

**LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA INTEGRAL, COMO COMPETENCIA QUE PROMUEVE EL BUEN VIVIR DEL NIÑO, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD**

LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA INTEGRAL, COMO COMPETENCIA QUE PROMUEVE EL BUEN VIVIR

AUTOR: Gilberto Guillen Menéndez<sup>1</sup>DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA: [drnguillen@hotmail.com](mailto:drnguillen@hotmail.com)

Fecha de recepción: 24 - 08 - 2015

Fecha de aceptación: 10 - 10 - 2015

## RESUMEN

Los organismos mundiales de la salud, han dictado nuevas políticas en la atención pediátrica infantil, guardando plena correspondencia con los adelantos de la ciencia y tecnología propias del siglo XXI. Asumiéndose que en la evolución de las ciencias médicas y sus adelantos, han permitido ir ampliando la cobertura de esta atención en el niño sano y enfermo, con una visión holística-integral. La cual permite ir más allá de la atención asistencial y curativa del sujeto, considerado como un ente biopsicosocial, que forma parte de la familia y la sociedad, por tanto se tienen en cuenta en la misión del pediatra las esferas de promoción, prevención y rehabilitación del niño, la familia y comunidad. Es propósito del presente trabajo valorar la necesidad de pasar de una atención infantil tradicionalista, individualista y deshumanizada, a la asistencia integral-humanista, que nos permita lograr la solución a las necesidades y problemas que demanda la familia y la comunidad, a través del desarrollo de competencias, diagnósticas de tratamiento, evolución o seguimiento y la correspondiente valoración del crecimiento y desarrollo del niño para promover el buen vivir de la familia y la comunidad.

PALABRAS CLAVE: competencia; formación; atención pediátrica.

**COMPREHENSIVE PEDIATRIC CARE, AS COMPETITION PROMOTING GOOD LIVING OF CHILDREN, FAMILY AND COMMUNITY**

## ABSTRACT

The world health entities have devised new policies regarding child pediatric care, closely related to the advances of XXI Century science and technology. It is assumed that the evolution of medical sciences and their advances have allowed widening the coverage of this attention in the healthy and sick child, with a holistic-integral vision. This permits to go further from the assistant and healing attention of the subject, considering him as a bio psychosocial entity that is part of the family and the society. That's why; the spheres of promotion, attention and rehabilitation are taken into account in the mission of the pediatrician. The purpose of the present paper is to value the necessity of

---

<sup>1</sup> Docente Carrera Medicina Universidad Laica *Eloy Alfaro* de Manabí, Ecuador. Médico Pediatra Hospital IESS Portoviejo, Manabí, Ecuador.

moving from a traditional, individual and inhuman child attention to an integral-humanistic assistance that permits to reach the solution to necessities and problems that the family and community demand, through the development of competences, treatment diagnosis, evolution or follow-up and the corresponding assessment of growth and development of the child to promote the family and community good living.

KEYWORDS: competence; formation; pediatric attention.

## INTRODUCCIÓN

La evolución de la atención pediátrica integral sustenta una correspondencia acorde con el progreso y desarrollo de la salud, la ciencia y tecnología propia del siglo XXI. Asumiendo amplios estudios investigados y propuestos por entidades y organismos mundiales que regulan las normas globalizadas en la salud pública. Considerando la inclusión de una nueva metodología complementaria en la parte operativa asistencial del niño sano o enfermo, con la denominada Atención primaria de Salud, la misma que es concebida como una nueva estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud. Su implementación como todo proceso social, ha estado sujeta, a las contradicciones e intereses económicos y políticos que conforman la organización de las sociedades. OMS, (1977) (1978) (1986)

En Ecuador se han ido implementado gradualmente sistemas de salud que han desarrollado en su momento una atención tradicionalista del niño centrado en el aspecto biológico, asistencialista y curativo. Es decir con la cobertura solo en la enfermedad y cuidado hospitalario, donde se hace visible un sistema de salud solo de corte lineal que limita la posibilidad de brindar una atención integral e integradora, humanista y social, para el niño la familia y comunidad. Permitiendo de manera holística operativizar un sistema de salud moderno que se vincule adecuadamente con el nuevo reto de la salud, la atención para todos y con un gran impacto en el buen vivir. Teniéndose en cuenta el bienestar del niño, la familia y la comunidad. MSP Ecuador (2012).

Con la innovación de un nuevo paradigma que se ocupe de un modelo hegemónico, humano y social, que incluya un enfoque integral e integrador, capaz de solucionar las necesidades y problemas existentes en el niño y colectividad mediante el desempeño de los procesos de la atención pediátrica integral.

En este recorrido de la atención pediátrica integral es necesidad imperiosa fortalecer el modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural, con incorporación de la estrategia de la Atención Primaria de Salud, siendo este uno de los ejes primordiales del proceso de transformación del sector salud, su sistematización e implementación deben responder de manera adecuada a las nuevas demandas y necesidades de salud del país que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico,

superando las demandas del acceso y equidad a los servicios del Sistema Nacional de Salud. MSP (2012).

En este trabajo por su importancia participativa debe definirse a la Atención Primaria de Salud como “Asistencia sistémica basadas en métodos y tecnologías, científicamente organizados y socialmente aceptados y al alcance de todos los individuos y familia de la Comunidad, con una participación activa globalizada y propositiva de la población. Desarrollándose de manera significativa con un adecuado rigor de auto responsabilidad y autodeterminación”. OMS (1978).

Es decir que aborda de manera integral las necesidades y problemas de salud del niño desde una perspectiva biopsicosocial contemplando sus componentes biológicos, psicológicos y sociales como parte de los procesos de salud-enfermedad. Zurro y Solá (2008). De igual manera, estos autores asumen la atención pediátrica integral articulando adecuadamente los componentes de la promoción de salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.

En el ámbito de la formación pediátrica en el estudiante de la carrera de medicina, existen falencias que derivan en la necesidad de elaborar un nuevo perfil profesional. Que a continuación se describe: El nuevo profesional médico con competencias en pediatría, debe estar de acorde con la contemporaneidad en espacio y tiempo. Lo que le permitirá comprender de manera más adecuada los presupuestos educativos sin distanciarse del manejo de la ciencia, de la ética y los valores; versus las demandas cotidianas que le exijan una actuación humanista. Consecuentemente brindará una atención individual y colectiva en cuanto tiene que ver con el cuidado de la vida, la salud integral del niño y la familia.

Todo lo expuesto nos permite inferir y desarrollar como principio fundamental el planteamiento de un objetivo que permite integrar y consolidar la estrategia de la Atención Primaria de Salud en la esfera de la atención pediátrica integral reorientándose y fortaleciendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, potenciando el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales.

#### *EL PROCESO DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA INTEGRAL*

La atención pediátrica integral como proceso que debe caracterizar los titulados en Medicina, permite el desarrollo de un diagnóstico, tratamiento, valoración y control del niño en su relación con la familia, y el contexto socio-histórico concreto donde crece y se desarrolla como ser social.

Desde esta perspectiva la atención con esta visión integral, se asume como una competencia, que se constituye en una cualidad que debe ser formada en el

estudiante, devenido en su ulterior desempeño profesional, como un médico que dentro de sus áreas de intervención, está la pediatría.

Consecuentemente permite optimizar el “saber” y el “saber hacer”, dos aspectos significativos de las competencias para el pediatra, que no deben dejar de considerarse, incluyéndose también el “ser” y el “comunicar”. Lo cual permite inferir que la competencia, la podemos definir, como la cualidad que distingue el desempeño del pediatra en función de poder transferir los conocimientos, habilidades y destrezas en cada uno de los contextos de promoción y atención de salud.

Cada competencia debe ser entendida en su relación con el saber, que expresa una diversidad de conocimientos, maneras de hacer, por el significado de las habilidades, capacidades y estrategias que emplea para poder desarrollar su trabajo. Se debe referir que el saber y el hacer debe estar integrado con el saber ser, caracterizado este último por los valores y cualidades, los que le dan un sello de calidad a la actuación del médico, en su relación paciente, familia y comunidad.

Estos criterios antes expuestos permiten satisfacer los requerimientos y necesidades de la atención primaria de la salud del niño sano o enfermo, de igual manera la familia; es decir satisfaciendo las necesidades de la sociedad. El pediatra debe saber estar, con cada sujeto (niño sano o enfermo), con sus necesidades, las situación social en que vive y la cultura y patrones de la familia, que tienen una influencia sobre su calidad de vida.

Se considera que esta competencia con sus saberes (saber, saber hacer, saber ser y saber estar) debe ser considerada en el estudiante de medicina durante su formación. De esta manera se habilita para que pueda cumplir con la elaboración de una historia clínica pertinente, el examen físico y la impresión diagnóstica. Así como solicitar e interpretar adecuadamente las pruebas de laboratorio y las imágenes diagnosticas pertinentes al nivel de complejidad en el cual se desempeña. También establecer un apropiado manejo del proceso diagnóstico y desarrollar una adecuada conducta terapéutica, en el niño sano o enfermo, donde la anamnesis es la base de todo el intercambio entre médico – paciente.

Este es uno de los principales retos que tiene la formación del médico en Ecuador, que exige transitar de un proceso academicista con un enfoque curativo, a uno humanista social, que promueva la atención integral de salud con una visión preventiva y de calidad de vida sustentable, que trabaje la integración de una promoción de salud de todos los sujetos en sus esferas social y psicológica.

Se debe lograr que en la formación del médico, se promueva la capacidad de valorar al niño enfermo o sano; desde una perspectiva integral con base en una sólida formación semiológica-pediátrica. La que es indispensable en la formación del médico independientemente del progreso de la ciencia y la tecnología, la cultura y la dinámica de los contextos donde se desempeña.

Los elementos integradores entre todas las áreas se constituyen en un eje central de la formación del futuro médico, aspecto que hace necesario la formación de la competencia en el área de la pediatría, la que debe constituir una prioridad esencial, desde la relación ciencia, tecnología y sociedad en todas sus dinámicas. Esta competencia en los estudiantes que se forman en medicina, la cual tiene un significación en la atención pediátrica integral, la que debe considerar su conceptualización epistemológica, con la determinación y estructuración, aspectos que delimitan su complejidad y las relaciones que se suceden, al configurarse como cualidad que distingue a cada médico formado.

La competencia de atención pediátrica está asociada a la formación integral del médico, como profesionales de la salud, el cual reviste una especial importancia por el rol que estos ejercen en el cuidado del bienestar de la población.

En este orden Rojas Ochoa (2004) plantea que en todas las sociedades la medicina se ocupa fundamentalmente de la lucha contra las enfermedades. En la actualidad se abre el diapasón de las explicaciones ante el proceso salud-enfermedad, dándole un lugar importante a los determinantes de la salud que tienen que ver con lo social y lo económico, sustrato de todo lo demás. El estilo de vida es visto como un factor que determina el bienestar humano, lo que está estrechamente relacionado con los campos de la salud abordados por Lalonde (1974).

Conceptualmente la Promoción de Salud (PS) proporciona a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, por tanto presupone una actitud diferente de las personas, asumiendo estilos de vida que contribuyen a su bienestar.

Como estrategia, y desde lo planteado en la carta de Ottawa, en Sacasas (2003) se recomiendan cinco áreas de acción prioritarias: “establecer políticas públicas saludables, crear entornos favorables, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar las habilidades personales y reorientar los servicios sanitarios”.

La PS es particularmente importante dentro del contexto de la Atención Primaria de Salud (APS). Desde la celebración de la Conferencia Internacional sobre APS en Alma-Ata en 1978, se ha reconocido cada vez más la importancia que tiene la PS en la solución de los problemas que aquejan a la humanidad. En dicha conferencia se expresa que la APS “es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación”.

#### *La atención pediátrica integral como competencia*

Esta competencia, exige de la comunicación médico – paciente – familia, con todo el proceder de salud necesario en cada caso, para lo cual es necesario que el pediatra integre dentro de su accionar pediátrico:

*Dominio del método clínico y la elaboración de la historia clínica*, la cual exige un tratamiento en este trabajo desde el punto de vista teórico y metodológico.

En relación a estos aspectos, Hernández (2003) asevera que el método clínico es el método científico de la ciencia clínica, la que tiene como objetivo de estudio el proceso salud enfermedad. Toda práctica médica que no se base en el método clínico será ajena a la ciencia clínica y, en gran parte, responsable de la “mala práctica médica”.

También se define como una forma de utilizar el método científico a escala observacional y experimental, pues toda observación bien hecha es una investigación y toda terapéutica bien diseñada un experimento.

El método, como categoría, se refiere a la manera determinada de procedimientos para ordenar la actividad y lograr un objetivo, o sea, el método describe la dinámica del proceso, la vía para su ejecución, la lógica.

Es “...el sistema de acciones sucesivas y conscientes del hombre que tiende a alcanzar un resultado que se corresponde con el objetivo trazado” Hernández, García, Marcel y Dueñas (2012).

Están reconocidos cuatro métodos utilizados para arribar al diagnóstico del problema del paciente: el diagnóstico intuitivo, el diferencial o por comparación, el inductivo y el hipotético.

Los criterios, según Bacallao (2004) de autores expertos, como Jeddú, García, Marcel, Gobel y Dueñas (2012), Silva (2006) y Fernández (2009) el método clínico se desarrollará atendiendo a las siete etapas que se muestran:

1. Formular el problema (alteración de la salud de una persona), que es el trastorno o la pérdida de la salud por lo que consulta el paciente, lo que motiva al enfermo a solicitar la ayuda del clínico. Este problema –o problemas, porque no pocas veces se trata de uno solo– debe ser precisado con toda nitidez. Si es parte de una falsedad o de un supuesto producto de la superficialidad o del apuro en el primer contacto con el paciente no es posible pensar que puede aplicarse con éxito el método clínico.
2. Información primaria (interrogatorio y examen físico), que se refiere específicamente al interrogatorio y al examen físico del paciente, es decir, a la historia clínica. Este procedimiento generalmente está dirigido u orientado por la experiencia previa y por los conocimientos que posee el clínico con respecto a las hipótesis explicativas del problema.

El examen físico debe realizarse completo, independientemente de que se detalle más el aparato hacia el que orienta los síntomas subjetivos, y debe hacerse desde la cabeza hasta los pies, independiente de los síntomas del paciente. La información debe recogerse en detalle en la historia clínica.

3. Formular hipótesis (diagnóstico presuntivo o provisional), es el o los diagnósticos presuntivos. Es imprescindible que este diagnóstico o

diagnósticos sean bien definidos, se basen en la información recogida y tengan un fundamento. Es lógico que si la búsqueda de información fue deficiente o inexacta las hipótesis no tendrán posibilidad alguna de comprobarse y todos los pasos siguientes no tendrán objetivo.

4. Comprobar o negar la hipótesis (exámenes complementarios y evolución del paciente) mediante el estudio de la evolución del paciente y la programación de diversas pruebas de laboratorio, imagenológicas, anatomopatológicas y otras, es decir, de la moderna tecnología que esté al alcance, hay una hipertrofia en el uso de la tecnología en el momento actual.
5. Exposición de los resultados, se llegará a un diagnóstico de certeza que permitirá indicar la terapéutica, o bien se descubrirán nuevos problemas en el paciente, o se negarán las hipótesis diagnósticas planteadas, lo que obligará a volver a analizar toda la situación, plantear nuevas hipótesis diagnósticas y nuevos programas de investigación de acuerdo a ellas.
6. Instituir la terapéutica, si procede o se reinicia el proceso. Se llegará a un diagnóstico de certeza que permitirá indicar la terapéutica.
7. Exposición y evaluación de los resultados finales, la hipótesis global y diagnóstica sobre un paciente no es posible validarla aun cuando el clínico pueda contar, sobre todo en la etapa presente, con los datos imagenológicos, humorales y biológicos; en ocasiones no hay coincidencia entre los datos clínicos del paciente con los resultados de los complementarios, pues la tecnología manejada por el hombre está sujeta a incongruencias.

En esta dinámica de desarrollo del médico, la historia clínica se elabora, la cual tiene múltiples funciones, además de las asistenciales originales: docentes, administrativas, estadísticas, de investigación, éticas y legales, además de servir de instrumento para controlar y evaluar la calidad de la actividad asistencial. Para que esté a la altura de la ciencia clínica debe exponer en forma explícita y cumplir con rigor las diversas etapas del método clínico antes señaladas.

La historia clínica como documento que expresa las evidencias de una lógica, a criterio de Jeddú, García, Marcel, Gobel y Dueñas (2012) enfatizan que “no es una tarea fácil”, exige tiempo y paciencia y debe ser establecida entre el paciente y el médico.

Según los doctores Ilizastigui y Rodríguez, en Bacallao (2004) para que la historia clínica esté a la altura de la ciencia clínica debe cumplir, entre otros, los siguientes requisitos:

- La información que recoge debe ser real, esencial y necesaria.
- Los problemas de salud individual deben estar bien identificados.
- Las hipótesis diagnósticas deben estar bien precisadas.

- La indicación de los exámenes complementarios debe estar justificada.
- La conducta terapéutica tomada debe estar justificada.
- Debe hacer referencia a la información brindada al paciente en relación con su proceso mórbido y a su conformidad en cuanto a las decisiones médicas sobre persona.
- La evaluación debe expresar y exponer el pensamiento científico.
- El egreso debe ser un resumen de cada problema del paciente y de las orientaciones médicas para darles solución.

La atención pediátrica integral, como competencia es una cualidad del pediatra al dinamizar los conocimientos, habilidades, procedimientos y valores para realizar promoción y cuidado de la salud del niño como proceso que integra su bienestar y calidad de vida como ser social, para desarrollar todas sus potencialidades psicosociales, en relación con la familia y la comunidad.

Esta competencia debe expresar en su dinámica las sub competencias y desempeños que continuación se presentan:

1. Sub competencia de comunicación pediatra-paciente-familia, a través de recursos de tipo verbal y extraverbal, como parte de proceso integral que influye positivamente en la calidad del proceso atencional, para identificar y establecer los indicios y evidencias de un diagnóstico clínico en función de brindar un tratamiento adecuado según las necesidades del paciente.

Desempeños:

- Iniciar un dialogo con el niño, los acompañantes y grupo básico de trabajo para obtener y ofrecer información.
  - Promover empatía y propiciar la reflexión de ideas que permitan elaborar una impresión diagnóstica.
  - Determinar, a través de la observación, barreras y facilidades comunicativas.
  - Valorar calidad de la comunicación: vincular conocimientos significativos médico- paciente familia.
  - Establecer criterios de valor de la comunicación, así como los juicios que permitan un proceso de atención integral.
  - Dialogar con el niño y familia, resultados y alternativas que ayuden al proceso de atención integral, para lograr mejorar su calidad de vida.
2. Sub competencia de diagnóstico pediátrico aplicando la observación sistemática, la comunicación médico-paciente-familia y la semiología, acompañado del uso del método clínico y de los procedimientos de

análisis, síntesis, hipotéticos deductivos, métodos empíricos como la entrevista y el examen físico.

Desempeños:

- Recolectar información verbal y extraverbal: caracterizar las variables de estudio a través del interrogatorio y examen físico (síntomas y signos).
  - Ordenar información recolectada: identificar, ordenar los elementos
  - Clasificar los datos obtenidos (biológicos, ecológicos, psicológicos y sociales, individuales, familia y en la comunidad).
  - Establecer hipótesis y llevarla a contrastación: seleccionar pruebas diagnósticas según criterios clínicos, valorar resultados.
  - Establecer juicios clínicos con argumentos científicos.
  - Reflexionar y establecer un pronóstico.
3. Sub competencia brindar tratamiento pediátrico, basado en el valor y veracidad del proceso de diagnóstico, para restablecer y rehabilitar al paciente según sea la magnitud de su afección.

Desempeños:

- Determinar acciones de salud y nivel de actuación.
  - Promover acciones de salud, prevenir, curar, rehabilitar.
  - Valorar evolución y pronóstico.
  - Determinar parámetros de seguimiento.
4. Sub competencia registrar las evidencias de proceso de atención pediátrica, sobre la base de un diagnóstico y tratamiento, para evidenciar las acciones médicas y su efecto, garantizando con ello el análisis y evaluación posterior, así como la calidad de la asistencia prestada.

Desempeños:

- Transcribir datos recogidos en anamnesis y examen físico utilizando normas establecidas.
- Registrar con fundamento científico los datos clínicos evolutivos.
- Argumentar los problemas de salud diagnosticados.
- Argumentar la conducta terapéutica seleccionada: interpretar las relaciones causales relacionar causa- efecto- terapéutica.
- Encontrar la lógica de las relaciones establecidas.
- Elaborar conclusiones.

5. Sub competencia de investigación socio-médica que tiene como propósito la transformación de los problemas de salud en el contexto de la familia y la comunidad, donde se desarrolla el paciente pediátrico.

Desempeños:

- Identificar los problemas del niño, adolescente, familia, comunidad para ser investigados.
  - Diseñar y ejecutar experiencias médicas de avanzada integrados a los grupos de investigación de las sedes.
  - Elaborar, aplicar y evaluar instrumentos de investigación que le permitan diagnosticar e interpretar el estado del problema médico- social identificado.
  - Realiza procesamiento e interpretación de los resultados de la investigación.
  - Elabora informes con evidencias y argumentos que posibiliten el empleo de procedimientos para mejoramiento de los problemas médico – sociales.
  - Introducir resultados científicos para la transformación de la situación de salud.
6. Sub competencia sobre administración de las estrategias de transformación de la situación de salud del niño, familia, comunidad.

Desempeños:

- Generar estrategias para la solución de problemas y jerarquizar el proceso de salud enfermedad y sus soluciones de forma científica al aplicar el análisis de la situación de salud.
  - Establecer planes estratégicos para la solución de problemas de orden administrativo.
  - Saber evaluar efectos.
  - Controlar y autocontrolar los procesos.
7. Sub competencia para promoción de la salud y la prevención de enfermedades, expresada en todas aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales, orientadas a que en la población pediátrica, y las familias, mejoren sus condiciones de salud y puedan disfrutar de una vida saludable.

Desempeños:

- Desarrolla promoción de salud, que comprende las actividades de capacitación, información y educación continua que llevan a la población a modificar y reforzar los comportamientos; con el objeto de mantener la salud, lograr nuevos estilos de vida saludable, y fomentar el autocuidado.

- Realiza prevención de enfermedades, a partir de las diferentes acciones para evitar que aparezcan enfermedades específicas, a través de la detección e intervención de los factores de riesgo y de los factores protectores de la salud, estas acciones pueden ser de tipo individual, familiar o grupal.
8. Sub competencia sobre evaluación, control y seguimiento de atención pediátrica, la misma comprende recoger evidencias sobre el proceso de diagnóstico y el tratamiento establecido al paciente pediátrico para establecer juicios de valor sobre el efecto y las medidas que favorezcan el restablecimiento total o parcial de la salud infantil, o el mejoramiento de la calidad de vida.

#### Desempeño

- Observa la evolución clínica del paciente.
- Corroborar la efectividad del tratamiento en función del diagnóstico desarrollado.
- Maneja exámenes complementarios para determinar la evolución del paciente.
- Toma decisiones sobre el plan terapéutico.
- Establece juicios de valor que restablezcan la salud y calidad de vida del paciente.

Un análisis de la competencia de atención pediátrica integral de médico graduado, a través de la integración de las sub competencias establecidas, implica que la atención se asocie a las esferas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación del niño incluyendo a la familia y comunidad. Para esto el estudiante en formación, que se desempeñará como médico-pediátrica debe desempeñarse demostrando las competencias de diagnóstico, tratamiento, evolución o seguimiento con su correspondiente valoración pediátrica en el crecimiento y desarrollo del niño.

#### CONCLUSIONES

Al analizar las exigencias del contexto social y los retos expresados en el Nuevo Modelo de Salud del Ecuador, para brindar una atención de calidad que aporte a la construcción del buen vivir, se plantean las siguientes conclusiones:

En cuanto a la importancia del método clínico para la atención pediátrica:

Para brindar una atención pediátrica se debe utilizar y ser consecuente con la lógica y dinámica del método clínico, para lograr un impacto favorable y beneficioso en el niño, permitiendo solucionar el problema de salud; desarrollando de manera sistémica los componentes que lo integran para lograr adecuadamente la tipificación de un acertado diagnóstico, un eficaz plan terapéutico, capaz de lograr no sólo la curación de su trastorno, sino poder prevenir otras complicaciones y enfermedades, lo que debe permitir

exitosamente la recuperación y rehabilitación integral en su estado general de salud.

Al elaborar la Historia Clínica:

La historia clínica permite referenciar, como un instrumento que se alimenta del método clínico (Anamnesis, examen físico, diagnóstico y tratamiento) los síntomas y signos clínicos que aporta la semiótica, con la tipificación de la competencia diagnóstica, la misma que viabiliza la implementación y ejecución de la competencia del plan terapéutico.

Siendo este un momento esencial valorativo que permite asumir decisiones y que en una interrelación pertinente de la comunicación dinámica en doble vía, se socialice junto al pequeño paciente y sus familiares; la modificación de hábitos y costumbres y el mejoramiento del contexto en el que interactúa el niño. Lo que hace posible ir más allá de una asistencia curativa; permitiéndose la orientación a la promoción de la salud y prevención de otras complicaciones y enfermedades.

A partir de la importancia de la atención pediátrica integral, como una competencia:

Se debe lograr una atención pediátrica integral, influenciada por la relación esencial existente, entre el método clínico con sus respectivos componentes (Anamnesis, Examen físico, Diagnóstico) y la operativización de la historia clínica infantil, de forma integral.

Finalmente ante lo expuesto se reconoce que el cumplimiento de este proceso se debe a la producción laboral en pediatría por cada una de las competencias que se desarrollan en la atención pediátrica integral; como son los procesos del plan diagnóstico, terapéutico, prevención y promoción de la salud. Estos en su interrelación dinámica, permite solucionar y resolver las demandas y exigencias del niño, la familia y comunidad; de manera eficiente y eficaz para un buen vivir.

En relación a la necesidad de formar en el estudiante de la carrera de medicina, la competencia en la atención pediátrica:

Las facultades de medicina tienen el reto contemporáneo del siglo XXI; de actualizar los planes de estudios en la disciplina pediátrica, permitiendo mejorar positivamente su formación, lo que exige ampliar los procesos de actuación profesional; pasando de una asistencia curativa, individual y tradicional, a una atención pediátrica integral-socio-humanista.

De esta forma se estará en capacidad de lograr la solución a los problemas y necesidades que está demandando la familia y la comunidad. Lo que significa que para desarrollar una atención pediátrica integral, se requiera no sólo de una mejor cobertura profesional, sino una práctica pediátrica de manera sistémica, integral, ética y con una comunicación que promueva elevar la calidad de vida, y con el aportar al buen vivir de la sociedad.

## BIBLIOGRAFÍA

Bacallao, G. (2014). Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”. Avenida Hospital Nuevo e/ Doble Vía y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Acta Médica del Centro / Vol. 8. No. 2.

Cruz Hernández Jeddú, Hernández García Pilar, Abraham Marcel Enrique, Dueñas Gobel N, Salvato Dueñas A. Importancia del Método Clínico. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 Sep [citado 25 Dic 2013]; 38(3):422-37. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662012000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662012000300009&lng=es).

Fernández, J. (2009) La ética de la educación médica. En: Amaro Cano MC. Ética Médica y Bioética. La Habana: Ciencias Médicas; p. 108-17.

Fernández-Sacasas J. El principio rector de la Educación Médica cubana. Educ Méd Sup [Internet]. 2013 [citado 8 Ene 2014]; 27(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/170>.

Hernández R. Del método científico al clínico. Consideraciones teóricas. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2002 [citado 25 Abr 2011]; 18(2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18\\_2\\_02/mgi11202.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi11202.htm)

Ilizástigui F, Rodríguez L. Método clínico. En: Nasiff A, Rodríguez HM, Moreno MA. Práctica Clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 15-28.

Lalonde M. A (1974). New perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Department of Health and Welfare.

MSP Ecuador. Modelo de Atención Integral de Salud. MAIS (2012)

Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional, sobre la Atención primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: OMS; 1978

Organización Mundial de la Salud. OMS-UNICEF de Alma Ata (1978)

Organización Mundial de la Salud: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración Alma Ata. OMS; 1979

Rodríguez Silva H. La relación médico-paciente. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2006 Dic [citado 25 Dic 2013]; 32(4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662006000400007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662006000400007&lng=es).

Rodríguez, R., Fernández, S., Rodríguez, S. ARTICULO. El uso del método clínico por el Médico General Integral. 2009 oct.-dic. [citada el 1 de Octubre del 2015].

Rojas Ochoa F. El componente social de la Salud Pública en el siglo XXI. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2004 Sep [citado 2011 Ago 19]; 30(3):2415. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es)

Rojas, F. (2004). El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. Sep [citado 2014 Sep 03]; 30(3): [aprox. 7 p.] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es)

Ruiz Canela J.: Modelo de Pediatría en Atención Primaria Rev. Pediatr. De Atención Primaria volumen XII Supl.: 19 de Noviembre 2010

Ruiz Canela J.: Pediatría en el modelo de la AP del siglo XXI. Diario Médico, 29 de Octubre 2008.

Sánchez Jacob M.: Atención Integral a la Infancia, Modelo Biopsicosocial. Bol. Soc. Pediatr. Asturias, Cantabria, Castilla y León 2001; 41: 322-4

Schonhaut-Berman; Millán T.; Hanne-Atternett C.; Competencias transversales en la formación de especialistas en Pediatría, Universidad de Chile. Viguera Editores SL. 2009 Educ. Med. 2009; 12 (1): 33-41.

SIGERIST, Henry E. Y LA MEDICINA SOCIAL OCCIDENTAL. Revista Cubana de Salud Pública, vol. 28, núm. 1, enero-junio, 2002

Zurro A. y Jodar Solá G.: Atención Primaria de Salud y Atención familiar comunitaria: 2008 Elsevier España.