

Plenaria*

Atención pediátrica en la comunidad

MODERADOR:

Dr. Luis Córdova Vargas

Profesor auxiliar de pediatría. Facultad No. 2 del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Jefe del departamento de pediatría del policlínico docente "Luis Pasteur".

PONENTES:

Dr. Jesús Perea Corral

Profesor titular de pediatría. Facultad No. 1 del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Jefe del departamento de pediatría del policlínico docente "Alamar".

Dr. Manuel Carriles Díaz

Profesor auxiliar de pediatría. Facultad No. 1 del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Jefe del departamento de pediatría del policlínico docente "Plaza".

Dra. Sonia Oliver López

Instructora de pediatría. Facultad No. 1 del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Jefe del departamento de pediatría del policlínico docente "Reina".

Dr. Luis Córdova Vargas

Durante esta plenaria sobre atención pediátrica en la comunidad, enfocaremos tres aspectos que creemos permitirán conocer de manera adecuada la situación de la atención primaria en nuestro país.

En primer lugar, los motivos por los que nuestro Ministerio de Salud Pública ha desarrollado en los últimos tres años un nuevo modelo de atención médica primaria, el cual se define como medicina en la comunidad, y cuáles son sus elementos esenciales.

En segundo lugar, algunos resultados de la atención médica en los 4 policlínicos docentes que se encuentran funcionando hace más de un año en la provincia Ciudad de La Habana con sus correspondientes análisis (éstos son: "Alamar", el pionero en nuestro país, "Plaza", "Pasteur" y "Reina").

En tercer lugar, exponer algunas perspectivas basadas en las experiencias obtenidas que nos permitan seguir mejorando el sistema, tanto en los policlínicos antes mencionados, como en los del resto del país, y recordar siempre que la ejecución de este nuevo modelo necesita un periodo de tiempo extenso para su implantación en la totalidad de nuestras unidades.

* Celebrada en la XIX Jornada Nacional de Pediatría, Ciudad de La Habana, Cuba, Diciembre, 1977.

Con relación al primer aspecto podemos decir, que a partir del triunfo de la

Revolución los servicios de salud en nuestro país se han desarrollado en forma extraordinaria y que el elevado nivel de salud de nuestra población, es el exponente de los éxitos alcanzados; simultáneamente nuestros técnicos han mejorado su calidad científica y profundizado en su desarrollo ideológico. Se ha establecido una completa red de salud que cubre el territorio, y la demanda de los servicios crece en forma progresiva, sin que la oferta la haya cubierto totalmente.

A medida que se perfecciona el sistema de salud, se hace más evidente que el objetivo de dicho sistema en un país socialista, se centra en elevar cada vez más los niveles de salud del pueblo, y este objetivo no es posible sin que estos servicios estén íntimamente vinculados a la población. Para lograrlo, es necesario establecer sólidas relaciones médico-paciente y elevar la participación de las masas en las tareas de salud, al mismo tiempo que se les da mayor prioridad a las tareas preventivas y las acciones de promoción de salud adquieren una relevancia más significativa.

Tradicionalmente nuestros médicos han sido formados casi exclusivamente en el hospital, con una franca tendencia a convertirse en técnicos de la enfermedad y con poco entrenamiento en los aspectos sociológicos, psicológicos e higienicoepidemiológicos. Esta formación hospitalaria generalmente lleva implícita una subvaloración de la atención primaria que se lleva a efecto en el policlínico. Además, durante las últimas décadas se ha producido una exagerada tendencia hacia la especialización, lo cual si bien ha logrado determinados avances en algunos aspectos, por otra parte ha deformado en la práctica médica la concepción del hombre integralmente considerado y que se desenvuelve en un medio donde la salud está sometida a los efectos de factores de muy variado carácter.

Esta situación produce el fenómeno contradictorio siguiente: por una parte, logros importantes en los indicadores de salud, servicios y especialistas de ele-

vada calidad científica; y por otra parte, insatisfacción de la población por los servicios que recibe. Este fenómeno tiene un carácter universal y más acusado en los países capitalistas altamente desarrollados.

Las soluciones del Ministerio de Salud Pública para producir un cambio esencial en la calidad de la atención médica, capaz de vincular los servicios al pueblo y adecuarlos a nuestro sistema social, es el policlínico de la comunidad. Este policlínico, desarrollando sus actividades en una modalidad que ha sido denominada medicina en la comunidad, constituirá el primer nivel de la atención de salud a la población, quedará articulado con el segundo o nivel secundario (hospitalización y consultas de especialidades), y con el nivel terciario (especialistas y servicios hospitalarios provinciales o nacionales más selectivos).

Otro aspecto muy importante es la necesidad de que los internistas, pediatras y obstetras en una parte importante de su entrenamiento como especialistas, se formen en el policlínico, para lo cual un número de estas unidades debe transformarse en policlínicos docentes.

La medicina en la comunidad se define como el conjunto de actividades planificadas de atención médica integral que en nuestra sociedad socialista tiene como objetivo alcanzar mayor nivel de salud en el individuo y en la comunidad, aplicando la metodología científica marxista-leninista con la óptima utilización de los recursos disponibles y la participación activa de las masas organizadas.

No constituye una especialidad médica.

Antes de pasar al análisis de los elementos esenciales del nuevo modelo de atención médica primaria, debemos informar que ésta descansa en el trabajo de cuatro especialidades básicas.

Pediatría
Medicina interna
Ginecobstetricia
Estomatología

y los elementos esenciales de este modelo son:

- atención médica integral
- sectorizada
- regionalizada
- continuada
- dispensarizada
- en equipo
- participación activa de la comunidad

Integral

La atención médica integral es aquella que considera la unidad, tanto de los aspectos preventivos como de los curativos, lo biológico, lo psicológico y social, así como las condiciones del ambiente físico que están en interacción con el individuo y su colectividad, y que condicionan el proceso salud-enfermedad.

Sectorizada

Este elemento constituye uno de los de mayor categoría al permitir que la atención médica integral, según fue enunciada anteriormente, se pueda realizar plenamente. En ella se responsabiliza al médico de atención primaria con un número determinado de habitantes, según los grupos de edad y sexo de la población que conforman el área de salud (internista, pediatra, obstetra-ginecólogo).

El médico y su equipo son responsables de todo lo relacionado con el proceso salud-enfermedad de sus usuarios, tanto sanos como enfermos, así como de su ambiente inmediato físico y social.

Regionalizada

La regionalización es el procedimiento existente para establecer la interrelación de los distintos niveles de organización y, en especial, del policlínico, con los hospitales regionales.

Garantiza a la población la aplicación en el proceso salud-enfermedad, de todos los adelantos de la ciencia y la técnica en medicina, según las necesidades

lo determinen, con la óptima utilización de los recursos humanos y materiales.

Continuada

El médico y su equipo atienden a la población a éstos asignada, a lo largo del tiempo y en los lugares en que ésta realice sus actividades dentro del área de salud.

El médico y el equipo atienden al usuario, tanto en el policlínico, como en su domicilio, círculo infantil, escuela o centro de trabajo, que se encuentren en el área de salud. Deben, además, concurrir a las instituciones del segundo nivel (hospitales) en los que se atiende al paciente para aportar los datos de sus factores biológicos, psicológicos y sociales, que consideren influyen en el proceso salud-enfermedad, y para recibir la información necesaria que les permita continuar el tratamiento, rehabilitación, o ambos, del paciente, a su alta de la institución, en la propia comunidad.

Dispensarizada

Conociendo el universo de su trabajo, el médico y el equipo pueden determinar, dentro del mismo grupo de edad y sexo, quiénes, aunque considerados sanos, son tributarios de una atención activa y controlada periódicamente. En igual forma, los pacientes con afecciones agudas y crónicas (asma, diabetes, epilepsia, enfermos hipertensivos, tuberculosis, malnutrición, fiebre tifoidea y otros) son agrupados y se establece su registro y control periódicos.

Trabajo en equipo

Trabajo en equipo y equipo de trabajo, nos obligan a referirnos al concepto de colectivo y su funcionamiento, y ambos son expresión del desarrollo de las acciones de salud, las cuales, tanto en la teoría, como en la práctica son interdisciplinarias.

En el campo de la salud, cuando hablamos del equipo de trabajo de un hospital, policlínico o institución, lo hacemos del equipo o colectivo grande o se-

cundaria. Se alude al hecho de que sus integrantes deben operar en armonía y con unidad de propósitos. Se hace referencia más bien a una actitud de equipos. En el policlínico, todo su personal integra el equipo de salud del área.

Participación activa de la comunidad

La participación activa de las masas organizadas de la comunidad, es uno de los elementos primordiales para cumplir esta forma de atención médica.

El médico y el equipo del sector, por atender a los habitantes enmarcados en una extensión territorial determinada, están en íntima relación con las organizaciones de masa (CDR, FMC, ANAP), en la base.

La organización del pueblo con elementos programáticos de apoyo a la gestión en salud, en lo que respecta a distintas entidades, constituye un importante prerrequisito para que la comunidad tenga participación en las acciones de salud. Pero esta participación no se produce en forma espontánea, sino que es necesario instrumentarla en forma adecuada.

La experiencia en nuestro país nos permite señalar que esta participación constituye un proceso que se desarrolla en varias fases.

La misma se inicia mediante la toma de conciencia de la importancia social que tiene el trabajo que como "activista" de la organización de masa a la cual pertenece, debe cada ciudadano realizar, sea éste el sector de la salud, educación, deporte o cualquier otro.

Para que esta toma de conciencia se produzca es necesaria la motivación mediante la capacitación correspondiente impartida por los responsables de estas actividades, tanto de las propias organizaciones de masa como profesionales, técnicos y demás trabajadores del sector de la salud.

La siguiente etapa es la ejecución de determinadas acciones que permitan objetivar lo señalado anteriormente en relación con la importancia social de

esta labor. Por ejemplo, la participación en un programa de vacunación como el de la poliomielitis, y conocer que con su esfuerzo ha ayudado a erradicar una enfermedad tan temida como la señalada. Esta acción es una fuente poderosa de estímulo para nuevas acciones.

A partir de este momento se van entregando nuevas ramas de complejidad creciente, en la medida en que se cumple su ejecución.

La tercera etapa es la participación en actividades de control.

En el sector de la salud este control se puede realizar, tanto en lo relacionado con determinados grupos de población que tienen diversos procesos (embarazos, enfermedad, trastornos psíquicos, sociales, etc.), como con quienes deben cumplir las normas técnicas establecidas para mantener o recuperar la salud (asistencia de las embarazadas a las consultas prenatales, control de pacientes tuberculosos, hipertensos, diabéticos, etc.).

Después de haber explicado los motivos para la implantación de este nuevo modelo de atención primaria y sus elementos esenciales, podemos informar que en la actualidad contamos con 345 policlínicos en todo el país y que en un 50% se encuentra implantado el nuevo modelo; de ellos, 10 son de tipo docente, por los cuales han rotado hasta el momento alrededor de 150 residentes de pediatría.

Por la importancia de estos policlínicos en la formación integral de nuestros pediatras y en el desarrollo del modelo, le damos la palabra a la doctora *Sonia Oliver* para que nos hable de las características de los mismos.

Dra. Sonia Oliver López

Los elementos esenciales que constituyen el "modelo de atención a la comunidad" se aplican teniendo en cuenta los recursos humanos y materiales y métodos de trabajo que permiten realizar tareas docentes para la formación, superación y perfeccionamiento del personal médico y paramédico, para que

éstos puedan cumplir perfectamente bien con las tareas asignadas en el nuevo modelo de atención médica que se desarrolla en el país, lo que facilita el equilibrio armónico en la formación médica entre el hospital y la comunidad.

Las características principales de nuestros policlínicos docentes se pueden agrupar en:

- recursos humanos con función docente-asistencial.
- programación docente
- investigación

Con relación a los recursos humanos, éstos son: personal docente: profesor, auxiliar o instructor a tiempo completo para cada una de las tres especialidades básicas. El director, quien tiene experiencia en administración de salud y docencia, y un psicólogo social.

El personal médico está constituido fundamentalmente por residentes de cada una de las especialidades básicas en una estancia a tiempo completo de un año de duración; para este personal se estiman los siguientes indicadores en el momento actual:

- 1 000 niños para un residente de pediatría
- 2 000 adultos para un residente de medicina
- 2 000 mujeres mayores de 15 años para un residente de ginecología y obstetricia.

Otros especialistas están a tiempo parcial y ofrecen consultas de carácter docente conjuntamente con los residentes (interconsultas docentes). Actualmente se brinda en las especialidades de psiquiatría infantil, dermatología y ortopedia, además de la interconsulta de pediatría.

Relacionado con la programación docente, ésta se imparte para la formación de los residentes de medicina interna, ginecología y obstetricia y pediatría en el nivel de atención primaria.

Se desarrolla una programación común que contempla los aspectos de:

- marxismo-leninismo

- sociología
- administración de salud
- epidemiología
- bioestadística-demografía
- metodología de la investigación
- higiene
- psicología
- psiquiatría

Para la especialización de pediatría, durante el tiempo de su formación, el programa comprende 4 áreas con sus respectivos módulos:

- atención al niño sano
- dispensarización
- interconsultas
- atención ambulatoria

Todos estos elementos que se ajustan al perfil ocupacional a este nivel, le permiten obtener a los residentes los conocimientos, aptitudes y habilidades que ponen en práctica en el desarrollo de la especialidad en la comunidad, con lo que encuentran estímulo y satisfacción en las tareas que realizan.

Además, el residente durante su especialización se forma prestando servicios asistenciales, ejerciendo la docencia en niveles inferiores de la educación médica, participando en las tareas administrativas y realizando actividades de investigación bajo supervisión, así como también se vincula estrechamente con los líderes de la comunidad y con los organismos de masa.

En el policlínico docente se incorpora también la docencia de pregrado de las facultades de ciencias médicas en lo referente a estudio-trabajo en las fases I, II y III.

Al definir el perfil político-ideológico que debe caracterizar al especialista de pediatría, que no define al del resto de las otras especialidades, debemos señalar la concepción marxista-leninista que ha ido adquiriendo en la sociedad a la que pertenece, y su participación en el quehacer diario de la lucha de nuestro pueblo hacia el socialismo.

En el especialista, como en cualquier otro trabajador o profesional formado

por la Revolución, se van dando, en forma cada vez más acentuada, a medida que avanza el socialismo, las características del hombre nuevo del que hablaron, tanto *Marx* como el *Che*; y que son: amor al trabajo, profundo sentido de la colectividad, espíritu crítico y autocrítico, unión de la teoría y la práctica, sensibilidad hacia lo humano, pensamiento materialista, amor a la patria, internacionalismo proletario.

Dr. Luis Córdova Vargas

A continuación el doctor *Jesús Perea* realizará un análisis de algunos indicadores de cuatro policlínicos docentes de la provincia Ciudad de La Habana, con más de 1 año en esta actividad.

Dr. Jesús Perea Corral

A continuación analizaremos algunos indicadores que los compañeros componentes de esta mesa redonda consideran son de gran utilidad en la evaluación de la pediatría en la comunidad.

Porcentaje de la población examinada en 1977 (gráfico 1)

Consideramos a este indicador como el de mayor importancia en la evaluación del programa de atención integral al niño. En éste se indica el porcentaje del total de menores de 15 años del área de salud, quienes han asistido por lo menos una vez al consultorio para consulta sectorizada del policlínico y se les ha aplicado el programa de atención integral.

El policlínico "Pasteur" tiene la cifra más alta con un 95,1% y la más baja corresponde al policlínico "Plaza" con un 89,4%. Debe destacarse que el policlínico "Alamar" tiene un porcentaje de utilización de un 93% a pesar de ser el primer policlínico de este tipo en el país. Esto se explica por ser Alamar una comunidad abierta con un alto índice de crecimiento.

Productividad médica

En el gráfico 2 se compara la productividad médica de los cuatro policlínicos docentes durante el año 1977. Los policlínicos "Alamar" y "Pasteur" tienen cifras de productividad muy buenas entre 4 y 5 casos por hora, sin embargo, la

Gráfico 1
PORCENTAJE DE POBLACION EXAMINADA 1977

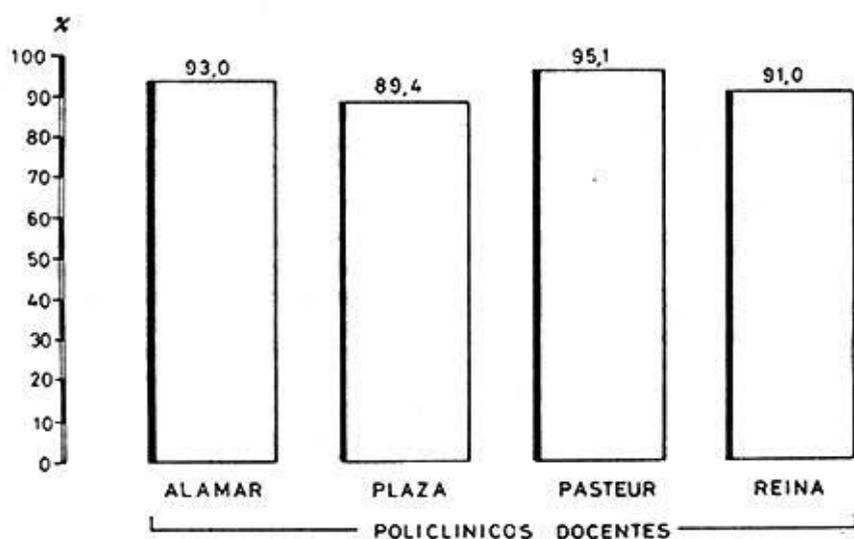
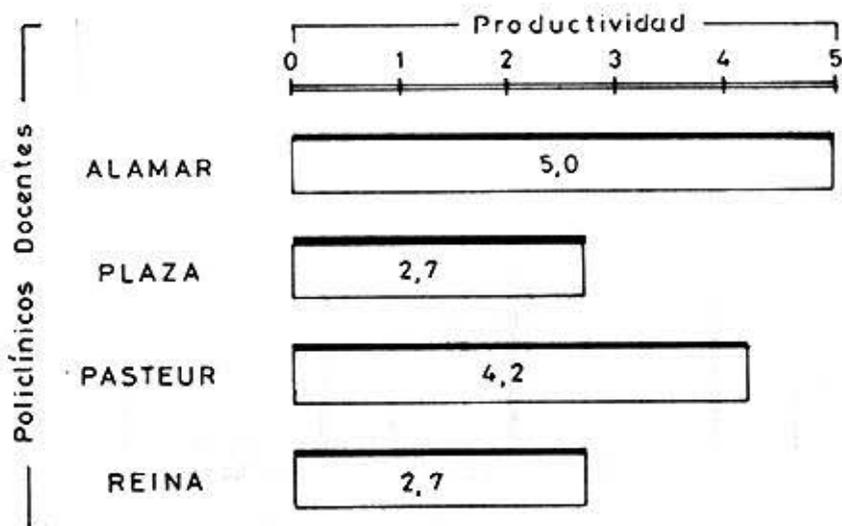


Gráfico 2
 PRODUCTIVIDAD MEDICA 1977
 (PROMEDIO DE CASOS POR HORA)



productividad médica en el "Plaza" y el "Reina" es muy baja. Esto pudiera explicar, en parte, los porcentajes de utilización que tienen estos policlinicos.

Consultas sectorizadas

En el gráfico 3 se comparan las consultas médicas sectorizadas durante el año 1977. Llama la atención el bajo número de consultas sectorizadas en los policlinicos "Reina" y sobre todo en el "Plaza". La proximidad de estos policlinicos a los hospitales pudiera influir en estas cifras bajas, por persistir todavía la idea errónea de que la atención hospitalaria es de mayor calidad que la atención en el área de salud.

Consultas médicas en el hogar (1977)

En el gráfico 4 se comparan las consultas médicas en el hogar, de acuerdo con los subprogramas de dispensarización al niño sano y a los niños con enfermedades agudas y crónicas.

Todos los policlinicos cumplen o sobrepasan la norma de consultas a do-

micilio que debe ser aproximadamente el 10% de las consultas sectorizadas realizadas en el policlinico. De todas formas deben señalarse las cifras bajas del policlinico "Plaza" con solamente 2 644, a pesar de tener una cifra baja de consultas sectorizadas en el policlinico y las cifras altas del policlinico "Reina" 5 170, que en parte compensan las cifras bajas de consulta sectorizadas en el policlinico.

Consultas por niño durante un año (1977)

En el gráfico 5 se muestra el número de consultas pediátricas por niño realizadas en el año. El programa de atención integral al niño establece de acuerdo con los recursos para los policlinicos docentes una cifra de 4.6 consultas por niño por año. Los policlinicos "Reina" y "Plaza" también presentan en este indicador cifras bajas de 3.8 y 3.4 respectivamente. El policlinico "Alamar" tiene una cifra superior a la norma, y el "Pasteur", de 4.3 muy próximo a la norma.

Gráfico 3
CONSULTAS MEDICAS (POLICLINICO) (1977)

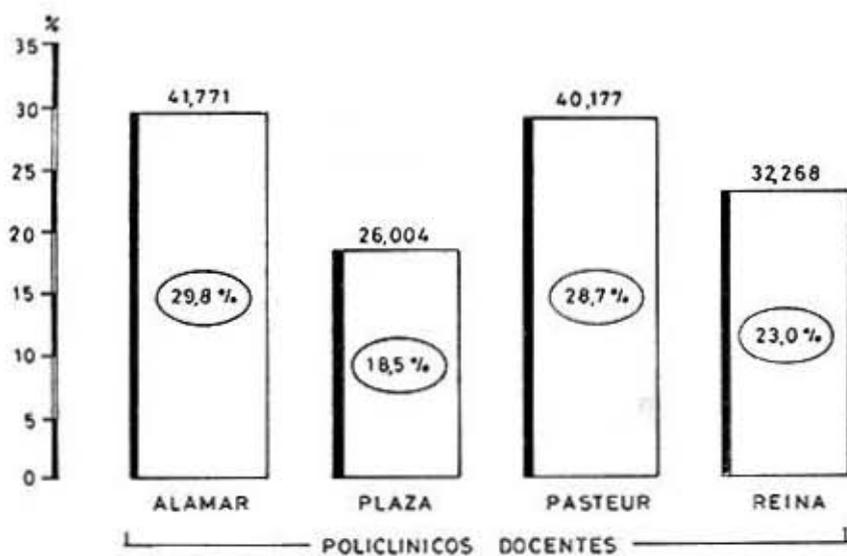


Gráfico 4
CONSULTAS MEDICAS (HOGAR) 1977

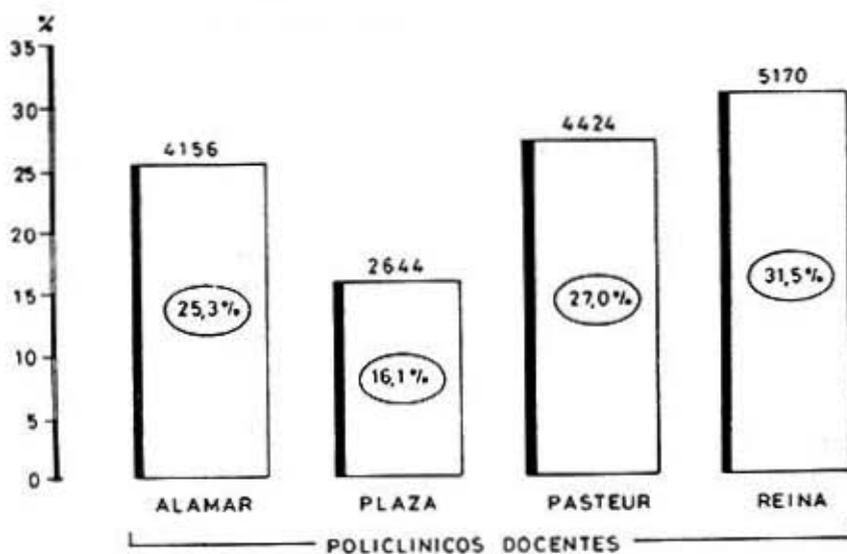


Gráfico 5
CONSULTAS POR NIÑO POR AÑO (1977)

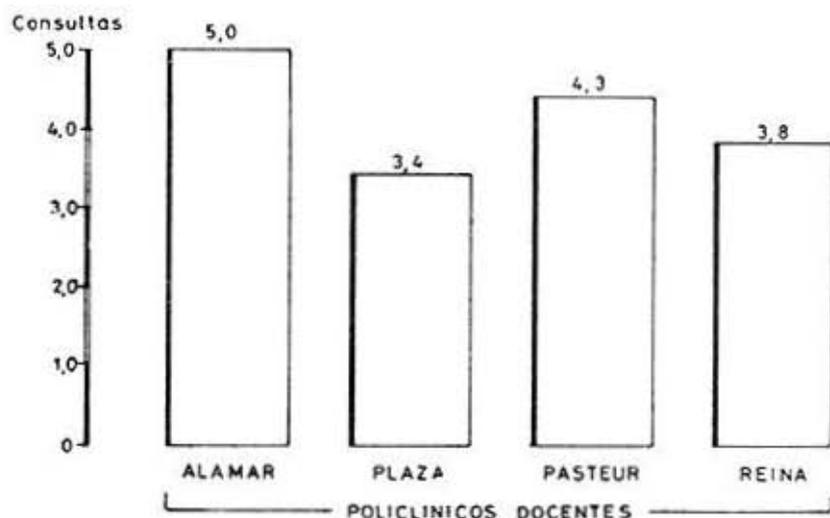
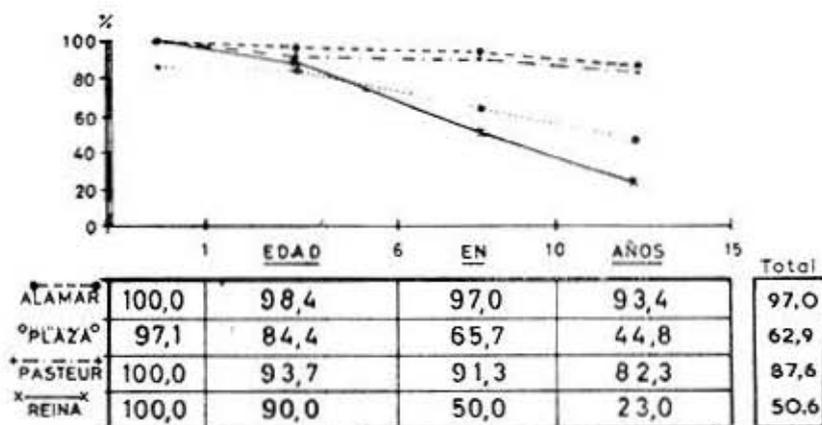


Gráfico 6
NIVEL INMUNITARIO REAL (HC) (1977)
TETANOS - DIFTERIA - TOS FERINA



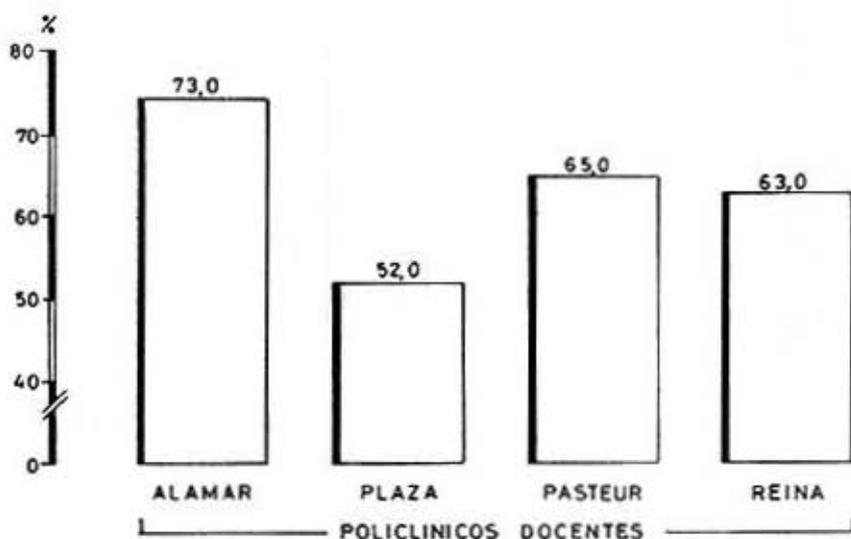
Nivel inmunitario real (HC) 1977

En el gráfico 6 se analiza el nivel inmunitario en los niños menores de 15 años. Este análisis se realiza casuísticamente; se registran todas sus vacunas al dorso de la historia clínica contra el

universo de cada sector pediátrico. Debe destacarse el nivel inmunitario en "Alamar", con un 97% de la población menor de 15 años inmunizada y los niveles bajos en "Plaza" y "Reina" con 62,9 y 50,6, respectivamente. También en el mismo gráfico se compara el nivel inmunitario

Gráfico 7

NIVEL INMUNITARIO (SARAMPION) 1977



Nota - No se excluyen los pacientes que han padecido la enfermedad

por edades en años, y las edades de más difícil control son las de 10 a 14 años, ya que presentan los niveles inmunitarios bajos.

Debe aclararse que se trata en este análisis de las inmunizaciones contra la difteria, tétanos y tos ferina.

Nivel inmunitario (sarampión) (1977)

En el gráfico 7 se comparan los niveles inmunitarios (sarampión) en los niños entre seis meses y seis años. El policlinico "Alamar" registró el nivel inmunitario mayor: el 73%; y el policlinico "Plaza" el menor: 52%.

Índice de prematuridad (1977)

En el gráfico 8 puede observarse el índice de prematuridad en el policlinico "Reina", que a pesar de haber disminuido marcadamente cuando se compara con años anteriores, todavía persiste elevado.

Malnutrición por defecto (1977)

En el gráfico 9 se compara la prevalencia de malnutrición por defecto en los niños menores de cinco años, registrada en los cuatro policlinicos. Las cifras están dadas de dos formas:

- número de casos
- prevalencia por cada 1 000 menores de 5 años

Se destaca en este gráfico la elevada prevalencia de la malnutrición por defecto, registrada en el policlinico "Reina" con 68,3 casos por cada 1 000 niños menores de cinco años; los otros policlinicos tienen cifras alrededor de 20 malnutridos por cada 1 000 menores de 5 años.

Malnutridos por exceso (1977)

En el gráfico 10 se compara la prevalencia de la malnutrición por exceso. La mayor cifra se registró en el policlinico

Gráfico 8
INDICE DE PREMATURIDAD (1977)

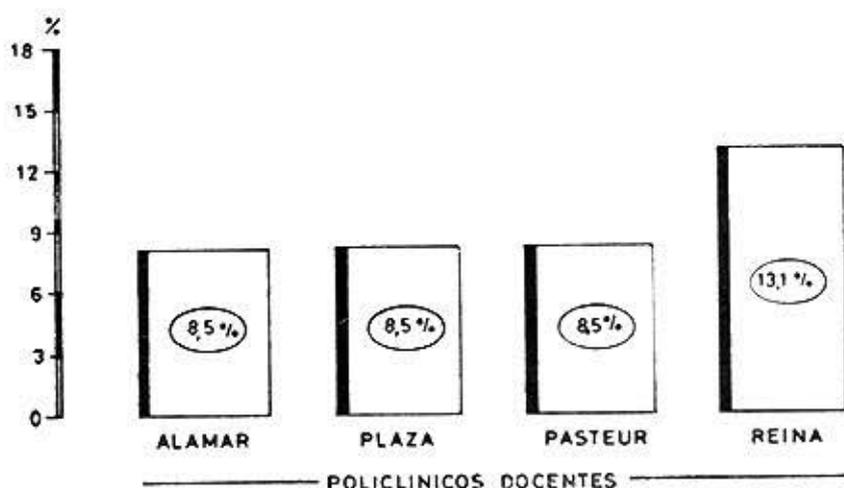
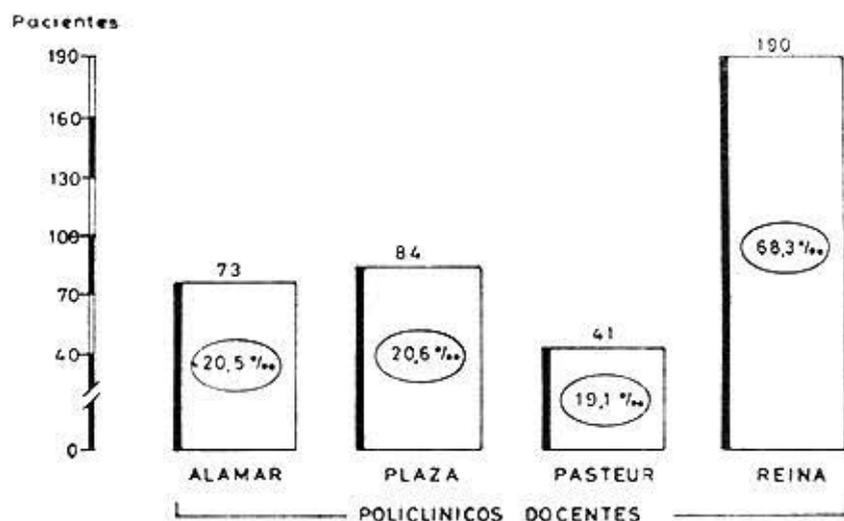


Gráfico 9
MALNUTRICION POR DEFECTO (1977)
(MENORES DE 5 AÑOS)



"Alamar" con prevalencia de 93,6 malnutridos por cada 1 000 niños menores de 15 años. En los otros policlínicos las cifras son mucho más bajas. Ello se debe específicamente a un subregistro en el diagnóstico, lo que se demostró

en el policlinico "Pasteur" por un residente que realizó un trabajo de terminación de su residencia sobre prevalencia de obesidad, y la cifra que encontró fue 153 casos por cada 1 000 menores de 15 años

Enfermedades crónicas dispensarizadas

En los gráficos 11, 12, 13 y 14 se comparan las prevalencias de las enfermedades crónicas sujetas a dispensarización: asma, epilepsia, RAA y diabetes. Deben destacarse las cifras bajas en RAA y diabetes registradas en el policlínico "Plaza" lo que pudiera explicarse por la proximidad de los hospitales pediátricos a este policlínico y ser a estos servicios hospitalarios a los que asisten los pacientes y no a los del policlínico.

Por último se compara la morbilidad por EDA y ERA registrada en los cuatro policlínicos docentes durante el año 1977. Se deben destacar las cifras mucho más elevadas en "Alamar", explicadas fácilmente, ya que éste es el único policlínico de los cuatro analizados que tiene servicio de urgencia las 24 horas del día (cuadros I y II).

Dr. Luis Córdova Vargas

El doctor Carriles nos ofrecerá algunas perspectivas que creemos son im-

portantes para hacer más eficiente este nuevo modelo de atención médica primaria.

Dr. Manuel Carriles Díaz

Basándonos en la experiencia acumulada hasta el momento, en el desarrollo del nuevo modelo de atención médica en la comunidad, en los logros alcanzados, así como en el análisis crítico de algunos aspectos que no se han desarrollado por igual en los policlínicos docentes, y teniendo en cuenta objetivos que, en sentido general, debemos analizar con más profundidad, para que nuestra población alcance mayor satisfacción por los servicios de salud ofrecidos, es que nos trazamos algunas perspectivas de trabajo que permitieran el perfeccionamiento progresivo de este nivel de atención.

Enumeraremos sólo algunas perspectivas de mayor interés, relacionadas con aspectos administrativos, de atención médica, docentes y de investigación.

Gráfico 10
MALNUTRICIÓN POR EXCESO (1977)

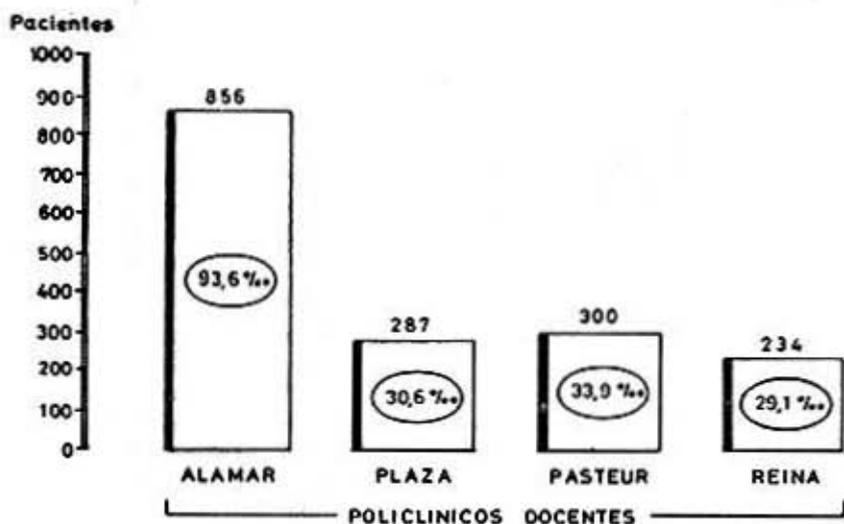


Gráfico 11

PREVAENCIA POR ASMA (1977)

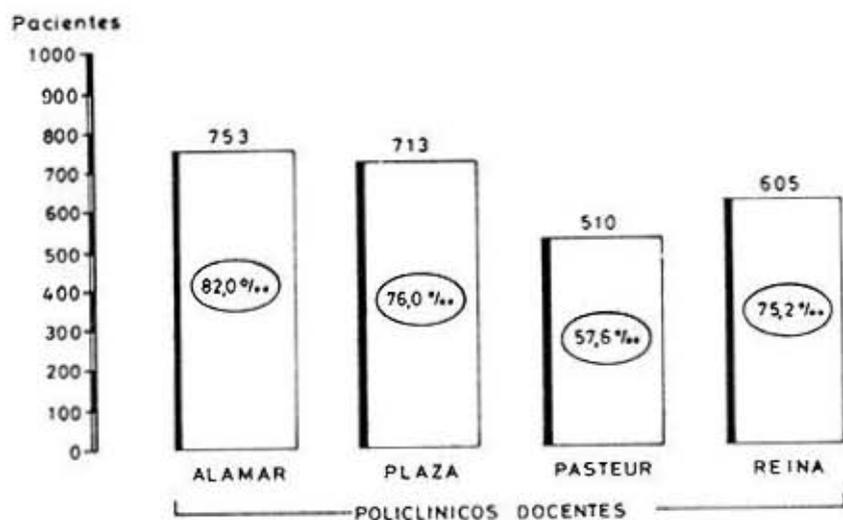


Gráfico 12

PREVAENCIA POR EPILEPSIA (1977)

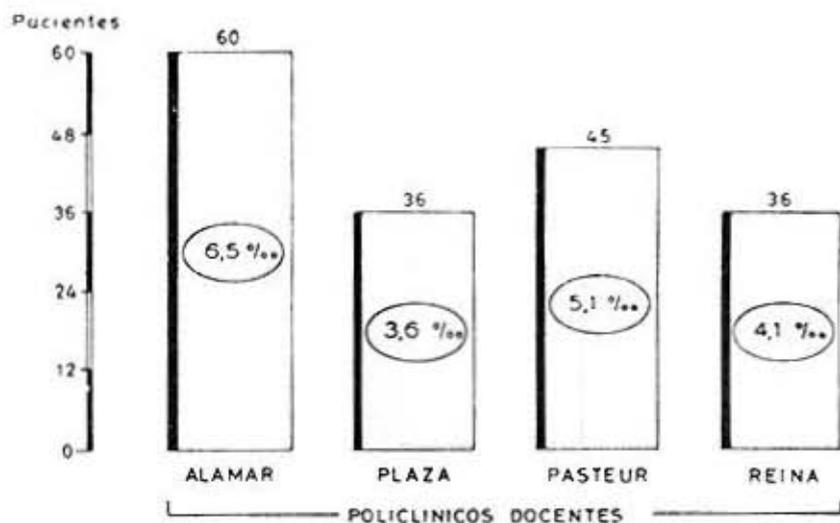


Gráfico 13
PREVALENCIA RAA (1977)

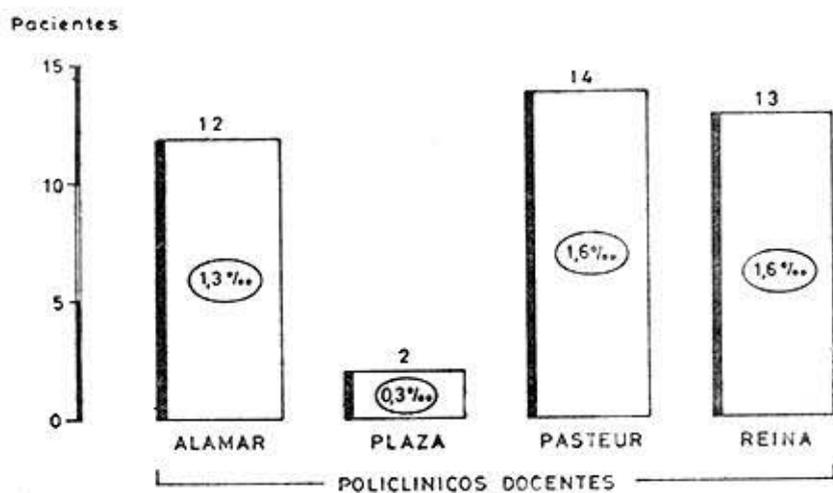
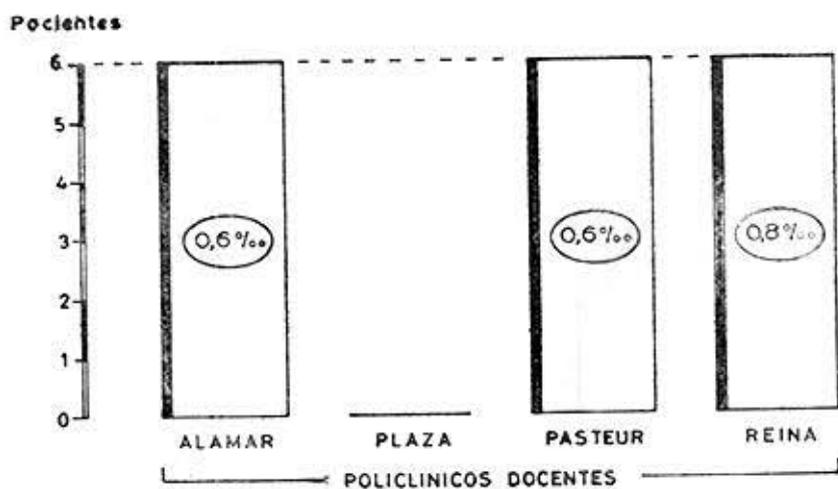


Gráfico 14
PREVALENCIA POR DIABETES (1977)



CUADRO I

PACIENTES ATENDIDOS POR SER PORTADORES DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) (1977)

Policlínicos	E D A	
	Casos	%
Alamar	3 259	5,3
Plaza	1 008	3,5
Pasteur	1 512	3,4
Reina	1 535	4,1

Nota: En Alamar están incluidos los pacientes del cuerpo de guardia.

CUADRO II

PACIENTES ATENDIDOS POR SER PORTADORES DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA (ERA) (1977)

Policlínicos	E R A	
	Casos	%
Alamar	11 131	18,2
Plaza	3 470	11,3
Pasteur	5 472	12,3
Reina	4 170	11,4

Nota: En Alamar están incluidos los pacientes del cuerpo de guardia.

Administrativas y atención médica

Lograr adecuada interrelación entre los niveles de atenciones primaria y secundaria, basado en el documento de interrelación hospital-policlínico docente, discutido en la reunión celebrada en junio de 1977; se debe enfatizar en la información relacionada con pacientes atendidos por urgencia, ingresos, egresos, remisión a especialidades, utilización de los medios auxiliares de diagnóstico. También en los aspectos de coordinación administrativos relacionados con el vínculo laboral de residentes, guardias, vacaciones.

Unificación de los criterios, basado en las experiencias adquiridas, para canalizar la participación activa de la comunidad en las tareas de salud.

Establecer coordinaciones sistemáticas entre los departamentos de pediatría de los policlínicos docentes, lo cual asegurará el intercambio de experiencias y la aplicación de los resultados positivos en el resto de los policlínicos.

Propiciar mayor conocimiento, entre los médicos, de los objetivos y logros del nuevo modelo de medicina en la comunidad, que permita una valoración adecuada de la atención primaria.

Profundizar en las tareas de educación para la salud en la comunidad, que pro-

muevan un óptimo desarrollo, biopsicosocial, en el niño.

Analizar la factibilidad de dar atención de urgencia en los policlínicos docentes.

Docentes

Asignación de recursos docentes para cumplir en su totalidad el programa de la residencia en la especialidad de pediatría. (Incorporar bioestadística, sociología, marxismo, etc.).

Recomendamos que las actividades de educación continuada del personal de atención primaria debe ser una responsabilidad del policlínico docente.

Incorporar al programa de la residencia en el nivel de atención primaria la docencia de radiología pediátrica relacionada con el niño sano, enfermedades de atención ambulatoria, enfermedades dispensarizadas y la de las especialidades donde se ofrece interconsulta docente, especialmente ortopedia.

Debido a la importancia de que los futuros especialistas en pediatría conozcan adecuadamente todo lo relacionado con el nivel primario de atención, asegurar la rotación de todos los residentes por el policlínico docente.

Investigación

Realizar trabajos de investigación que permitan conocer el grado de satisfacción de la comunidad con respecto al servicio de salud que se les presta.

Programación de investigaciones en común con la finalidad de profundizar en el conocimiento del nivel de salud de la comunidad.

Dr. Luis Córdova Vargas

CONCLUSIONES

Independiente de las dificultades que se han encontrado durante el desarrollo progresivo del nuevo modelo de atención médica en la comunidad, lo cual ha implicado un cambio bastante radical en la atención médica primaria, estamos seguros de que los resultados han sido beneficiosos, y redundado en una mayor satisfacción de la población por los servicios de salud.

Además queremos reiterar que el modelo de atención médica primaria actual,

en nuestro país, ha sido la consecuencia de un proceso de desarrollo seguido durante los 19 años del poder revolucionario y que no puede ser interpretado como un modelo que debe ser el adecuado en este momento para todos los países.

Debemos añadir en forma explícita que en modo alguno aceptamos que la extensión de la cobertura de la atención médica primaria, por un personal de muy baja calificación técnica, con participación de la comunidad, pueda ser tomado como el modelo definitivo, y mucho menos que el mismo constituya la solución ideal de los problemas de salud de las comunidades.

"Algo es mejor que nada", dice la sabiduría popular y nosotros estamos de acuerdo, pero ese "algo" debe ser un ente en continua superación hasta que se logre alcanzar un personal de la mayor calificación posible para este nivel de atención, en el marco del desarrollo integral de la sociedad.