las enfermedades que se estudia con las ciencias biológicas, están fuertemente condicionadas por el desarrollo económico social. Como la calidad de vida y el desarrollo son responsabilidad de la sociedad en su conjunto, una defensa eficaz de la salud no la pueden hacer los médicos en forma aislada. Es indispensable una movilización colectiva de todas las fuerzas sociales.

Nuestro país que había logrado recuperar pacíficamente la democracia, necesitaba concretar beneficios reales lo antes posible, pero la necesaria rearticulación de la economía requería de mayor tiempo que el que empleaban las demandas en crecer. Con tal criterio convocamos a la Central Obrera Boliviana, Juntas vecinales, Trabajadores campesinos, Federaciones de Estudiantes, Maestros, Periodistas y otras organizaciones sin distinción política partidaria alguna. Afirmábamos que dada la atomización de la política, la grave crisis económica, la falta de instituciones bien estructuradas etc. era poco menos que imposible cambiar de inmediato la situación social. Sin embargo la salud de la población podía mejorarse si la población se decidía a movilizarse para realizar tareas que estaban a su alcance. Explicábamos que la mortalidad infantil no tenía registros confiables pero se estimaba en 200 por mil. Que las causas estaban centradas en tres aspectos que podían ser superados con sólo el esfuerzo colectivo. Los niños se morían por diarreas, infecciones respiratorias agudas y sarampión. Ninguna de estas enfermedades requería ni siquiera de la construcción de hospitales o de centros de salud, se las podía combatir con solo organizar las poblaciones más afectadas. Así nació una de las consignas ampliamente difundidas: **“La salud no se compra, ni mendiga, se conquista con organización disciplinada”**.

Los detalles de esta experiencia están publicados dentro y fuera del país, pero un resumen general se

lo encuentra en Salud y Democracia¹⁴. Lo de destacar es que las propias organizaciones convocadas asumieron que la salud es parte importante de sus reivindicaciones sociales. Organizaron comités populares de salud en cada barrio de las ciudades, en los pueblos de provincia y en las comunidades indígenas y entre ellas destacaron a los más activos para que fueran capacitados como Responsables Populares de Salud - RPS-. Todos voluntarios porque sus actividades eran parte de su lucha por mejorar sus condiciones de vida. Los funcionarios rentados por el Estado eran otros claramente diferenciados y éstos no podían ser parte de los Comités. A los Comités correspondía el Derecho de demandar servicios y a los funcionarios el Deber de atenderlos.

En paralelo el Ministerio convocó a los médicos recién egresados y les ofreció una capacitación rápida e intensiva en la prevención y tratamiento de las enfermedades prevalentes con prácticas concretas en los grandes programas en curso. Inmunizaciones, control del bocio endémico, hidratación oral, protección materno infantil integral, guarderías infantiles, parto gratuito, uso racional del medicamento etc. Como eje transversal a todos los programas se enfatizaba en reconocer a la población organizada como el sujeto en las movilizaciones por la salud. En vez de buscar su ayuda, se debía colaborar con ella sin utilizarla ni con fines políticos ni de servicio. La población no debía ser vista como “objeto” de atención médica, sino considerada y respetada como “sujeto” de su propia lucha por su reivindicación social. Esos jóvenes profesionales son recordados como médicos PIAAS porque condujeron con alta eficacia el descentralizado Programa Integral de Atención de Áreas de Salud.

Los resultados inmediatos permitieron robustecer la política de salud que logró un gran consenso nacional. Fue respaldada por la opinión pública, la iglesia, la prensa y todos los sectores sociales. En el mediano plazo los impactos más salientes fueron: Eliminación del bocio endémico que afectaba al 65.5% de la población escolar¹⁵. (En 1994 UNICEF

certificó a Bolivia, como país libre de la carencia de yodo) La reducción de la mortalidad infantil de 200 (cifra estimada para 1982) a 75 por mil, (según datos del censo de 1992) y la casi desaparición del Sarampión que dejó de figurar entre las causas de muerte en la infancia.

La participación popular que fue el eje central de la política de salud se mantuvo con altibajos naturales en los sucesivos gobiernos y fue retomada después con más fuerza institucional en la constitución de los DILOS (Directorios Locales de Salud) vigentes hasta la fecha y a los que nos referiremos luego.

El país podía considerarse como un laboratorio para observar los estragos que produce la pobreza sobre la salud. La experiencia de la política de salud democrática y participativa mostró que aún en las peores circunstancias los servicios de salud pueden hacer algo. Se empezó a tomar en cuenta las barreras que impedían el acceso a los servicios identificándolas como económicas, geográficas y culturales a las más importantes.

Ley de Participación Popular y creación del Seguro Público de salud

En 1993, un gobierno que basó su oferta electoral en lo que se conoció como el Plan de Todos, estableció alianzas con fuerzas populares y estableció una política de gobierno consciente de que la inequidad, la marginación y exclusión social obstaculizaban gravemente el progreso. Dictó una ley que de acuerdo con nuestra realidad social y la experiencia adquirida se llamó de “Participación Popular”. Esta ley vigente a la fecha, descentraliza el Estado en los municipios que se los reorganiza adecuadamente para que el área rural tenga el mismo acceso al poder y los recursos que las áreas urbanas. Establece que el 20% de todos los ingresos del Tesoro General de la Nación sean repartidos equitativamente de acuerdo con el número de habitantes entre todos los municipios. A más de garantizar la elección libre y democrática de las autoridades municipales crea

los Comités de Vigilancia formados por las juntas vecinales en las ciudades y por las comunidades indígenas originarias en el área rural respetando sus usos y costumbres y reconociendo a todas ellas su personería jurídica. Gracias a la Coparticipación Tributaria que así se llama la distribución de los ingresos nacionales en cada municipio, “por número de habitantes”, el sector salud logró introducir el Seguro que con aportes indirectos otorga cobertura universal (tipo Beveridge). Un porcentaje de los fondos de Coparticipación Tributaria se destina a los servicios de salud dando un paso trascendental para su financiamiento. Financiamiento sólido, estable, que no depende de la voluntad política de ninguna autoridad y que además de crecer con el desarrollo del país involucra al municipio en la defensa colectiva de la salud.

A partir del 27 de mayo de 1996 con el 3.5% de la Coparticipación Tributaria se organiza el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez. El gobierno siguiente, con el 6 % conforma el Seguro Básico. Finalmente por ley de 21 de noviembre de 2002 se eleva el aporte al 10% y se crea el Seguro Universal Materno Infantil, mejor conocido por su sigla SUMI. La atención médica totalmente libre de costo para los niños menores de 5 años y para todas las mujeres durante su embarazo y hasta 6 meses después del parto, rompe la barrera económica que separaba a los más pobres de los servicios de salud.

El Ministerio sin perder su rol rector, impulsa una gestión compartida con participación popular. Descentraliza los servicios que pasan a depender de los Directorios Locales de Salud –DILOS-. Los DILOS se constituyen en la máxima autoridad de salud de cada municipio y están presididos por el Alcalde e integrados por un representante del SEDES (Servicio Departamental de Salud) y otro de las organizaciones populares de base. Representación tripartita que conjunciona la energía del municipio, responsable del desarrollo local, el conocimiento de la autoridad médica que maneja la ciencia y la tecnología disponibles y la participación popular que represen-

ta a los sujetos defensores de los cambios a favor de la salud colectiva.

Otra vez, entre los protagonistas de los cambios están los pediatras. En 1996 el Decreto No 24303 correspondiente es suscrito por Oscar Sandoval como Secretario de Salud, siendo Subsecretarios Javier Torres Goitia Caballero de Salud y Guillermo Aponte, de Previsión Social. El 2 de noviembre del 2002 la aprobación del SUMI tiene como Ministro de Salud a Javier Torres Goitia Caballero, a Christian Fuentes como Director General de Salud, colaborados siempre por el experto Guillermo Aponte. Un equipo activo y audaz logra la aprobación de la ley en los tres primeros meses de gobierno y acelera su aplicación en el año siguiente, cuando termina su mandato dejando el Seguro sólidamente establecido. El SUMI, pese a los conflictivos cambios políticos que se han sucedido, se mantiene hasta la fecha y se está a la espera de su ampliación prevista para toda la población articulándose con el seguro de vejez creado junto con el primer seguro Materno Infantil.

También en esta oportunidad la Sociedad de Pediatría contribuyó a la redacción de los Protocolos de Atención Pediátrica y a la incorporación del AIEPI a la estrategia de los servicios. Eduardo Mazzí, Eduardo Aranda y prácticamente todos los pediatras brindaron sus aportes respondiendo exclusivamente al interés de contribuir a mejorar la salud del niño.

Los impactos de estos nuevos cambios son claros y suficientemente conocidos por los pediatras. La Mortalidad infantil que para 1992 había descendido a 75 por mil, como dijimos antes, bajó en el censo de 2004 a 54 por mil. Pero el efecto más evidente del beneficio de atacar la barrera económica en los servicios fue la disminución de la mortalidad materna. De 390 por cien mil nacidos vivos en 1992 descendió a 229 en el censo de 2004.

Si recordamos que los esfuerzos de los pioneros de la pediatría se acompañaron de libros sobre puericultura o de instructivos para las madres, en el presente los pediatras publican en su Revista, investi-

gaciones con calidad científica y avances pediátricos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de variadas patologías. Este año, 2010, aparece la 4ª Edición del Texto de la Cátedra de Pediatría. La primera edición se hizo en el 2003. Es un texto a la altura de otros de países de mayor desarrollo. Tiene la virtud de que recoge una estrategia internacional de probada eficacia como el AIEPI, en la que nuestro país ha hecho sus propios aportes y responde a los problemas de salud con conocimientos y metodología científica de alta calidad.

Este valioso texto¹⁶ tiene como editores responsables a Luís Tamayo Meneses y a Eduardo Mazzi Gonzáles de Prada. Los Editores son: Manuel Díaz Villegas, Eduardo Aranda Torrelío, Oscar Sandoval Morón, Andrés Bartos Mikios, Rosse Mary Peñaranda Ávila y Carmen Quiroga Moreno. Son otros tiempos, otras gentes y nuevas formas de pensar.

Biomedicina y Medicina Social

El acelerado desarrollo científico técnico con un paradójico retraso social y la práctica de una medicina elitista que no contribuía a la mejora de las condiciones de salud de la población, provocaron la confrontación de los enfoques bio y socio médicos. Foucault¹⁷ en el “Nacimiento de la Clínica” describe la evolución de la mirada médica. Mirada que avanza desde lo que aprecia más la imaginación que el ojo desnudo, hasta los estudios anatomopatológicos, la experimentación y la interpretación objetiva de lo que se ve al microscopio, con mejores recursos tecnológicos. No sabemos lo que nos habría dicho del progreso actual ya que falleció antes de conocer la resonancia magnética, la tomografía computarizada y los novedosos recursos de observación clínica que se perfeccionan a diario. Es fácil apreciar que mientras Laennec, (inventor del estetoscopio, fallecido de Tuberculosis en 1826) y los grandes clínicos franceses, empleaban su gran “imagenología”, ahora disponemos de la “imagenología” que ha centuplicado el potencial de la mirada médica.

La Bio Medicina, está avanzando desde la mejor valoración del conocimiento cotidiano que los médicos cultivamos desde Hipócrates a una práctica científica cada vez más rigurosa y exigente que ha llegado a la medicina basada en la evidencia. Pero cuanto más avanza la mirada médica más nítidamente surge la necesidad de investigar también el por qué de los cambios biológicos y por qué éstos son tan distintos en sociedades diferentes. En ese momento es que la secuencia de causas llega a rebasar la explicación bio-médica para ingresar en el área social. Desde Virchow a Lalonde, la medicina social y en nuestro caso la pediatría social, son realmente tales cuando reconocen que la enfermedad se relaciona más con cambios en la calidad de vida y en la situación económica social que con el mero efecto de agentes químicos, físicos o biológicos. Sin embargo la inercia mental alimentada por intereses materiales poco científicos, retarda el progreso y fomenta la división entre la biomedicina y la medicina social.

Pese a todo, tanto las ciencias biológicas como las sociales progresan aceleradamente y se aproximan entre sí para contribuir mejor al desarrollo, así en singular y sin calificativo. La sociedad, ha reconocido el valor de los llamados capital humano y social y la diferencia que existe entre el simple crecimiento económico e industrial y el desarrollo humano. Los nuevos conceptos de desarrollo defendidos particularmente por Amartya Sen, premio Nóbel de economía en el año 1998, muestran el desarrollo como una expansión de las libertades¹⁸.

La acumulación del conocimiento se amplía, pero quizá con mayor fuerza entra en escena la epistemología haciéndonos ver que tanto las ciencias biomédicas como las sociales necesitan además de conocer, saber construir el conocimiento y actuar en consecuencia. La epistemología, cobra cada vez mayor importancia porque en cualquier investigación científica importa tanto la verdad que se descubre como el método que nos permite no sólo conocer esa verdad sino avanzar de allí para adelante. Conocer para cambiar.

Estos conceptos llevaron al estudio de los determinantes sociales vistos como causa de las causas que provocan enfermedad. Breilh los fundamentó hace 30 años¹⁹; la OMS los ha oficializado el 2008²⁰. La investigación se está multiplicando en casi todos los países y estos estudios son los que mejor fundamentan la medicina y la pediatría social. Es más, son la expresión clara de la interrelación de las ciencias biológicas con las sociales.

Esta rápida reseña nos muestra que como pediatras, en Bolivia, hemos pasado desde una biomedicina elemental ligada a la filantropía, a un desarrollo científico cada vez mayor acompañado de variados aportes para el mejoramiento de los servicios y la asistencia social. Hemos dado prioridad a la prevención y promoción y hemos sido actores o testigos de lo que puede ganarse impulsando las reivindicaciones sociales con la salud en el centro de ellas, como corresponde. Hemos aprendido, además que el conocimiento biomédico es tan indispensable para el cuidado de la salud como lo es la movilización social para su defensa colectiva. Estamos pues avanzando a la mejor comprensión de la Pediatría Social. Sin pretender definir una ciencia que continúa en construcción podemos decir ahora que la medicina social es tal, cuando el conocimiento de las causas aparentes de la enfermedad se amplía con el estudio de sus determinantes sociales y la práctica médica se incorpora a las movilizaciones colectivas para mejorar la calidad de vida y la salud.

Referencias

1. Franco Saúl, Nunes Everardo y col. Debates en Medicina Social. OPS. ALAMES. Quito Ecuador 1991.
2. Sandoval Morón Oscar y Mazzi G. de Prada, Eduardo. Testimonio de una Protagonista: Recordando la Fundación de la Sociedad Boliviana de Pediatría, en Archivos Bolivianos de Historia de la medicina. Vol.4 N° 1. 1988. La Paz. Bolivia.
3. Ferrufino Burgoa, Carlos. Fundación y primera década de vida de la Sociedad Boliviana de Pediatría en Boletín de la Sociedad Boliviana de Pediatría. Vol XII. N° 1 1970. La Paz. Bolivia.

4. Sandoval Morón Oscar y Mazzi G. de Prada, Eduardo. Testimonio de una Protagonista: Recordando la Fundación de la Sociedad Boliviana de Pediatría, op.cit.
5. Pantoja Ludueña, Manuel. Historia de la Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. En Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría, Vol 42 N° 1. La Paz, enero de 2003
6. Dato proporcionado por su hija Pilar Ramírez, residente en La Paz en Agosto de 2010.
7. Hurtado Gomez, Luis. Realizaciones relevantes de la Sociedad Boliviana de Pediatría, en Revista Boliviana de Pediatría. V.42. N° 1 La Paz, enero de 2003.
8. Torres Goitia Caballero, Javier. La Organización en salud de Bolivia. Trabajo realizado para CIES Internacional. La Paz. Bolivia 2001.
9. Torres Goitia T, Javier. Responsable de la parte correspondiente a Bolivia de: Artaza Barrios, Osvaldo y colaboradores de cada uno de los países de la región andina: Reformas y financiamiento de sistemas de salud en la subregión andina ORAS CONHU y CAF. Lima Perú .Septiembre 2004 pág. 25.
10. Balcazar, Juan Manuel. Historia de la Medicina. En Bolivia. Ediciones Juventud. La Paz, Bolivia 1956. Cuarta parte. Epoca Republicana. Capítulo XII. Pediatría. Puericultura y Protección del Niño pp 510 a 515.
11. Balcazar, Juan Manuel. Op cit. Pág 512
12. Torres Goitia T. Javier. La Medicina en la era Industrial en Desarrollo y Salud. ORAS CONHU Y Universidad Andina Simón Bolívar. La Paz, Bolivia 2008 pp 59 a 81..
13. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Bases para la Política de Salud. Ed. Oficial. L Paz. Bolivia. 1983
14. Torres Goitia T, Javier. Salud y Democracia. ILPES UNICEF. Santiago de Chile 1987..
15. Torres Goitia T.,Javier. Salud y Democracia.op. cit pág. 132-
16. Tamayo Meneses, Luis; Mazzi, Eduardo y col. Texto de la Cátedra de Pediatría. 4ª edición. Universidad Mayor de San Andrés. 2010.
17. Foucault, Michel. El Nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI. México. Séptima edición en español, 1980.
18. Sen, Amartya. Desarrollo y Libertad. Ediciones Planeta 3ª edición. Colombia 2001. pp 19 a 28.
19. Breilh, J. Epidemiología: Economía, Medicina y Política. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Santo Domingo, República Dominicana. 1980
20. OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe final. OMS 1998.