

TEMAS DE REVISIÓN

Pediatría Comunitaria: Potencialidades y Perspectivas

Guevara Chacabana, Gamaniel Raúl¹

RESUMEN

Desde hace algunas décadas se percibe un creciente interés de los organismos de salud pública, instituciones de educación médica y sociedades científicas por la actividad y perspectivas de la pediatría comunitaria. Esta expectativa ha ido de la mano con la preocupación de la comunidad internacional por dar asistencia médica a la gran cantidad de niños, sobre todo de los países no industrializados, que carecen de los más elementales servicios de cuidados pediátricos. Asimismo, ha coincidido con la idea cada vez más aceptada que la práctica hospitalaria por sí sola no puede aliviar o atender medianamente el complejo problema de la salud pública infantil. Por otro lado, en los países industrializados, el debate sobre el futuro de la pediatría comunitaria ha sido estimulado por la necesidad de evaluar su larga experiencia en la atención primaria de la niñez.

La atención médica del niño en la comunidad, sea como parte de un sistema de salud o como tarea extramural de un hospital universitario, ha logrado beneficios irrefutables y alentadores para la niñez en los países en que se ha puesto en práctica. Esto ha llevado a sostener una amplia y a veces excesiva confianza de que su sola aplicación o experimentación podría dar solución al problema de los niños excluidos o sin acceso a los servicios de salud.

Si bien es cierto que atender al niño en el escenario "natural" e inmediato de su evolución (su familia y su comunidad) es de la mayor importancia para su desarrollo integral, es necesario advertir que sus mejores resultados se han obtenido cuando esta actividad sanitaria se ha realizado en un contexto nacional económica y políticamente favorables. No obstante, la pediatría comunitaria representa una posibilidad prometedora y una perspectiva diferente para que la visión tradicional de la pediatría pueda renovarse y ampliar sus horizontes en el cumplimiento de sus propósitos y fines.

Atención médica del niño en la comunidad: una realidad múltiple y diversa

La atención médica del niño en la comunidad ha adoptado diversos modelos y variantes según las circunstancias y los lugares donde se ha aplicado.

En seis países de Europa (particularmente Reino Unido), la atención médica es desempeñada principalmente por los médicos de familia, siendo el pediatra un médico consultor en el tercer nivel. En otros doce países europeos (particularmente España) ésta es realizada principalmente por los pediatras de atención primaria. Y en otros dieciséis países europeos la modalidad es mixta, siendo el médico de familia quien realiza la pediatría de primer nivel, y el pediatra quien actúa como médico de atención primaria para edades tempranas (hasta los 3 u 8 años) y aspectos relacionados con el crecimiento y desarrollo o la medicina escolar⁽¹⁾.

En la América industrializada la situación también es diversa. En Canadá, se sigue una modalidad similar a la del Reino Unido⁽²⁾. En E.U.A., sobre todo en las grandes ciudades, esta función la realizan los pediatras en una labor que allí tiende a denominarse pediatría comunitaria, y que en muchos estados es apoyada y estimulada por las universidades; en las zonas rurales, la atención infantil recae en los médicos generales⁽³⁾.

En Hispanoamérica, la situación es aún más compleja pues los niños de las zonas rurales o urbano-marginales no tienen en general acceso a la atención de salud, siendo atendidos (cuando esto sucede) principalmente por personal sanitario no médico, o médicos generales. En países que han logrado avances significativos en la mejora de la situación de la infancia, la atención del niño en la comunidad se desarrolla como parte de una política integral de salud, y es desempeñada principalmente por médicos de familia (Cuba)⁽²⁾, médicos generales (Costa Rica)⁽⁴⁾, o en modalidades mixtas (Chile)⁽⁵⁾.

¹ Pediatra. Profesor Principal de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Atención del niño en la comunidad: aproximaciones conceptuales

Esta diversa actividad médica ha generado igualmente diversos términos y conceptos, que podrían inducir a error si se piensa a priori que ellos designan variantes o modelos idénticos o, por el contrario, que designan variantes o modelos esencialmente diferentes. Para facilitar una terminología de entendimiento compartido, presentaremos breves aproximaciones conceptuales de algunos de ellos.

Los conceptos de *pediatría social*, *pediatría de atención primaria*, *pediatría ambulatoria* y *pediatría comunitaria* comparten un núcleo de significado esencial: todos ellos tienen como tema fundamental de su contenido la atención de la salud del niño en su escenario familiar, comunitario y social.

Pero la *pediatría social* es un enfoque global, totalizador, y multidisciplinario de la salud infantil, a la que considera como resultante y expresión de las condiciones sociales en que vive el niño y su familia. Su visión es sistémica y tiene que ver con las políticas públicas en favor de la infancia. Atiende los problemas de la salud infantil de causa o repercusión sociales, y considera el cuidado de la niñez de manera integral y como función de la sociedad ⁽⁶⁾. Entre sus fundamentos se registra el conocido enunciado de Rudolf Virchow (1821-1902): "La medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina en gran escala" ⁽⁷⁾.

La *pediatría de atención primaria* es más bien una estrategia de atención a la niñez en la comunidad, que atiende al niño integralmente y vincula a éste y su familia con el sistema de salud. Puede realizarse en centros de salud, centros de atención comunitaria, escuelas, domicilios, etc. Sus elementos básicos son la respuesta rápida a las necesidades del paciente, la continuidad en el tratamiento, el ejercicio de la curación y prevención, la conformación de equipos de atención primaria y la coordinación con los otros niveles del cuidado infantil ⁽⁶⁾.

La *pediatría ambulatoria* designa a la práctica pediátrica que se realiza principalmente en salas de emergencia, en la consulta externa y centros de salud comunitarios. Atiende niños sanos y enfermos cuando éstos no requieren hospitalización. En el Reino Unido el término es usado para referirse al trabajo de los pediatras que están en la interfase entre el hospital y el servicio

de atención comunitaria, como los llamados pediatras consultores. En España se lo utiliza como equivalente de la pediatría de atención primaria, en la cual los pediatras trabajan casi exclusivamente en un nivel extrahospitalario ⁽⁶⁾.

La *pediatría comunitaria*, siendo también una práctica pediátrica de primer nivel de atención, tiene un enfoque menos excluyente que la pediatría ambulatoria, pues permite la combinación flexible de actividades tanto en la comunidad como en el nivel hospitalario. Como este concepto es el que da nombre al presente artículo, lo definiremos con mayor amplitud.

Pediatría comunitaria: definición

Pediatría comunitaria es la organización y actividad de la pediatría que comprende: la atención ampliada a todos los niños de la comunidad; el reconocimiento de la interacción significativa entre el ambiente socio cultural, la salud y el desarrollo infantil; la integración de la práctica clínica con la salud pública para atender y promover la salud infantil en el contexto de la familia, la escuela y la comunidad; el uso y fortalecimiento de los recursos de la comunidad en trabajo interdisciplinario y colaboración con agencias y padres, para el logro de servicios de salud infantil de calidad y el desarrollo óptimo de los niños; el cumplimiento del deber profesional y la función social del pediatra ⁽⁸⁾.

Al exponer esta definición en 1999, la Academia Americana de Pediatría recomendó que al organizar esta actividad los pediatras debían: usar información epidemiológica, demográfica y económica sobre la localidad; relacionarse con otros miembros de la comunidad para conocer el entorno social de los niños; canalizar los recursos de la escuela y vecindad hacia la solución de los problemas que afectan a la niñez; colaborar con los departamentos de salud pública y otros profesionales que trabajan en atención infantil; mejorar la eficacia y rendimiento de los servicios de salud de la comunidad; y participar en la docencia de residentes y alumnos en los escenarios de la pediatría comunitaria.

Esta definición, ratificada en el 2005, resumía la larga experiencia del compromiso de numerosos pediatras e instituciones universitarias de E.U.A. con el cuidado de la niñez y el desarrollo de sus comunidades ⁽⁹⁾. Una de estas instituciones fue la Universidad de Rochester que, desde comienzos de los años 60, a través de su Hospital Docente y Departamento de Pediatría planificó la

organización de servicios hospitalarios infantiles y la participación de la comunidad para el cuidado ambulatorio, realizó investigación en pediatría comunitaria; estableció actividades de atención y enseñanza para la comunidad; así como desarrolló programas de educación médica de pre y postgrado en pediatría comunitaria ^(10, 11).

La perspectiva de la pediatría comunitaria, en cuanto procura atender a todos los niños (los que se acercan o no a los servicios médicos), y en tanto se propone contribuir a que la niñez alcance el máximo despliegue de sus potencialidades y logre con éxito el desarrollo de su personalidad, nos acerca a la esencia humanista (la protección y promoción del factor humano) de la medicina y la pediatría, y nos posibilita el reencuentro con su función social (la defensa de la vida y el progreso social).

Pediatría comunitaria: antecedentes y vigencia

Determinadas circunstancias impulsaron, sobre todo en Europa de la posguerra, la necesidad de adoptar de manera sistemática la atención familiar (incluida la niñez) como nivel inicial de una organización sanitaria nacional. La necesidad de la reconstrucción europea por un lado, la insuficiencia de infraestructura hospitalaria y la escasez de personal médico por otro lado, así como la emergencia de fuertes demandas sociales, apremiaron a los estados europeos a organizar estrategias de atención inclusivas y de poco costo. En varios países se establecieron sistemas nacionales de salud, cuyos alcances mejoraron en el marco del llamado "Estado de Bienestar", coincidiendo con una sostenida reactivación económica hasta antes de los 70s.

En la década de los 70s los países industrializados, en el contexto de una crisis económica, reajustaron los montos asignados para gastos sociales e iniciaron la reestructuración de sus políticas sanitarias. Asimismo, en esos años se desarrolló una importante crítica al modelo vigente, altamente tecnificado y costoso, de la medicina hospitalaria en los países desarrollados. Fue destacable el modelo epidemiológico de Dever ⁽¹²⁾, basado en el informe de Lalonde ⁽¹³⁾, que proponía un viraje hacia una medicina centrada principalmente en la población y orientada a la modificación del ambiente y los estilos de vida.

Posteriormente, algunos eventos tuvieron manifiesta influencia sobre la actitud de los estados y contribuyeron a actualizar la vigencia de

la pediatría comunitaria. Entre ellos, la Conferencia de Alma-Ata (1978), la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Ottawa (1986), y la Primera Cumbre Mundial de la Infancia en Nueva York (1990), en la que se afirmó el compromiso de los países para mejorar las condiciones de vida y salud de la infancia.

Otro fenómeno significativo que renovó el valor de la pediatría comunitaria en países desarrollados, fue la emergencia de la denominada "nueva morbilidad", cuya solución sobrepasaba de lejos la labor en los hospitales. Entre 1980 y 2000 se incrementaron el desarraigo social, la violencia, el consumo de drogas, infecciones como el VIH, y se percibió el agotamiento de las políticas públicas en salud. En el presente siglo se enfrenta, tanto las repercusiones de una nueva crisis económica (incluido el incremento de la pobreza y las desigualdades en salud), como la obesidad, el aumento de los desórdenes mentales, y el uso exagerado de la tecnología sanitaria ⁽¹⁴⁾.

Pediatría comunitaria en el Perú: necesidades y desafíos

El Perú, como la mayoría de los países no industrializados, tiene un cuadro agregado de morbilidad infantil. Aquí se juntan, en un conglomerado complejo y abigarrado, patologías y situaciones mórbidas que fueron prevalentes en ciertos períodos del devenir epidemiológico del mundo desarrollado. Así tenemos patologías de los 1900s-1950s (infecciones, mortalidad infantil elevada, desnutrición y enfermedades crónicas), de los 1960s-1980s (maltrato infantil, trastornos de conducta, problemas de aprendizaje, disfunción familiar), de los 1980s-2000s (violencia juvenil y social, adicción a alcohol y drogas, embarazo en adolescentes, ETS y VIH) y del 2000 al presente (infecciones re-emergentes, sobrepeso y obesidad, trastornos mentales).

Estas enfermedades tienen una causa social y se generan en las deficientes condiciones de existencia de la población, y en los estilos de vida predominantes en el mundo globalizado de hoy. Ello configura la necesidad imperiosa de modificarlos sustantivamente. Y si bien es preciso ampliar y mejorar la atención en las instituciones de salud, es más urgente atender a los niños y sus familias en su escenario vecinal y comunitario, pues es allí donde actúan los determinantes que afectan su salud, poniendo en riesgo la plenitud de su desarrollo personal y social. Sin embargo ni el Ministerio de Salud ni la Universidad Nacional

parecen haber adoptado todavía una orientación definida al respecto.

Cuando, con cifras del 2005, se comparan las necesidades calculadas de pediatras y el número real de éstos que proveía el Ministerio de Salud a nivel de diferentes regiones, incluida Lima, se aprecia una muy desigual distribución y un gran déficit a nivel nacional. Por ejemplo en Tumbes habían 2 pediatras para 11 calculados (-81%), en Huancavelica 0 para 29 (-100%), en Loreto 4 para 59 (-93%). Por el contrario, en Lima había 485 para 352 calculados (+38%). Y a nivel nacional había 666 para 1369 calculados (-51%)⁽¹⁵⁾.

Asimismo, cuando se examina la tendencia predominante en la formación de especialistas, se constata la poca importancia que se asigna a las especialidades relacionadas con la salud pública o la atención en la comunidad. Así, de un total de 943 (100,00%) plazas de residentado médico ofertadas en el 2004, sólo 33 (3,5%) correspondieron a especialidades de **salud pública** (medicina familiar integral y administración en salud), mientras que las de **especialidades específicas** (anestesiología, dermatología, etc.) fueron 493 (52,5%), las de **especialidades básicas** (pediatría, cirugía, etc.) 302 (31,8%) y las de **ayuda diagnóstica y sub-especialidades** 115 (12,2%)⁽¹⁵⁾.

Sin embargo, no se podría afirmar que nunca antes se haya asistido a los niños en la comunidad. Muchos médicos generales y pediatras, y otros profesionales de la salud, en Lima o el interior del país, han incursionado con su quehacer sanitario en el ámbito comunitario. Pero esto no podría llamarse pediatría comunitaria pues ésta comprende una serie de actividades que configuran un trabajo planificado, coordinado e integrado con diferentes agentes (estatales, privados, universitarios, comunitarios), de manera regular y continua en la comunidad, para atender la salud y el desarrollo infantil⁽⁸⁾.

Modelos de atención del niño en la comunidad en el Perú

Modelo Tradicional. Ha consistido en que a partir de un hospital o centro de salud, con participación o no de la universidad, se designan pediatras para efectuar visitas a cunas maternas, guarderías, colegios y puericultorios. También se organizan equipos de pediatras para ejecutar campañas de salud en localidades de provincia o en comunidades. Si bien esto ha significado un paso

adelante en la labor extrahospitalaria, sus alcances desde el punto de vista médico-social han sido limitados pues sus actividades, efectuadas sin continuidad y como trabajo extraordinario, se han centrado en instituciones y con predominio de la acción curativa. Una vez que el equipo culmina la campaña, la situación por lo general continúa como antes.

Modelo Transicional. Una modalidad que podría llamarse transicional se ensayó desde fines de los 70s en el Programa de Residentado de Pediatría de la UNMSM. En este modelo la universidad cumplía una misión importante al incluir, dentro del currículo de los residentes de pediatría, rotaciones en centros de salud bajo la tutoría de pediatras que trabajaban en la comunidad. Así, a partir del centro de salud se organizaban visitas a domicilios e instituciones (guarderías, colegios), se impartían charlas a equipos de salud, maestros y pobladores, y además se cumplía con la consulta externa. Si bien todavía la atención estuvo centrada en instituciones, se puso énfasis en la labor preventivo-promocional, se desarrolló la actividad con regularidad y como trabajo propio. Esta actividad se mantuvo en buen nivel en los años siguientes, pero lamentablemente decayó en las dos últimas décadas. Sin embargo, desde comienzos de los 80 se ha incorporado la sección de pediatría comunitaria al curso de Pediatría que llevan los alumnos de medicina de la UNMSM en el último año de estudios.

Modelo desarrollado por el doctor Manuel Núñez Butrón (1900-1952). Reseñamos esta experiencia iniciada en 1933, pues ella es pionera de la sanidad rural en el Perú e Hispanoamérica. El doctor Manuel Nuñez Butrón fue un médico puneño que estudió medicina en Arequipa y luego en España. A su regreso al Perú se instaló en Juliaca y empezó una labor paradigmática en el campo de la atención primaria de adultos y niños. Él recorrió la altiplanicie —principalmente en la provincia de San Román— tratando de llevar la ciencia médica choza por choza. Ante la desconfianza de los pobladores, incorporó a los curanderos como intermediarios de su trabajo. Paralelamente, empezó a reunir en su casa a éstos y a los campesinos en asambleas dominicales donde les enseñaba medicina rural teórica y práctica. Con los oyentes más aprovechados y motivados formó el movimiento de los rijchari (“despertadores”) que se dispersaron por esas latitudes para vacunar y enseñar reglas prácticas de higiene a fin de erradicar las enfermedades endémicas. Asimismo,

como parte de su misión les entregaban jabón, peine, lápiz y cuaderno, pues en su pensamiento estaba implícito que la salud tenía que ir de la mano con la educación. Por ello, poco después editó el periódico Runa Soncco ("El amigo") que fue el vocero de la sanidad rijchari, con el cual se educaba y se interconectaba culturalmente a los campesinos ⁽¹⁶⁾.

Escapan al tema del presente artículo las vicisitudes del doctor Manuel Nuñez Butrón, quien enfrentó la incompreensión y la hostilidad de los hacendados y las autoridades de entonces, quienes hicieron todo lo posible por retirarlo de ese escenario social que había empezado a cambiar notablemente gracias a su singular trabajo sanitario.

Pediatría comunitaria: un modelo emergente

Modelo Emergente. La labor del doctor Manuel Nuñez Butrón dio los lineamientos fundamentales para una acción sanitaria eficaz en la comunidad. En otras latitudes, para el caso específico de la pediatría se han ensayado otros modelos. Entre ellos, el modelo de pediatría de atención primaria de España ⁽¹⁷⁾ y el de pediatría comunitaria de la Universidad de Rochester en E.U.A. ^(10, 11). Pero también son importantes los desarrollados por países hispanoamericanos como Costa Rica ⁽⁴⁾, Cuba ⁽²⁾ y Chile ⁽⁵⁾, en los cuales la atención del niño en la comunidad estuvo integrada dentro de una política nacional de salud que, en su momento, contó con el respaldo amplio y decidido de sus estados.

De estas experiencias se puede inferir un modelo emergente para atender al niño en la comunidad. En éste, la universidad seguiría desempeñando un rol básico y catalizador. Para una facultad de medicina que pretenda cumplir con sus fines de enseñanza, investigación, atención médica y extensión universitaria, es importante comprometerse en una labor estrecha con la comunidad. Si la formación del médico se limita al aprendizaje en hospitales, habrá un gran sesgo en los tipos de problemas para la enseñanza. La comunidad ofrece un escenario más realista y completo que el hospital: en ella puede encontrarse una selección más aleatoria de los problemas de salud y las enfermedades pueden estudiarse y atenderse en sus estadios iniciales ⁽¹⁰⁾.

Asimismo, la universidad posee los conocimientos apropiados y una parte de los recursos humanos que pueden hacer viable un compromiso con la comunidad. La universidad sigue siendo una de

las instituciones sociales con mayor potencialidad para que, a la vez que cumple con sus fines, contribuya a cubrir una parte de las necesidades de atención de los niños, sus familias y la comunidad.

Para ello, la universidad debería delimitar un área de acción comunitaria y hacer un diagnóstico de las necesidades de atención pediátrica en ella. Y de acuerdo con las autoridades de salud designar pediatras con funciones de tutores de alumnos de pregrado y residentes de la especialidad, para llevar a cabo programas de atención y enseñanza en la comunidad. En ellos se considerarían estudios epidemiológicos de la zona, con evaluación directa de las familias y sus niños a través de visitas domiciliarias y encuestas; asimismo, este trabajo se extendería a los hogares diurnos, comedores, escuelas y otras organizaciones de la comunidad, tanto para detectar a niños en riesgo o enfermos, como para establecer vínculos de protección con la población.

También podría educarse a docentes y padres de familia en las escuelas, con el objetivo de formar promotores de salud y redes de apoyo para acciones sanitarias. De igual modo, a fin de que la comunidad conozca sus problemas de salud y pueda tomar en sus manos la solución de los mismos, sería conveniente incorporarlos a actividades sanitarias y fomentar la difusión de conocimientos a través de boletines para recoger opiniones, definir metas y evaluar resultados. Paralelamente se cumplirían las actividades en el centro de salud de acuerdo a los programas dispuestos por la autoridad de salud: consultas, emergencias, etc.

Los contenidos de esta actividad estarían enfocados en el cuidado neonatal, la alimentación apropiada, la evaluación del desarrollo, la estimulación neuropsicológica, la prevención y curación de las enfermedades, la adopción de estilos saludables de vida y la asimilación de referentes éticos y solidarios. Los objetivos a corto y mediano plazo serían forjar ambientes saludables, redes de apoyo en salud, recursos humanos con conocimientos y destrezas, mejoramiento de servicios, reconocimiento de las fortalezas de la comunidad y sus integrantes para que hagan uso de las oportunidades que puedan descubrir. Los objetivos a largo plazo —a cumplirse en colaboración interdisciplinaria— serían la salud integral de los niños, el desarrollo social de la comunidad y la autonomía de sus ciudadanos.

Pediatría comunitaria: posibilidades y perspectivas

Es indudable que aún falta mucho por hacer en la atención del niño en la comunidad. Se requiere definir con urgencia una política de estado para el desarrollo humano en la que el cuidado infantil sea una prioridad real y efectiva y cuente con todo el respaldo político y económico que requiere. A nivel académico hace falta hacer conciencia de que a la universidad le toca un papel principal en la orientación de lo que puede o debe hacerse por la salud de la niñez, particularmente en la comunidad. En el ámbito de las instituciones médicas y científicas se requiere que este problema se convierta en uno de los temas principales de su agenda. Entre los pediatras y residentes de la especialidad se necesita rectificar el concepto de que la comunidad necesita una pediatría de segunda categoría, y que el trabajo allí no tiene tanto prestigio como el del hospital.

En cuanto a la preparación de recursos humanos médicos, hay quienes se preguntan si se debe formar pediatras “hospitalarios” o pediatras comunitarios, o más bien médicos generales integrales. Estos temas se debaten ahora con mucho interés en los países industrializados ^(17, 18, 19, 20). Por el momento en el Perú, la respuesta podría ser así: dar a los pediatras en formación una buena preparación y experiencia en pediatría comunitaria, y dar a los médicos generales integrales una buena formación en pediatría y pediatría comunitaria. En cuanto al número de plazas, debido a que hay un gran déficit de pediatras y de médicos generales integrales a nivel nacional, habría que incrementar significativamente el número éstas, privilegiando las de médicos generales integrales con la expectativa de que realicen su trabajo en las zonas donde se carece de asistencia médica.

Frente a la escasez de médicos y especialistas para el trabajo en la comunidad, sobre todo en las zonas urbano-marginales y rurales, ello podría resolverse transitoriamente mediante incentivos económicos, laborales y académicos. Pero cuando el crecimiento económico del país se oriente en beneficio del hombre, y los médicos sean parte un sistema nacional de salud equitativo, justo y universal, y sepan que uno de los pasos de su aporte a la sociedad es trabajar temporalmente en las comunidades, antes de acceder a plazas de especialidad en hospitales de segundo o tercer nivel, se estará resolviendo el problema de la distribución desigual de los recursos humanos.

En relación a los modelos de gestión en pediatría comunitaria, es muy probable también que en un contexto diferente los métodos o modelos a emplearse sean el que hemos llamado aquí el emergente, es decir aquel que —con participación de la universidad y otras instituciones afines— lleve en forma sistemática, planificada y coherente conocimientos y procedimientos de atención infantil, educación y organización vecinal para la salud, y pueda inculcar en la población conciencia de sus fortalezas y potencialidades.

Respecto a las posibilidades de la pediatría comunitaria, luego de estos comentarios se deduce que ella por si sola no podría enfrentar con éxito la magnitud de los grandes y antiguos problemas de la atención del niño en la comunidad. Pero la pediatría comunitaria —como la medicina familiar— puede cumplir hoy en el Perú un rol muy importante, y mayor aún cuando forme parte de una estrategia integral de desarrollo humano asumida por un estado y una colectividad convencidos de que la atención efectiva a la niñez es el punto de partida de un verdadero progreso social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrich J. Demography of Pediatric Care in Europe: delivery of care and training. *Pediatrics*. 2002; 109: 788-796.
2. De los Santos-Briones S, Garrido-Solano C, Chávez-Chan M. Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. *Rev Biomed*. 2004; 15: 81-91.
3. Alpert JJ. History of Community Pediatrics. *Pediatrics*. 1999; 103: 1420-1421.
4. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica. OPS, Ministerio de Salud. San José, C.R.: OPS, 2004.
5. Meneghello J. El desarrollo de la pediatría en Chile: la experiencia de un Departamento Chileno. *Anales Nestlé*. 1992; 50: 52-59.
6. Spencer N, Colomer C, Alperstein G, y col. Social paediatrics. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59: 106-108.
7. Rosen G. De la Policía Médica a la Medicina Social. Siglo XXI Editores, México. Primera edición en español. 1985: 79.
8. American Academy of Pediatrics. The Pediatrician's Role in Community Pediatrics. *Pediatrics*. 1999; 103: 1304-1306.

9. American Academy of Pediatrics. The Pediatrician's Role in Community Pediatrics. *Pediatrics*. 2005; 115: 1092-1094.
10. Haggerty RJ. Community Pediatrics. *N Engl J Med*. 1968; 278: 15-21.
11. Haggerty RJ, Aligne CA. Community Pediatrics: the Rochester Story. *Pediatrics*. 2005; 115: 1136-1138.
12. Dever, G. E. A. "An epidemiological model for health analysis". *Soc. Ind. Res.*, 1976, 2: 453-456. Citado en: Huertas R. Neoliberalismo y políticas de salud. Novagràfik, España. 1998: 59-62.
13. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Departement of National Health and Welfare. Ottawa, 1974. Citado en: Huertas R. Neoliberalismo y políticas de salud. Novagràfik, España. 1998: 59-62.
14. Palfrey JS, Tonniges TF, Green M, Richmond J. Addressing the millenial morbidity – The context of community pediatrics. *Pediatrics*. 2005; 115: 1121-1123.
15. Carrión R. Formación de especialistas en el Perú. MINSA. Observatorio Nacional de Recursos Humanos. IDREH. 2006. Disponible en: <http://www.aspefam.org.pe/Curso/talleresespecialistas/ponencia4.pps#27>
16. Frisancho D. Manuel Núñez Butrón, pionero de la sanidad rural. *Cuadernos Médico-Sociales*. 1980; 9: 30-32.
17. Grau JL, Malmierca F, Pellegrini J. Modelo español de Pediatría de Atención Primaria: desarrollo, mejora e implantación europea del modelo. Disponible en: www.sepeap.org/.../Debate_hacia_donde_vamos_cambio_modelo.pdf
18. Crouchman M, Pechevis M, Sandler B. Social paediatrics and child public health – a European perspective. *Arch Dis Child*. 2001; 84: 299-301.
19. Ni Bhrolchain CM. Who should provide primary care for children? *Arch Dis Child*. 2004; 89: 115-116.
20. Hall D. Pediatría y Atención Primaria: una visión desde el Reino Unido. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005; 7: 659-693.

Correspondencia: Dr. Gamaniel Guevara Ch.
graulguevara@yahoo.com.mx

Recibido: 20.10.10
Aceptado: 20.10.10