

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA

División de Educación

MODELO DE PROGRAMA PARA LA ENSEÑANZA DE ATENCION  
PRIMARIA APLICADO A PEDIATRIA

Presentado por :

Dr. Germán Barrera Z.  
Sección de Educación Médica Continuada  
ASCOFAME

Dr. Humberto González  
Profesor y asesor del Comité de  
Currículum  
Facultad de Medicina - U. Nacional.

Con la colaboración de :

Dra. Nelsa Beatriz R. de Astaíza  
Coordinadora General Programa  
Desarrollo Educativo - ASCOFAME

## JUSTIFICACION. -

En el relato final del "Seminario-Taller sobre Planeamiento Curricular", llevado a cabo por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina -ASCOFAME- en el mes de noviembre de 1.981, se consignan principios que deben constituirse en el eje para el diseño curricular de las Facultades de Medicina, no solamente en su parte teórica sino en su parte aplicativa, en el desarrollo metodológico de la práctica curricular.

Se comenta cómo la conformación de un marco teórico para el diseño del curriculum de una Facultad de Medicina debe surgir de la interpretación de nuestra propia realidad... El curriculum debe entonces tener en cuenta que el hombre es un todo inacabado y complejo, con diferencias individuales que lo caracterizan "y que existen políticas y mecanismos creados por el estado para el manejo de esa realidad en el campo de la salud procurando que el cabal desarrollo de los desempeños en la formación del médico"... implica conocer -y se agregue utilizar- los elementos que componen una institución de salud y creciendo en complejidad, toda la estructura del sistema de salud y sus implicaciones" (1)

Estas "implicaciones" a las que se hace referencia no son únicamente las derivadas de las actividades del médico en el campo de la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud o del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno sino que además son las que corresponden a todo el mecanismo de formación de los profesionales de la salud y en el caso presente al médico general, en cuyo proceso de enseñanza-aprendizaje deben involucrarse todas las experiencias que con una adecuada, ordenada y gradual utilización de los recursos satisfacen las expectativas del sujeto en forma-

---

ASCOFAME :Seminario-Taller sobre Planeamiento Curricular.  
Bogotá, noviembre 23 a 27 de 1.981.  
Relato Final - Mimeógrafo.

ción profesional y crean en él una integración teórico-práctica necesaria para su desempeño posterior.

Existe en el momento actual un movimiento académico, por parte de las Facultades de Medicina, orientado a la revisión de los currícula, teniendo como meta la formación de un médico general que satisfaga las necesidades de común ocurrencia en el campo de la salud, con un sentido no específicamente de concepción biológica sino además psico-social dentro de un marco de integración conceptual del hombre como un ser bio-psico-social.

En este aspecto curricular puede afirmarse que existen tantas modalidades u orientaciones de curriculum como Facultades de Medicina tiene el país, pero es también cierto que existe uniformidad de criterio en el sentido de que la función de la Facultad en el campo de pregrado es la de formar profesionales que le sean útiles a la demanda de la comunidad, de donde se deriva la tendencia y necesidad de formar médicos generales.

Por otro lado el país ha establecido los planes y políticas que están destinados a la atención de la demanda de salud de los ciudadanos, ha creado las instituciones y mecanismos necesarios para poder ejecutar esos planes y políticas a través del conocido sistema nacional de salud con normas específicas administrativas y de prestación estratificada, partiendo de lo más simple, atención básica, pasando por los sistemas de atención secundaria hasta la denominada atención terciaria o de mayor complejidad.

Se tienen así dos sistemas de referencia: uno el académico o informativo con complejidad creciente y el otro conformado por el recurso institucional del sistema nacional de salud, cuya estructura organizacional-administrativa, está orientada a la satisfacción de la demanda cuya complejidad también es creciente.

La coordinación operacional de estos dos sistemas constituye la llamada "integración docente asistencial" y debe ejecutarse en los tres niveles de atención : primaria, secundaria y terciaria con las proporciones correspondientes a la demanda que sobre cada uno de ellos se hace y que a su vez traduce el tipo y complejidad de la patología que ocasiona dicha demanda.

En esta forma, tradicionalmente el estudiante de medicina inicia su formación conociendo el organismo humano, sus estructuras y funciones y más adelante sus disfunciones y la forma de diagnosticarlas y tratarlas. Podríamos decir que al final de su formación logra dominar los principales aspectos de la patología humana, centrando su interés en las prácticas curativas del nivel terciario de atención, de alto costo y con grandes riesgos de incapacidad y secuelas.

Sin embargo, paradójicamente ignora al hombre y su ubicación dentro del contexto ecológico y social. Desconoce procedimientos administrativos, instrumentales y terapéuticos sencillos y ciertas prácticas que a nivel de fomento, prevención y atención primaria de la enfermedad, son económicas y más efectivas puesto que impiden la aparición o progreso de la misma y las cuales subvaloran por cuanto ha sufrido una distorsión de la imagen profesional y de su función social.

Es importante considerar que si estas funciones en la práctica se han delegado al personal auxiliar de salud, esto no implica que sean ajenas al conocimiento, experiencia y responsabilidad médicos.

Por estas razones, se piensa que si el estudiante de medicina establece un contacto precoz y permanente con la comunidad en su propio medio, podrá identificar sus características, sus relaciones con el ambiente y sus necesidades de salud a las cuales debe dar respuesta efectiva y adecuada y además se identi-

ficará como elemento social de un grupo, cuyas funciones prioritarias se ubicarán en el nivel primario y secundario de atención de acuerdo con la demanda existente (75% para el nivel primario, 24% para el secundario y, 1% para el terciario). Esto indicaría que el estudiante habría desarrollado integral y armónicamente no solo habilidades prácticas y conocimientos teóricos sino además una actitud que se traduciría en preferencias por ejercer este tipo de tareas.

En este programa, proponemos que el estudiante desde un principio identifique y desempeñe empíricamente las funciones que en la práctica se han delegado al personal auxiliar de salud. (1)

Se supone, lógicamente, que si el personal auxiliar, con un bajo nivel académico y un mínimo de capacitación, cumple eficientemente estas actividades con buenos resultados (2), entonces, en el caso del estudiante de medicina de primer semestre, que es un elemento humano cuya preparación académica aventajada le permite una mejor y más rápida asimilación de los elementos de aprendizaje para esta práctica, deben esperarse los mismos o mejores resultados en términos de asistencia.

En términos de aprendizaje, el estudiante adquirirá en forma de servicio las habilidades necesarias para los desempeños mencionados, complementándolas gradualmente con los aspectos de conceptualización y fundamentación teórica, académica y científica (3) que estructuran la profesión médica, lo cual además permitirá que el estudiante valore objetivamente ciertas áreas que tradicionalmente se han considerado como "costuras" por su inconexión con el -

---

(1) Desarrollo de habilidades o destrezas (dominio sicomotor).

(2) Nota : No se han encontrado diferencias significativas en los resultados y complicaciones comparativamente con grupos manejados por profesionales a nivel primario.

(3) Dominio cognoscitivo.

resto de áreas biomédicas y su aparente inutilidad a lo largo de la carrera. (1)

A primera vista podría aducirse que la metodología propuesta es audaz y hasta rayana en los límites de la ética, por cuanto a un estudiante sin entrenamiento se le responsabiliza de actividades que implican directamente la salud o la vida humana.

Para aclarar nuestras razones, podríamos suponer que el estudiante inicia su práctica el segundo día de clases acompañando a la promotora de salud experimentada y a través de la observación y el análisis (apoyado con guías, cotejos y otros materiales), identifica sus funciones y responsabilidades y más adelante empieza a asumir gradualmente esas funciones bajo supervisión de la misma promotora. Simultáneamente el estudiante va recibiendo fundamentos básicos académicos y científicos de la habilidad práctica ya adquirida, los cuales le permiten perfeccionar también gradualmente tales destrezas, hasta asumir las responsabilidades del nivel secundario de atención y finalmente las del terciario bajo la supervisión del especialista médico-docente.

Consideremos ahora que tradicionalmente, el estudiante inicia su contacto con el paciente en este nivel de alta complejidad y que es importante destacar que la metodología es la misma : observar e imitar al docente mientras enriquece los aspectos conceptuales y académicos.

La propuesta entonces supera a la tradición por cuanto la experiencia se vive desde su inicio en los dos primeros niveles, no únicamente en el de la patología de manejo especializado.

Podríamos inferir también el vacío de formación médica en estos dos niveles respondiendo a algunos interrogantes, por ejemplo: cuántos profesionales médicos no se han visto en dificultades para decirle a una señora que su niño está sano y que no necesita medicamentos ?

---

(1) Cambios actitudinales (dominio afectivo)

En otros casos, creo que un médico se desenvuelve muy bien ante un paro cardíaco, un choque, la atención de un parto o en cualquier situación en que contra toda lógica vuelve al paciente a la vida, esto siempre y cuando se halle en una unidad bien dotada, en un centro hospitalario. Pero, ¿ sabe qué hacer con el motociclista que se accidentó en la carretera? ¿ permanece en la habitación cuando se necesita inyectar a un paciente y alguien pregunta quién sabe inyectar? ¿sabe que una vela y una caja de fósforos son más importantes que un par de guantes para atender un parto en el medio rural ?

Creo que en este momento podemos concluir, que desde todo punto de vista es conveniente, necesaria y fácil de realizar la capacitación del estudiante de medicina a partir de los niveles elementales de atención en salud.

#### OBJETIVO GENERAL.-

Al finalizar el último semestre previo al internado, el estudiante de medicina: Identificará y fundamentará científicamente las funciones propias de la atención primaria. (cognoscitivo).

Realizará las actividades de atención a las personas y atención al medio propias de la atención primaria, en los tres niveles de atención en salud. (sico motor)

Habrá desarrollado una actitud positiva, que se manifieste en el desempeño responsable, puntual y cuidadoso de sus funciones. (afectivo)

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS.- (1)

1. Demostrar conocimiento de la comunidad de la región mediante la identificación de las características de su estructura social, composición familiar, historia, valores, costumbres y condiciones de salud. (cognoscitivo).

(1) El numeral no implica grado, ni orden.

2. Identificar en la región los factores causales o relacionados con la problemática de salud materno infantil y las medidas, estrategias y recursos útiles en su solución. (cognoscitivo).
3. Realizar actividades de fomento de la salud del niño y prevención de la patología pediátrica prevalente en la región. (sicomotor)
4. Realizar la atención y manejo domiciliario de los pacientes pediátricos de bajo riesgo y la remisión de los pacientes de riesgo medio y alto en el nivel primario de atención. (sicomotor)
5. Demostrar interés por el área de atención primaria a través de la puntualidad, atención y esmero en el desempeño de las actividades y tareas propias de su formación en este nivel. (afectivo)
6. Hacer la consulta de crecimiento y desarrollo. (sicomotor)
7. Aplicar los primeros auxilios. (sicomotor)
8. Identificar la etiología epidemiología, cuadro clínico, terapéutica clínica y epidemiológica y complicaciones de las enfermedades pediátricas prevalentes. (cognoscitivo)
9. Realizar el diagnóstico, tratamiento médico y rehabilitación de los pacientes pediátricos de riesgo medio con patología prevalente o secuelas de la misma. (sicomotor)
10. Administrar un centro de salud y los programas que le competen. (sicomotor)
11. Administrar un servicio de hospitalización en un hospital local. (sicomotor)
12. Administrar los programas ambulatorios y extramurales de un hospital regional y/o universitario. (sicomotor)

13. Aplicar el método científico en la planeación y evaluación de actividades educativas, administrativas y asistenciales. (sicomotor)
14. Fundamentar científicamente las funciones propias de la atención primaria en los tres niveles de atención en salud. (cognoscitivo)
15. Demostrar : interes, respeto y trato humano con los pacientes.  
juicio crítico y fundamentación académica y ética en la toma de decisiones.  
aprecio por su formación permanente en función social. (afectivo)

#### ESTRUCTURA CURRICULAR.-

Ver esquema.

#### CONTENIDOS.- (1)

1. La Comunidad.-  
Estructura. Célula familiar. Valores. Costumbres, hábitos. Historia.
2. Salud y Enfermedad.-  
Relaciones agente, huésped, vector, parásito.  
El niño y el medio ambiente.  
Factores que determinan el crecimiento y desarrollo.
3. Condiciones regionales de salud.-  
Morbimortalidad por edades. Factores causales o relacionados : personales, maternos y familiares, socioculturales y ambientales.

---

(1) Los contenidos se presentan agrupados en temas, que corresponden con los objetivos específicos. El numeral utilizado no implica grado ni orden para su desarrollo, el cual se adaptará elásticamente a todos lógicos integrales o complementarios de acuerdo con los grados o niveles de competencias.

4. Infraestructura de salud.-  
Programas de atención materno infantil. Normas administrativas. Clasificación de riesgo pediátrico. Niveles de atención.  
Programas de nutrición (PAN, DRI). Estrategias. Subprogramas institucionales.  
Utilización de servicios de salud.
  
5. Fomento de la Salud del Niño.-  
Higiene infantil, aseo, vestido, hábitos, utensilios, vivienda. Conservación y preparación de alimentos.  
Estimulación del niño. Protección y afecto.  
Alimentación del Niño. Lactancia natural : ventajas, fisiología, práctica y apoyo, falsas creencias. Ablactación. Patrones regionales de alimentación complementaria y básica. Destete.
  
6. Prevención de enfermedades Pediátricas Prevalentes.-  
Inmunizaciones : clases, dosis, conservación y transporte, efectos secundarios, contraindicaciones.  
Saneamiento : agua, excretas, basuras, control de vectores y animales domésticos. Vivienda.  
Prevención de accidentes, intoxicaciones y quemaduras.  
Protección legal del menor.  
Control de alimentos.  
Control de herbicidas, pesticidas y matamalezas.
  
7. Educación para la Comunidad.-  
Metodología de la enseñanza.  
Diseño de experiencias de aprendizaje.  
Diseño de materiales.  
Comunicación interpersonal.  
Elementos básicos de participación comunitaria.  
Seguimiento de familias y evaluación del aprendizaje.

8. Control de Crecimiento y Desarrollo.-

Atención y control del recién nacido de bajo riesgo.

Características del Recién Nacido : peso, talla, P.C., caput, hemorragias, piel, color, respiración, tono muscular, actividad, llanto, reflejos, calificación de Apgar.

Comportamiento fisiológico, hábitos digestivo, miccional, alimenticio, sueño.

Necesidades.

Cuidados del recién nacido : aspiración de secreciones, profilaxis oftálmica, sección y ligadura del cordón, curación umbilical, abrigo, cuidados higiénicos, aplicación de BCG.

Control del Niño y el Adolescente.-

Características físicas, fisiológicas, psicológicas del lactante, preescolar, escolar y adolescente.

Somatotipo. Constantes vitales. Limitaciones fisiológicas. Necesidades psicológicas. Hábitos.

Crecimiento somático. Macroindicadores de desarrollo sicomotor.

9. Signos y síntomas de Patología Regional Prevalente.-

Patología Neonatal.

Identificación de signos, síntomas, clasificación de riesgo : prematuridad, dificultad respiratoria, ictericia, convulsiones, infecciones, trauma obstétrico, malformaciones.

Patología del Lactante, Preescolar, Escolar y Adolescente.-

Identificación de signos, síntomas, clasificación de riesgo, manejo domiciliario y remisión de pacientes de riesgo medio y alto : fiebre, tos, enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria, erupciones e inmunoprevenibles, parasitarias, traumas, intoxicaciones, quemaduras, desviaciones del crecimiento y desarrollo, dificultades de aprendizaje, problemas de adaptación social, venéreas, síndromes depresivos, toxicomanía y drogadicción.

10. Prácticas instrumentales y técnicas para la atención de pacientes de bajo riesgo.-

Inyectología, asepsia, curaciones y suturas, toma y análisis de muestras de laboratorio (CH. P. de O., coproparasitoscópico), identificación de - datos anormales, somatometría, técnicas específicas para primeros auxilios (respiración artificial, inmovilización de fracturas, masaje cardíaco, mordeduras y picaduras de animales, etc.)

11. Fundamentos Éticos.-

Principios de la ética médica (Ley 23/81, Cap. I)

Situación de salud y responsabilidad médica. Funciones y responsabilidades del estudiante de medicina.

Capacitación médica y calidad de atención en salud.

Atención primaria y salud comunitaria.

Salud y desarrollo comunitario.

12. Patología Prevalente.-

Epidemiología, etiología, cuadro clínico, diagnóstico, terapéutica clínica, tratamiento epidemiológico y complicaciones de las entidades de especial importancia epidemiológica :

Enfermedad diarreica aguda. Infección respiratoria. Desnutrición y estados carenciales. Anemias. Meningitis. Tosferina. Sarampión. Sífilis congénita. TBC. Fiebre tifoidea. Tétanos. Poliomiелitis. Difteria. Encefalitis virica. Fiebre amarilla. Rabia. Infección urinaria. Helminthiasis. Toxoplasmosis. Leishmaniasis. Enfermedad de Chagas. Venéreas.

Afecciones dermatológicas : prúrigos, atopias, micosis superficiales, acné, escabiosis, pediculosis, urticaria, piodermis

Ver también patología neonatal y de las otras edades (Contenido No. 9).

13. Otras entidades frecuentes.-

Epidemiología, etiología, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento inicial o de urgencia, control de tratamiento ambulatorio:

Asma, choque. Fiebre reumática. Glomerulonefritis. Síndrome nefrótico. Insuficiencia cardíaca. Cuadros convulsivos. Abdomen agudo. Síndrome de hipertensión endocraneana. Insuficiencia renal aguda. Diabetes. Hipotiroidismo. Intoxicaciones. Trauma. Quemaduras. Cuerpos extraños. Reacciones y crisis psíquicas agudas. Úlcera gástrica. Sangrado digestivo. Trauma craneoencefálico. Sepsis. Obstrucción intestinal.

14. Procedimientos de uso frecuente.-

Heridas, luxaciones y fracturas no complicadas. Cuerpos extraños. Abscesos. Intubación traqueal. Venidisección. Toracentesis. Paracentesis. Laparotomía de urgencia. Sutura de vísceras. Apendicectomía. Herniorrafia de pared. Circuncisión.

15. Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades de transmisión :

digestiva, área por contacto directo, por vectores, por animales, por tóxicos y químicos, por alteraciones síquicas.

16. Método Científico.-

Aspectos generales. Fundamentos. Pensamiento científico. Conocimiento científico. Corrientes. Características. Aspectos históricos en el campo de las ciencias biológicas. Lógica de las ciencias.

Diseño de Investigación. Análisis.

Método Epidemiológico. Método clínico. Método Estadístico.

17. Bioestadística.-

Medición. Características de la Medida. Confiabilidad. Validez. Sensibilidad. Escala de medidas. Fuentes de información. Censo. Muestreo. Tipo de datos. Recolección de información. Diseño y tipos de instrumentos. Distribuciones de frecuencia. Procesamiento de información. Tipos de variables. Series cronológicas y espaciales. Tipos de codificación. tabulación y agrupamiento de información. Graficación.

Medidas de tendencia central y dispersión. Promedio aritmético. Mediana. Moda. Media geométrica. Razones geométricas. Varianza. Desviación estandar, coeficiente de variación.

Medidas de asociación y proyección. Análisis de regresión. Análisis de correlación.

Indicadores demográficos. Hechos vitales. Registros. Razones y tazas para morbimortalidad.

18. Proceso administrativo. Planeación. Programación. Dirección. Organización. Ejecución. Control. Supervisión. Evaluación. Comunicación (según programas y servicios).

#### METODOLOGIA.-

En la página No. 5, se explican e ilustran aspectos de la metodología de aprendizaje y en el esquema "Estrategia para el desarrollo de competencias de aprendizaje" puede seguirse gráficamente el proceso : una actividad práctica facilita la adquisición de fundamentos teóricos y un estado actitudinal que a su vez facilitarán por una parte realizar una nueva experiencia y por otra perfeccionar la anterior. El desarrollo armónico de este ciclo múltiple autoenriquecedor da pues como efectos sumativos de la competencias desarrolladas, el cumplimiento gradual e integral de los objetivos en los tres dominios del aprendizaje: cognoscitivo, sicomotor y afectivo.

En general proponemos que el estudiante desarrolle sus experiencias desde un principio en el campo de práctica real, mediante visitas de observación (adecuadamente planeadas con guías, cotejos y otros materiales), entrevistas y encuestas a las personas de la región y prácticas de educación comunitaria, atención al medio y atención a las personas, con responsabilidad creciente en las funciones asumidas (dominio sicomotor).

La fundamentación teórica, como elemento primordial de la formación académica y científica se desarrollará coordinadamente mediante trabajos individuales y en grupo, seminarios, documentos de lectura y estudio, exposiciones, demostraciones, conferencias ilustradas y otros métodos formales que complementen, integren y estructuren sólidamente las experiencias prácticas en atención prima-

ria hasta su continuación con los niveles más complejos de atención, hacia el séptimo semestre de la carrera aproximadamente (dominio cognoscitivo). Ambos tipos de experiencias se acompañan del desarrollo actitudinal correspondiente.

Finalmente consideramos que si el inicio precoz de la práctica en atención prima es importante para que ésta sea conocida y valorada por el estudiante de acuerdo con su importancia real, no es menos importante que esta se continúe regularmente hasta el final del internado sin que se vea menoscabada o eclipsada por las modalidades de atención clínica compleja.

#### RECURSOS.-

Como recursos físicos se tendrán en cuenta los Centros y Puestos de Salud, salones comunales, escuelas, áreas públicas de barrios y veredas, etc.

El recurso docente ideal lo constituyen conjuntamente las auxiliares de enfermería de Centros y Puestos de Salud y las promotoras de salud con experiencia, bajo la supervisión de la enfermera de área, el médico director del Centro y en última instancia el docente del nivel terciario de atención.

Pero esto no significa que la universidad se desentienda totalmente de su responsabilidad como formadora del recurso humano en salud, antes por el contrario implica una más intensa y perfecta labor de su parte para que programas, docentes y estudiantes alcancen los niveles de calidad y desarrollo planeados y necesarios.

#### EVALUACION.-

Por esto también la evaluación de programas y de docentes debe ser permanente; se obtiene a través de los estudiantes y contempla cumplimiento y calidad de la enseñanza.

La evaluación del estudiante, también de carácter permanente, se realiza mediante conductas de entrada, pre y post-test, observación con cotejo, entre vistas y otros medios para determinar el desarrollo de habilidades y cambios de actitud, además de los conocimientos adquiridos.

Finalmente vale destacar que la objetividad y utilidad de los sistemas de evaluación utilizados dependen del conocimiento que docentes y estudiantes tengan del curriculum, objetivos, programas, etc., como punto de referencia.

V-26-82  
GBZ/ciag.