

Introducción

La demanda creciente de mejores condiciones de vida por parte de las comunidades, el cambio del perfil epidemiológico en las enfermedades que la afectan, el reconocimiento de factores de riesgo y de nuevas enfermedades tanto físicas como psicosociales, el desarrollo de una tecnología cada día más sofisticada y de alto costo, son algunos de los problemas a los que el equipo de salud debe enfrentarse.

Durante los últimos decenios ha sido creciente el interés de la comunidad internacional sobre la situación de salud de los niños en el mundo en general y en los países en desarrollo en particular.

La mortalidad de los menores de 5 años en la región de las Américas, estimada para fines del siglo XX en 500.000 niños por año, resulta inadmisibles en los comienzos de un nuevo milenio. Las diferencias en las cifras de mortalidad entre países y entre regiones de un mismo país evidencian desigualdades vinculadas en su mayor parte a problemas sociales y económicos.

Muchas de las muertes de niños menores de 5 años se deben a enfermedades evitables, para las que existen medidas de prevención, es posible su detección temprana y se dispone de tratamientos adecuados.

Las mismas enfermedades son las que imponen mayores demandas a los establecimientos de salud, en los que a diario consultan millones de niños por infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, desnutrición, meningitis, sarampión, sepsis o malaria. Estas enfermedades representan el 50 al 70% de los motivos de consulta a los servicios de salud y el 30 al 60% de las causas de hospitalización.

Las vacunas integradas en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), las Sales de Rehidratación Oral (SRO) y la Terapia de Rehidratación Oral (TRO), así como las normas de Manejo Estándar de Casos (MEC) de las Enfermedades Diarreicas y de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), constituyeron y constituyen excelentes ejemplos de herramientas que, puestas al alcance de la mayor parte de la población, resultaron en un impacto importante, tanto en términos de reducción de la mortalidad como de la morbilidad, en los niños menores de 5 años en los países en desarrollo.

Sin embargo en la aplicación de estos programas, al concurrir los niños y sus familias a los Servicios de Salud, la atención se focalizaba en el motivo de consulta, y se perdían oportunidades para realizar otras acciones de promoción y prevención.

La Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) propone un abordaje que integra un conjunto de acciones de atención del niño, que sirve de guía al personal de salud para la evaluación sistemática de los signos predictores de los principales problemas de salud y enfermedades que los afectan, e incorpora los contenidos básicos de prevención y educación que deben formar parte de la consulta pediátrica.

Para la implementación de la estrategia AIEPI la capacitación del personal de Salud es condición imprescindible.

Las Facultades y Escuelas de Medicina de las Universidades se han ocupado de enseñar los fundamentos teóricos de las enfermedades incorporadas en AIEPI: se estudia su epidemiología, etiopatogenia, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento; con menos énfasis se estudian los aspectos vinculados a prevención y probablemente pocas veces los vinculados a la promoción de la salud. En muchos casos estos conocimientos se adquieren en forma frag-

mentada en distintas materias y en distintos momentos de la formación médica.

La aplicación de estos conocimientos a la práctica de atención de niños menores de 5 años por parte de los alumnos de las Facultades y Escuelas de Medicina suele producirse en las últimas etapas de su formación y se realiza sobre todo en el ámbito hospitalario, con pocas experiencias de terreno y de contacto con las comunidades.

El masivo ingreso de estudiantes a algunas Facultades de América Latina y el mantenimiento de planes de estudio y metodologías de enseñanza no adecuados a las nuevas concepciones sobre educación médica y salud, podrían determinar que los egresados no estén capacitados para enfrentar gran parte de las necesidades de la población que demanda su atención.

La participación de las Cátedras de Pediatría de las Facultades y Escuelas de Medicina de los países de la Región de las Américas en el proceso de implementación de la estrategia AIEPI resulta esencial.

En pocos años la enseñanza de la Pediatría ha adquirido tal complejidad que requiere un replanteo, no sólo en la temática a desarrollar y en las habilidades y destrezas que se deben adquirir, sino que el futuro médico debe adoptar una nueva filosofía de la atención de la salud. De ahí que muchas unidades docentes en América Latina se encuentren en el proceso de revisión de su currículum.

Entre las distintas ramas de la Clínica Médica, la Pediatría tiene un perfil particular, ya que el objeto de su atención - el niño y el adolescente - se encuentra en permanente cambio y estos cambios se producen en escenarios también variables.

Además, en las primeras etapas del crecimiento y desarrollo la relación médico - paciente se ve mediatizada por la presencia de la madre, constituyendo un binomio que se expresa no solamente a través del lenguaje, sino de las múltiples formas que componen la comunicación.

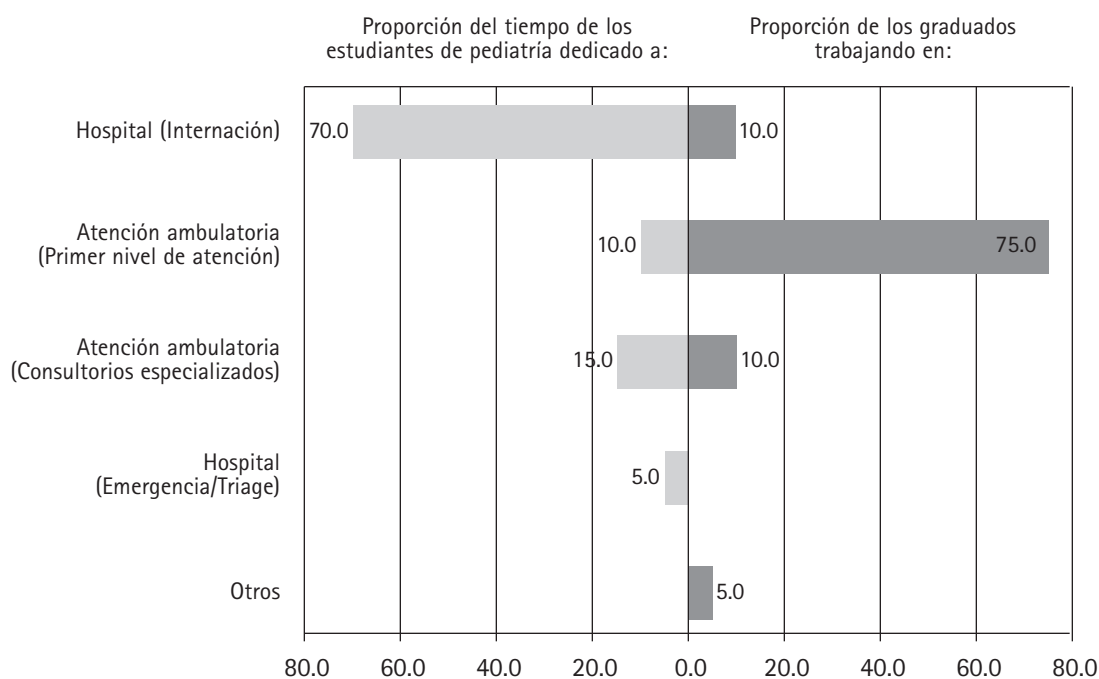
El primer escenario en la vida del niño es su madre y su familia inmediata. Esto requiere un conocimiento de los factores económico-sociales y psicológicos que la caracterizan. Este medio ambiente se continúa en la comunidad a la que pertenece, con sus aspiraciones y problemas; luego en la escuela, que no sólo trasmite conocimientos sino también modos de comportamiento y hábitos de conducta.

El proceso de crecimiento y desarrollo que caracteriza al niño y al adolescente determina diferencias en las enfermedades prevalentes en las distintas edades y explica la especial vulnerabilidad de los más pequeños: menores de 5 y en especial menores de 1 año.

En 1988 la OPS y ALAPE realizaron un estudio colaborativo sobre la enseñanza del tema crecimiento y desarrollo en escuelas de Medicina y Enfermería de 11 países de América Latina y en 1994-95 la Unidad Regional de AIEPI de OPS, en colaboración con ALAPE, llevó a cabo un estudio piloto sobre enseñanza de la Pediatría en el pregrado, en 52 Escuelas de Medicina de 10 países de la región.

En este estudio se observó que existía un contraste entre la distribución del tiempo de práctica de los estudiantes durante sus cursos de pediatría y la actividad que con mayor frecuencia desempeñaban los graduados (Figura 1). Durante los cursos de pediatría el mayor tiempo de práctica se concentraba en la atención hospitalaria, donde los niños atendidos por

FIGURA 1
PROPORCIÓN DEL TIEMPO DEDICADO A DIFERENTES ACTIVIDADES DURANTE LA ENSEÑANZA DE PEDIATRÍA EN FACULTADES DE MEDICINA DE AMÉRICA LATINA, COMPARADA CON EL TIPO DE TRABAJO DE LOS GRADUADOS



los estudiantes estaban afectados por enfermedades graves y que ocurren con baja frecuencia. Un mínimo porcentaje del tiempo de práctica se destinaba, durante estos cursos, a la atención ambulatoria en servicios del primer nivel de atención, donde se ven las patologías que con mayor frecuencia afectan la salud de los niños, se aplican medidas de prevención y se realizan acciones de promoción de la salud. Sin embargo, la mayoría de los graduados se desempeña en esos servicios del primer nivel de atención, en los que deben realizar su tarea en condiciones muy diferentes a las de los hospitales en los que realizaron la mayor parte de su práctica clínica, y donde deben destinar un tiempo mayor a las actividades de prevención y promoción de la salud, y en los que disponen de un limitado o nulo acceso a tecnologías de diagnóstico y a tratamientos especializados.

Frente a la necesidad de actualizar esta información y de aumentar su representatividad, ALAPE y la OPS acordaron la realización de una encuesta a Departamentos y Cátedras de Pediatría de Facultades y Escuelas de Medicina públicas y privadas de la región.