

EL PEDIATRA PRIVADO EN LA EDUCACION SANITARIA DE LA COLECTIVIDAD*

POR EL DR. RIGOBERTO RIOS-CASTRO

Especialista en Educación Sanitaria, OSP/OMS, Zona VI

EL PROBLEMA

(A) *La colectividad y la necesidad de su educación sanitaria*

Debemos reconocer que nunca como hoy los médicos pediatras estuvieron capacitados y equipados para combatir las enfermedades. En muchos países los adelantos terapéuticos, unidos a medidas médico-sanitarias y sociales, han logrado reducir la mortalidad y morbilidad ocasionadas por un gran número de enfermedades comunicables y aumentar al mismo tiempo la resistencia a las mismas. Pero a pesar de estos adelantos, aun quedan en muchas colectividades graves problemas médicos y sanitarios que resolver. Un número no despreciable de enfermedades de la infancia tienen su origen en actitudes, conocimientos, prácticas y sistemas de vida defectuosos. Sabemos también por experiencia que los hábitos ejercen influencia sobre la salud. De igual modo influyen la información insatisfactoria y la ignorancia. El ambiente inapropiado representa, como todos los pediatras reconocen, un papel importantísimo en la génesis de enfermedades de su especialidad, sobre todo de aquellas que se consideran prevenibles. Y, como si esto no fuera suficiente, contribuyen a agravar esta situación los prejuicios, el egoísmo, la irresponsabilidad y la indolencia de muchos individuos frente a sus propios problemas. Todos estos enemigos, como se sabe, no pueden ser combatidos con la ayuda de la quimioterapia moderna ni con reglamentos o decretos ministeriales, sino por medio de la educación organizada y sistemática.

Cualquier encuesta llevada a cabo entre médicos pediatras, encaminada a esclarecer la razón de las consultas hechas en sus consultorios privados, a domicilio o en clínicas de niños, nos dará una vez más la razón en cuanto hemos afirmado.

El Cuadro No. 1 nos ayudará a apreciar mejor las implicaciones educativas de problemas frecuentes en la práctica pediátrica y su correspondiente diagnóstico pedagógico. También resulta ilustrativo presentar en esta misma oportunidad algunas otras medidas médicosanitarias de valor educativo para la colectividad y relacionarlas con sus soluciones educativas. Para abreviar la presentación hemos escogido sólo dos problemas, que se explican en el Cuadro No. 2.

Un somero análisis de las situaciones presentadas y que se repiten con extrema frecuencia en la consulta de cualquier médico de niños de nues-

* Trabajo presentado durante las V Jornadas Argentinas de Pediatría celebradas en Santa Fe, del 13 al 16 de mayo de 1954.

CUADRO NO. 1.—*Tentativa de diagnóstico educativo de algunos cuadros pediátricos*

Clase de problema	Condiciones que la agravan	Diagnóstico educativo
Prematuros.	1.—Falta de asistencia técnica y social. 2.—Falta de abrigo adecuado. 3.—Alimentación inadecuada. 4.—Presencia de focos infecciosos intrafamiliares. 5.—Falta de higiene personal. 6.—Ambiente insalubre. 7.—Desconocimiento del prematuro en cuanto a sus limitaciones biológicas.	1.—Falta de información sobre los servicios técnicos y sociales existentes. Ausencia de grupos voluntarios comunales de cooperación social. 2.—Desorientación por falta de guía de la forma de invertir el presupuesto familiar. Falta de guía y orientación para la formación de clubs de madres, de solidaridad y aprendizaje 3.—Ignorancia. Falta de educación sanitaria. 4.—Malos hábitos. Irresponsabilidad. Indolencia. 5.—Ignorancia. Malos hábitos y actitudes higiénicas deficientes. 6.—Desconocimiento del valor del saneamiento del hogar (agua, excretas, basuras, moscas, etc.) 7.—Falta de orientación en cuanto a los cuidados y precauciones con el hijo prematuro.
Diarreas. Gastroenteritis- enterocolitis.	1.—Saneamiento inadecuado: a) agua b) excretas c) insectos (moscas) d) alimentos sin protección 2.—Manipulación sucia del niño, utensilios y alimentos. 3.—Defectuosa higiene personal del niño y de sus contactos. 4.—Falta de asistencia técnica. 5.—Creencias y prejuicios. 6.—Medicación casera de dudoso valor. 7.—Concurrencia a charlatanes.	1.—Falta de orientación y guía adecuada de la autoridad comunal. Defectos en la orientación de los esfuerzos comunales voluntarios. Defectuoso control sanitario de la autoridad local. Inconexión de servicios. Falta de educación sanitaria en la colectividad. 2.—Malos hábitos y actitudes higiénicas. Ignorancia e incultura sanitarias. 3.—Malos hábitos y malas actitudes higiénicas. Irresponsabilidad. Indolencia. 4.—Falta de información respecto a los servicios existentes y a los beneficios que ofrecen. 5.—Educación defectuosa, nula o incompleta. 6.—Falta de educación sanitaria 7.—Falta de educación sanitaria.
Desnutrición. Distrofias. Enfermedades Carentes. Avitaminosis.	1.—Falta de asistencia técnica y social. 2.—Miseria y desorganización familiar. 3.—Creencias y prejuicios. 4.—Ignorancia. 5.—Abandono y negligencia con los hijos.	1.—Falta de organización de grupos de asistencia social voluntarios de cooperación. Irresponsabilidad de los dirigentes. 2.—Falta de educación para la vida de hogar. Falta de orientación y guía para la distribución del presupuesto familiar. Falta de planes para rehabilitación y empleo. 3.—Educación defectuosa, nula o incompleta. 4.—Falta de escolaridad. Analfabetismo. 5.—Desconocimiento de las necesidades biológicas y de protección del niño.

CUADRO NO. 1 (Cont.)

Clase de problema	Condiciones que lo agravan	Diagnóstico educativo
Enfermedades Infecciosas comunes. Sífilis. Tuberculosis. Oftalmias. Impétigo. Tétanos.	1.—Falta de servicio de asistencia técnica.	1.—Desconocimiento de las facilidades médicas existentes y de su ubicación.
	2.—Falta de resistencia.	2.—Ignorancia de los beneficios de las vacunas.
	3.—Existencia de focos en el hogar.	3.—Falta de educación sanitaria, irresponsabilidad. Malos hábitos higiénicos.
	4.—Promiscuidad.	4.—Inadecuada educación para la vida de hogar. Desorganización familiar.
	5.—Imposibilidad de aislamiento en el hogar.	5.—Falta de información sanitaria
	6.—Ignorancia.	6.—Falta de escolaridad (analfabetismo) y de educación sanitaria, en especial de los beneficios de los tratamientos modernos.
	7.—Miseria.	7.—Inconexión o falta de organización de grupos voluntarios de cooperación social.
	8.—Creencias, prejuicios y uso de curanderos.	8.—Falta de información y de educación sanitarias.
Parasitosis Intestinales. Ascabiosis. Tiñas. Pediculosis.	1.—Saneamiento ambiental inadecuado.	1.—Falta de estimulación, orientación y guía de la autoridad comunal por parte de expertos. Inexistencia o falta de orientación de los grupos comunales, voluntarios de cooperación.
	2.—Existencia de hábitos, costumbres y actividades higiénicas inadecuadas.	2.—Falta o deficiente cultura sanitaria.
	3.—Higiene personal y familiar deficientes.	3.—Falta de conocimientos sobre higiene personal y su importancia.
	4.—Promiscuidad con animales domésticos	4.—Falta de información y educación sanitaria.
	5.—Creencias y prejuicios inconvenientes. Ignorancia.	5.—Falta de escolaridad. Analfabetismo.

tros países, ya sea a domicilio o en las clínicas oficiales de atención infantil, pone de relieve la importancia de los factores que intervienen en la génesis, agravación y cronicidad de estos problemas. Las repercusiones educativas son evidentes.

En resumen, debemos reconocer dos hechos fundamentales: (1) que son muchos los cuadros patológicos de niños en que la causa más grave radica en la incultura de todo orden, y, (2) que el tratamiento más adecuado y conveniente en estos casos es la educación.

(B) *¿Puede una colectividad bien informada menoscabar los justos intereses del médico práctico?*

Con toda intención hemos deseado plantear este problema, porque si se ha de convenir en que el médico pediatra práctico colabore en las labores educativas de la colectividad, hay que eliminar a toda costa cualquier temor infundado que haga sospechar al médico que una colectivi-

CUADRO No. 2.—*Ejemplos de diagnóstico educativo de dos problemas médico-sanitarios*

Naturaleza del problema	Situaciones existentes	Diagnóstico educativo	Remedios educativos
A.—Problemas en relación con tratamientos.	<ul style="list-style-type: none"> —Abandono de tratamientos iniciados. —Incumplimiento a citas en días y horas establecidas. —Casos sin tratar de enfermedades latentes o subclínicas, en la familia y en la colectividad. —Concurrencia a curanderos. 	<ul style="list-style-type: none"> —Indolencia. —Desconocimiento del daño. —Abandono. —Irresponsabilidad. —Negligencia. —Ignorancia. —Temores infundados. —Prejuicios. —Incultura. 	<ul style="list-style-type: none"> —Entrevistas a domicilio —Contactos individuales en clínicas. —Búsqueda de personas con autoridad sobre el caso para influir sobre él. —Información sanitaria a grupos organizados de la colectividad. —Educación sanitaria en lugares de trabajo. —Campañas dirigidas a combatir el charlatanismo, con la ayuda de grupos voluntarios y oficiales. —Captación y persuasión de líderes de la colectividad.
B.—Problemas en relación con la prevención de enfermedades infecciosas.	<ul style="list-style-type: none"> —Bajos niveles de inmunidad o resistencia en algunas enfermedades específicas (viruela, tifoidea, difteria, coqueluche, T.B.C. etc.) —Incumplimiento o subestimación de las medidas de profilaxis recomendadas. —Subestimación peligrosa de las medidas de profilaxis individual y colectiva, sugeridas en brotes epidémicos 	<ul style="list-style-type: none"> —Temores infundados respecto al costo o al dolor ocasionados por la aplicación de sueros y vacunas. —Temor a contraer la enfermedad que corresponde a la vacuna administrada. —Temor a la fiebre o a la impotencia temporal del miembro inoculado. —Prejuicio respecto al valor de las medidas recomendadas. —Ignorancia, falta de información adecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> —Contactos individuales en consultas, clínicas y domicilios. —Contactos con grupos organizados. —Educación sanitaria en lugares de trabajo. —Campañas sistemáticas de propaganda dirigidas al grueso público. —Declaraciones públicas de los gremios profesionales implicados. —Captación y persuasión de líderes de la colectividad.

dad bien informada y atendida por servicios de asistencia médica y social oficiales y voluntarios pueda interferir con los intereses de los profesionales prácticos. Para aclarar en parte este problema, y dejar abierto un camino de discusión, comenzaremos diciendo que no se debe desconocer el hecho fundado de que el pediatra práctico actual distribuye sus actividades profesionales en ciertas colectividades entre lo curativo y lo preventivo. El hecho que el médico sea consultado por el público para orientación en cuestiones preventivas, no es un fenómeno casual sino un producto de la época en que vivimos; es el resultado de las extensas y sostenidas campañas de educación (no se entienda por esto sólo las campañas sostenidas por la sanidad oficial sino, en un sentido más amplio, las que abarcan los esfuerzos educativos de todo orden) realizadas precisamente con la colaboración de los médicos.

Un estudio publicado en 1949 por la Academia Americana de Pediatría y basado en consultas evacuadas por el 81 % del total de los pediatras norteamericanos y por el 65 % de todos los otros médicos de los Estados Unidos, reveló que el 54 % de las consultas de un día promedio estaban dedicadas al control o supervisión de la salud; es decir, el número de consultas por enfermedad no llegaron al 50 % del total. En cuanto a las atenciones de niños por médicos de medicina general, no especialistas, cerca de un tercio fueron de índole preventiva. Pero esto no es todo. Un estudio más reciente basado en la experiencia de 41 internistas de una sola ciudad reveló que el 26 % de su trabajo profesional privado fué dedicado a consultas sobre medidas preventivas, y, un 19 % adicional, a consultas clasificadas como educación sanitaria, estando sólo un poco más de la mitad de las consultas dedicadas a las otras atenciones tradicionales de diagnóstico y tratamiento.

Como se puede observar, hay una nueva conciencia que se va consolidando paulatinamente en el público; y, este despertar, llamémoslo así, debe hacer meditar a los médicos de práctica general y, en particular, a los pediatras que supongan que la creación de nuevos servicios médico-preventivos con fines educativos, como son los centros de salud oficiales y las campañas educativas desarrolladas en la colectividad, va contra sus justos intereses económicos. Por el contrario, los centros de salud y las campañas educativas permanentes están influyendo a diario en el público para que acuda a la consulta médica oportunamente, frente a cualquier duda o problema y, que, a su vez, rechace las ofertas de charlatanes y curanderos, abandonando al mismo tiempo las prácticas dudosas de la medicina casera. Y, de seguir por este camino, y encontrar una amplia acogida y colaboración por parte de los médicos, el interés y el conocimiento del público se fortalecerán, abriendo así un amplio horizonte para aquéllos, el cual será asimismo un gran beneficio para la colectividad. Así aumentarán las consultas médicas de orden preventivo; los tratamientos abandonados; el descubrimiento de los signos iniciales de desviación de la salud; las mejoras de alimentación y dieta; el tratamiento de la obesidad; exámenes prenupciales; exámenes de aptitud para ejercicios físicos y deportes; tratamiento de defectos de desarrollo y crecimiento, de defectos físicos en general; de inadaptaciones al medio ambiente; consultas para establecer regímenes de vida; sobre preparativos para la atención del futuro hijo; inmunizaciones y su oportunidad; etc.

Es claro que, frente a un cuadro como el que hemos tratado de bosquejar, cabe preguntarse si el médico de medicina general, a quien estamos induciendo a incorporarse a la labor educativa que reclama la colectividad y a llevar a cabo una acción educativa en su consulta privada, está lo suficientemente preparado para obtener resultados positivos en sus empeños de esta clase, sea con el individuo aislado o con grupos voluntarios de la colectividad o participando en la prepara-

ción de funcionarios de los servicios de salud, o en la formación de dirigentes. Nos inclinamos a pensar que cuenta con un conocimiento positivo: el conocimiento médico; deberá hacer, en cambio, cuanto le sea posible para adquirir experiencia en asuntos que, comprendemos, nunca fueron de su dominio, pero que, como todas las cosas, con preparación y paciencia logran aprenderse. Esta experiencia y conocimientos se apartan bastante de la inclinación tradicional del médico, que, con algunas excepciones, mira al enfermo como caso y no como persona que tiene mente, familia, costumbres, un particular medio de vida, medio ambiente, y que ocupa un lugar en la vida de relación. Esta nueva dedicación, este deber ya casi imperativo de que el médico participe en las inquietudes educativas y de organización de los recursos de la colectividad que la encaminen a un mejor bienestar, lo habrán de interesar en la adquisición de nuevos conocimientos sobre qué es y cómo está constituida la colectividad donde vive; cuáles son sus recursos; cuál su producción; su población y cómo está distribuida; su morbomortalidad; sus hábitos y costumbres; sus creencias y prejuicios; su educación: los fines de las instituciones existentes, los grupos voluntarios y su orientación; cuáles sus temores y sus ambiciones; etc.

Para los médicos de medicina general que habrán de inscribirse en tareas de esta clase serán útiles la sociología, la psicología aplicada, la estadística, la antropología, la pedagogía y los métodos y procedimientos propios de la educación sanitaria.

No olvidemos que la educación de los médicos varía de acuerdo con la expansión del conocimiento humano y con las condiciones de la sociedad en un momento dado. Ciencia y sociedad son inseparables. Hoy no podemos negar que la gente exige del médico y de las instituciones médicas lo que no exigía hace 50 años. Se ha producido un cambio en la actitud de la gente que mira hoy la salud como un derecho, y, al médico como un guía para alcanzarlo.

En resumen, una colectividad bien informada de los problemas médicos preventivos y sanitarios de su época y con clara conciencia de las implicaciones individuales, familiares y colectivas de dichos problemas, ve en el médico y en las instituciones médicas sus más seguros defensores y, lejos de menoscabar los justos intereses de los profesionales, acude a ellos a consultar problemas que, en otra época de menor cultura sanitaria, eran de la competencia de personas empíricas o quedaban abandonados a su suerte. En consecuencia, las funciones educativas en colaboración y voluntarias de los médicos son de urgente necesidad, pero ello exige a su vez la responsabilidad del médico de adentrarse en un conocimiento más humano del individuo como miembro de una sociedad, y de interpretar a esta última en todos sus complejos mecanismos.

ALGUNAS SUGESTIONES SOBRE LA INTEGRACIÓN DEL PEDÍATRA EN LABORES EDUCATIVAS

A estas alturas de nuestra intervención estamos aproximadamente

en condiciones de poder sugerir algunas soluciones para la integración del médico pediatra en las labores educativas de la colectividad. Para dar una pauta del camino que puede seguir esta colaboración, conviene que dividamos estas soluciones en dos partes.

(1) *Soluciones inmediatas:*

(a) Facilitar al médico pediatra una participación más estrecha en la planificación y organización de los programas maternoinfantiles oficiales y voluntarios de la colectividad.

(b) Brindarle una participación más activa en las reuniones y en la preparación del personal de los servicios maternoinfantiles oficiales.

(c) Invitarlo a participar efectivamente en las clases y demostraciones organizadas para los clubs de madres de los centros de salud y clínicas maternas y de niños.

(d) Invitarlo a hacer visitas domiciliarias acompañado de enfermeras y de visitadoras para observar la índole de estas visitas y las técnicas que se emplean en la solución de problemas.

(e) Proporcionarle datos de estadística vital y demográfica disponibles en cada ocasión, para la interpretación de los fenómenos que ocurren en la colectividad y facilitar así su labor educativa.

(f) Facilitarle la participación efectiva en la educación sanitaria sobre asuntos de su especialidad en la colectividad, y en las campañas masivas.

(g) Solicitar su participación en los grupos comunales, como comités de mejoramiento local, de barrio o de pueblo.

(h) Participación en las labores de organización del trabajo de salud en las escuelas; en la información del personal escolar; ayuda a las organizaciones de padres y maestros, y a la adopción de las medidas de saneamiento del edificio escolar.

(i) Incorporar a la práctica pediátrica privada y a las consultas a domicilio la educación, guía y orientación del cliente en aquellos problemas de salud de significación educativa, recalcando la importancia de la conservación y protección de la salud en el orden individual y familiar.

(j) Estudiar las ocasiones y forma de organizar cursos para el pediatra sobre sociología, pedagogía, antropología, psicología aplicada y sobre métodos y procedimientos empleados en la educación sanitaria individual y en grupos.

(2) *Soluciones mediatas:*

(a) Participación más activa del estudiante de clínica pediátrica en el estudio de los factores ambientales que crean, influyen o agravan los cuadros pediátricos (mediante visitas al hogar con miras a hacer encuestas sobre las condiciones familiares en un orden integral) para completar la comprensión de la terapia específica con la terapia educativa

orientadora, basándose en los hallazgos de las encuestas practicadas en el medio ambiente del enfermo.

(b) Estudio de los procedimientos que permitan incorporar a los programas de clínica pediátrica conocimientos de organización de la colectividad; estudio de los problemas de ésta, de su población, de la vivienda, alimentación, saneamiento, cultura, producción, recursos, organizaciones, hábitos y costumbres, creencias y prejuicios, etc.

(c) Participación del estudiante de clínica pediátrica en el trabajo de las clínicas maternas y de niños, oficiales o no, de la colectividad, para conocer sus programas, su organización y recursos; y, también participación del mismo en las visitas y encuestas a domicilio.

(d) Participación del estudiante de pediatría en los programas de educación sanitaria organizados por los servicios de sanidad oficiales o por agencias voluntarias.

Finalmente, debemos decir que, al hacer estas sugerencias, conviene plantearse las siguientes preguntas que deben ser contestadas si se desea seriamente la colaboración de los futuros médicos pediatras en la educación sanitaria de la colectividad:

(a) ¿Qué campos de estudio y observación conviene crear entre los alumnos de clínica pediátrica para despertar en ellos una comprensión más completa aún de los problemas médico-sanitarios y sociales de las colectividades en que ejercerán su profesión?

(b) ¿Qué facilidades hay que dar a los estudiantes para estadías y prácticas que les permitan adquirir experiencia y habilidad como futuros dirigentes de grupos voluntarios y como educadores de individuos de distintos niveles culturales y sociales?

(c) ¿Cuáles son los conocimientos teóricos y prácticos más apropiados para guiar a los estudiantes en el conocimiento del proceso del aprendizaje y de algunas técnicas metodológicas, asuntos éstos importantes para alcanzar éxito en el proceso educativo, y, del mismo modo, de qué materiales, medios e instrumentos puede valerse cuando deba enseñar en las entrevistas o contactos individuales o a grupos de distintos niveles culturales?

CAMPOS DE COLABORACIÓN QUE SE OFRECEN AL MÉDICO PEDIÁTRA EN EL PROCESO EDUCATIVO DE LA COLECTIVIDAD

Antes de ofrecer una visión de conjunto de los posibles campos de acción educativa del médico pediatra, será conveniente declarar que nos quedará en esta coyuntura un vacío importante, vacío que, por lo breve de nuestra intervención, y por la naturaleza misma de este "panel" nos será imposible llenar. Nos referimos a los métodos y procedimientos de aplicación corriente en el campo de la educación y, más particularmente, en el campo de la educación sanitaria. Apenas si estamos tratando de crear una inquietud entre los médicos pediatras y, de lograrse este propósito, habría llegado, entonces, la ocasión de estudiar la

forma de satisfacer esta inquietud, asunto que puede constituir la iniciación de actividades cooperativas entre expertos educadores sanitarios y los médicos responsables de las instituciones involucradas.

Veamos ahora, a modo de ejemplo, algunos de los campos que se ofrecen al médico pediatra para colaborar en la orientación y educación sanitarias de la colectividad.

- (1) Grupos de administración y gobierno comunal
- (2) Grupos técnicos
- (3) Grupos científicos
- (4) Grupos cívicos y religiosos
- (5) Grupos armados
- (6) Grupos gremiales de defensa económica
- (7) Grupos deportivos
- (8) Grupos industriales y de comercio
- (9) Grupos profesionales

En todos y cada uno de estos grupos y actividades de la colectividad el médico pediatra puede participar influyendo en los problemas de su dominio, brindando orientación, estímulo, información y educación intencionada, y, aún, interviniendo activamente en la organización, planificación y coordinación de las iniciativas que benefician directa o indirectamente a la madre y al niño.

CONCLUSIONES

(1) El individuo, su medio familiar y el ambiente social ejercen honda repercusión en la génesis, progreso y perpetuación de innumerables problemas pediátricos observados en la práctica corriente.

(2) Gran número de estos problemas tienen un fondo educativo (hábitos y actitudes higiénicas defectuosos), social y económico, complicado por creencias, costumbres y prejuicios desfavorables.

(3) El médico pediatra puede influir mucho en estos problemas, en virtud de su posición y prestigio, completando su labor diagnóstica y curativa con la educación individual y en grupo en la familia y en la colectividad.

(4) Para que el futuro médico pediatra pueda colaborar eficientemente en la consecución de estos ideales, es desde todo punto de vista conveniente que se den en las clínicas pediátricas abundantes facilidades para que los estudiantes adquieran conocimientos y experiencia respecto al medio social en que actuarán, y facilidades adicionales para hacer estadías y prácticas en los servicios pediátricos oficiales de la comunidad.

(5) Es conveniente proveer a los estudiantes y profesionales de pediatría de los conocimientos básicos del arte de la educación, de sociología, antropología, psicología aplicada, educación sanitaria y de otras artes y ciencias afines que les permitan actuar con éxito en el proceso educativo de la colectividad.