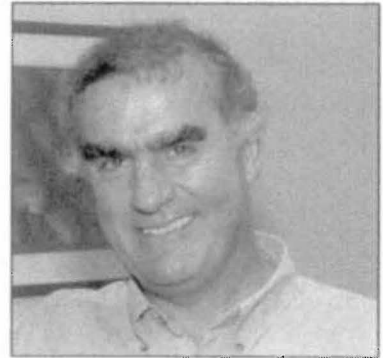


PERFIL HUMANO

Dr. Antonio Infante, Salubrista

Lo fácil ya está hecho



Privilegiado se siente el Dr. Antonio Infante porque toda su carrera profesional la ha desarrollado en Chile. Situación que le permite tener una visión muy amplia de lo que puede hacer al interior de la función pública un salubrista como él.

El ex subsecretario de salud hoy se encuentra un poco más relajado, pero igualmente atareado en su trabajo como asesor en temas de salud. Acaba de escribir el capítulo de salud para la propuesta de la Fundación de la Superación de la Pobreza, lo cual ha sido una experiencia de la que se declara muy satisfecho.

Ciertamente que en esas hojas plasmó toda su experiencia ya que el Dr. Infante desde que se especializó de salubrista ha estado inserto en el teje y maneje de la salud pública.

Su bitácora -descrita sintéticamente por él- da cuenta de su trabajo en atención primaria y en el nivel central; en la Junaeb; en la Subdere a cargo del tema de la modernización del Estado. Otro de los ámbitos que lo ha marcado hasta hoy, es su trabajo en salud que realizó con las organizaciones comunitarias durante la dictadura.

- De estas experiencias laborales y de vida ¿A qué conclusión llega sobre qué se debe hacer en el sector para que la población tenga una salud digna?

- Me queda muy claro que la voluntad está sobre la estructura burocrática si uno quiere hacer cosas. En general, la lógica del sector público permite hacer todo, pero lo que sucede

es que es más lento si no se tiene una ley que lo ampare. Un ejecutivo del Estado del sector salud, desde que entra al consultorio de atención primaria tiene que tener claro que tiene herramientas para entusiasmar, para hacer y ejercer liderazgo. Si no lo hace no le puede echar la culpa a otro.

- ¿Cuál es la evaluación que hace de la Reforma a la Salud, ya que Usted estuvo desde su génesis y ahora tiene una visión desde fuera?

- Se está hablando de Reforma desde el año 86 y a mi juicio, en el sector salud, la Concertación y quienes tuvimos alguna responsabilidad en ella, durante los 90 perdimos la brújula. Hay una década que se perdió en materia de avances sanitarios y fue ganada en términos de lenguaje, el de la gestión. Este permitió que salubristas y gente de la administración llegaran a un lenguaje común, pero sin duda, con la brújula muy perdida porque se puso a la gestión por delante de las tareas sanitarias. Por esto, la gran gracia de la Reforma del Presidente Lagos, y eso es mérito enteramente de Hernán Sandoval, Jeanette Vega y de la gente de epidemiología del Ministerio, es haber construido los objetivos sanitarios nacionales 2010 y centrar el quehacer en ellos. Objetivos que pueden ser evaluados y en función de eso construir una herramienta de planificación como es el Auge, que permite intervenir los puntos críticos del desarrollo sanitario chileno. El giro que da la salud pública con la incorporación de estos objetivos es recuperar

una vieja tradición que era trabajar en torno a miradas programáticas que se habían dejado de lado por temas como la optimización de recursos y la eficiencia, que desorientaron al sector durante una década.

- ¿Cuáles son los costos o aprendizajes de esa “brújula perdida”?

- En este minuto ya se ha recuperado el sentido sanitario. La década de los '90 aportó un lenguaje común para entender que los logros sanitarios se consiguen con una estructura administrativa ordenada, con manejo adecuado de los recursos, con priorización y que ambos mundos, el de la gestión y el de la epidemiología, confluyen. Claramente, sin embargo, es la epidemiología quien tiene que decir hacia dónde vamos.

- ¿Y qué viene ahora?

- La tarea que hay por delante es mucho más compleja. El Auge depende del sector salud, lo que se haga ahí depende, enteramente, de cómo se consiguen los recursos. Pero lograr cambios de estilos de vida hacia hábitos saludables es un esfuerzo titánico, que tenemos que hacer todos. Es una tarea nacional ya que involucra un cambio cultural.

- En este contexto ¿hacia dónde se debe apuntar para poner freno al actual estilo de vida de la población?

- La prioridad uno es concentrarse en las áreas de mayor impacto preventivo y eso es el mundo infantil. El sector salud desde el año 78 tiene un test para medir desarrollo infantil, pero no tiene herramientas para intervenir sobre éste. El tema, entonces, es qué se hace cuando se descubre que un niño tiene retardo en su desarrollo por un ambiente que lo estimula poco. Generalmente ese niño está en una familia vulnerable, un familia que usa escasamente el lenguaje y, por lo tanto, hay que ofrecerle apoyo, estimulación para que pueda cumplir bien su tarea. Esto se traduce en trabajar con la madre y, ofrecerle a ese niño algún centro de cuidado infantil que se preocupe de su desarrollo. La estrategia de la Junji e Integra es absolutamente insuficiente, y las cifras muestran que en los quintiles más

pobres nos estamos quedando atrás.

- ¿Le ha faltado a la Reforma mirar hacia el mundo infantil?

- Tenemos la particularidad de deslumbrarnos con temas nuevos y concentrarnos en las enfermedades crónicas ha hecho que dejemos de lado al niño. Lo central es volver la mirada al lugar en donde tenemos más potencial preventivo y, entonces, nuestra enfermería de atención primaria, nuestras herramientas de cuidado infantil hay que retomarlas, ponerles metas más ambiciosas. Es muy desalentador para un equipo de atención primaria, certificar que existe un problema y no tener nada que hacer. La tarea es de atención primaria, pero también del mundo municipal, que se tome en serio los temas de los niños de su comuna y, por lo tanto, que desarrollen en educación y en la estrategias para acogerlos.

- Pero, ¿el tema de atención primaria tiene la fuerza suficiente en la Reforma?

- En el discurso de la Reforma está claro que el modelo de atención y su cambio es el eje central y éste implica una atención primaria que haga bien las cosas. Eso está dicho, está escrito, pero nos encontramos con realidades como que tenemos municipios muy precarios, poco profesionalizados y un Minsal que no ha sido o no ha tenido la capacidad de instalar la conversación respecto de modelos de atención primaria con la energía que debiera haberlo hecho. La gente todavía ve a la atención primaria de segundo nivel en términos de calidad y el que puede se baypasea al consultorio.

Por ello es imposible pensar que el Auge funcione si uno no tiene una atención primaria que prevenga, que se vincule con su comunidad.

- ¿Esta es una de las deudas que deberá saldar el próximo Gobierno?

- El próximo Gobierno tiene que profesionalizar los municipios y eso es un trabajo para el cual el Ejecutivo cuenta con herramientas limitadas, porque el mundo municipal tiene garantías constitucionales de autonomía muy grandes, entonces, es un proceso de negociación

muy complejo. Otra tarea del futuro Gobierno es instalar el discurso de los cambios de estilos de vida y lograr seducir y convencer al conjunto de los chilenos de la necesidad de cambiar. Lo fácil ya está hecho, los epidemiólogos definieron objetivos sanitarios, que priorizan y ponen garantías, esa es la Reforma del Presidente Lagos que ya está concluida, sólo falta que madure. Pero el aspecto más profundamente sanitario, intersectorial, de salud pública está en pañales y ahí hay una tarea gigantesca.

- ¿Por dónde habría que empezar?

- Tenemos que mirar lo que han hecho otros países. Los polacos acaban de desarrollar un programa de modificación de estilos de vida, y en cinco años redujeron las cifras de prevalencia crónica de manera extraordinariamente importante. Los finlandeses llevan 30 años en prevención y les ha ido muy bien. Es una sociedad que asumió el discurso de la prevención. Por ello, lo primero que hay que hacer es mirar hacia fuera y traer las buenas experiencias; lo segundo, hay que ser intransigentes en señalar las conductas de riesgo que seguimos teniendo.

El Dr. Hernán Sandoval hace una muy buena analogía sobre esta situación. Él dice que en los 60 el ejecutivo top americano era un señor gordo, que fumaba un puro con los pies sobre el escritorio, es decir, era un obeso, fumador y sedentario; hoy, es un tipo que hace jogging y va con un walkman. Nosotros

en Chile todavía estamos con el primer modelo. No hemos avanzado en la construcción de nuestro imaginario de la persona a la que tenemos que llegar, y eso es una tarea que los que hemos tenido responsabilidad en mostrar ese camino, claramente hemos fracasado.

¿Qué lo hace pensar que esta vez no se fracasará?

La Encuesta Nacional de Salud muestra resultados tan preocupantes que el sector salud debería tener más capacidad de convicción de la que tenía antes de aplicarla. Pese a que los resultados no son tan distintos de los que se estimaban, ahora se ven, y hay 3.600 familias encuestadas que muestran los problemas reales que tenemos, y sobre la base de la evidencia hay que comenzar a mostrar y convencer de que no hacer cosas tempranamente tiene un mayor costo si se las enfrenta tardíamente.

En términos de daño en salud somos el país más fumador de Latinoamérica y también estamos en los primeros lugares a nivel mundial; somos un país donde más beben los jóvenes y esa es una pésima señal. No es que estemos desatados sino que, probablemente, la segregación, la falta de proyectos del mundo juvenil lleva a tener estas conductas que son el reflejo de algo. Aquí nadie es autodestructivo de puro gusto, tenemos que tener claro, que estas señales nos indican que no vamos por buen camino en términos de salud, convivencia y de democratización de los espacios.