

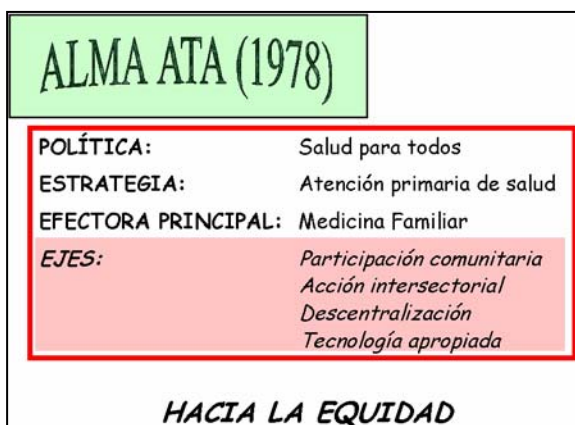
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

(Tomado del libro "Medicina Familiar y Educación Médica", de Borroto Cruz y Colaboradores)

En 1978, la Conferencia Internacional de Alma Ata ¹ definió la Atención Primaria de Salud (APS), como la estrategia para cumplimentar la meta de salud para todos para el año 2000, entendiendo por APS:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su

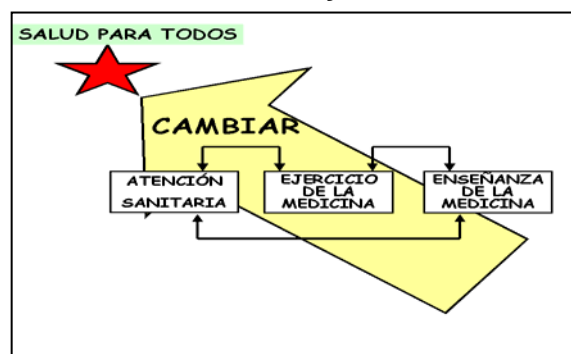
plena participación y a costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de responsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico



global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto del sistema nacional de salud con los individuos, la familia y la comunidad.

Veinte años más tarde Salud para Todos, queda como meta para después del año 2000. La APS como modelo para desafiar los problemas de salud, vistos en las dimensiones bio-psico-social y ligados al desarrollo político económico de los países es hoy, discutida como estrategia efectiva.

Sin embargo, al hacer el análisis de la implementación de la APS, es obvio que el concepto y sus principios no han sido siempre adecuadamente entendidos, lo que se aprecia en la desarticulación entre la práctica y la teoría existente en múltiples lugares en el proceso de aplicación de esta estrategia.



I. CONCEPTUALIZACION Y REALIDAD

Existen múltiples definiciones sobre la Atención Primaria de Salud (APS). En 1920, Dawson ², Ministro de Salud de Inglaterra se aproximó a los conceptos

¹ Declaración de Alma Ata. Organización Mundial de la Salud. 1978.

² Lord Dawson of Penn. Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services. London: Her Majesty's Stationery Offices, 1920.

actuales de APS cuando definió la institución encargada de brindar atención médica a nivel primario :

CENTRO DE SALUD PRIMARIO: es la institución equipada con servicios de medicina preventiva y curativa, conducida por un médico general del distrito. El centro de salud primario debe modificarse acorde al tamaño y complejidad de las necesidades locales, así como a la situación de la ciudad. Los pacientes se atenderán mayoritariamente con médicos generales de su distrito y mantendrán los servicios de sus propios doctores.

En 1966, el informe de la Comisión Millis³ en los Estados Unidos consideró la APS como :

Entrega de primer contacto, la adopción de la responsabilidad longitudinal por el paciente independiente de la presencia o ausencia de enfermedad y la integración de los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud.

En los Estados Unidos, en la década de los años 70, la Academia Americana de Médicos de Familia⁴ define la Atención Primaria como :

Forma de entrega de cuidados médicos que acentúa los cuidados de primer contacto y asume la responsabilidad continuada en el mantenimiento de la salud y el tratamiento a las enfermedades de los pacientes. Estos cuidados personales están envueltos en una interacción única de comunicación entre el paciente y el médico, que incluye la coordinación de la atención a los problemas de salud del paciente, tanto biológicos, psicológicos como sociales.

En España en 1984, el Real Decreto 137⁵ sobre estructuras básicas de salud Ley General de Sanidad define :

La zona básica de salud es la unidad geográfica base en la atención primaria.

El equipo de atención primaria es el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que efectúan su actividad sobre la zona de salud y el centro de salud es el lugar físico de reunión del equipo de atención primaria y centro de la zona de salud.

En Cuba en 1984, el Dr Cosme Ordoñez⁶ profesor y científico cubano dedicado a la Atención Primaria , definió a la APS como :

El conjunto de actividades planificadas de atención médica integral que tienen como objetivo alcanzar un mayor nivel de salud en el individuo y la comunidad, aplicando la metodología científica con la optima utilización de los recursos disponibles y la participación activa de las masas organizadas.

Barbara Starfield⁷ en la Revista Lancet en 1994 define la APS como:

³ Citizens Commission on Graduate medical Education of the American medical Association (Millis Commission) : The Graduate Education of Physicians (report); 1966.

⁴ American Academy of Family Physicians: official definition of family practice and family physician. AAFP Reporter; 1975.

⁵ Pons. Atención Primaria de Salud . Madrid : Pons, 1985 : 53-4

⁶ Rigol y colaboradores. Medicina General Integral. La Habana : Ciencias Sociales. 1986 : 2-10

La atención primaria es el primer contacto, la atención continuada, integral, y coordinada, ofrecida a poblaciones no diferenciadas por género, enfermedad, o sistema orgánico.

Capote Mir y Granados Toraño⁸ definen a los Sistemas Locales de Salud⁹ como :

La atención de la salud se organiza localmente, basada en los problemas de la salud, y el principio básico de su organización no es jerárquico piramidal, sino de redes locales que incluyen a los hospitales y otras organizaciones, integradas en estrategias únicas de intervención sobre los problemas de salud, fundamentando la atención mediante la ingeniería de procesos para los sistemas y servicios de salud.

Cristina Puentes-Markides¹⁰ señala que :

La APS¹¹ representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad.

Incluye como mínimo, educación relativa a los problemas de salud más comunes, métodos de prevención y formas de combatirlos ; promoción del abasto de alimentos y nutrición adecuada, suministro adecuado de agua potable y sanidad básica; prevención y reducción de enfermedades locales y endémicas, salud materno-infantil, incluyendo planificación familiar, inmunizaciones contra las principales enfermedades transmisibles; tratamiento apropiado para las enfermedades comunes y lesiones; suministro de fármacos esenciales.

La Dirección de Atención Primaria del Ministerio de Salud Pública de Cuba en la Carpeta Metodológica¹² publicada en Enero de 1996 enuncia la APS para su programa de trabajo vigente como :

La asistencia ambulatoria basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentada y socialmente aceptable; puesta al alcance de la comunidad, con énfasis en los individuos, la familia y el ambiente. La APS debe lograr la participación de la comunidad y todos los sectores económicos y sociales a un costo sostenible con un sentido de autorresponsabilidad y autodeterminación.

En el análisis de estas y otras definiciones de APS, emergen como elementos comunes los siguientes aspectos que coinciden en gran medida con los

⁷ Starfield B. Is primary care essential ?. Rev The Lancet, 1994; 344 : 1129-33.

⁸ Capote Mir R, Granados Toraño R. La salud pública en el siglo XXI : tendencias y escenarios. Tegucigalpa : Rossany Auca F- OPS, 1996 : 15-8

⁹ En 1988, la Organización Panamericana de la Salud instrumentó una táctica operativa para hacer realidad la meta de Salud para Todos en el año 2000 en el marco de la estrategia trazada de Atención Primaria de Salud. Esta táctica se denominó Sistemas locales de Salud (SILOS)

¹⁰ De la Oficina de Estrategia y planeación de la Organización Panamericana de la Salud en Washington.

¹¹ Puentes-Markides C. Salud para Todos en las Américas : El escenario preferido En : Bezolt C, Frenk J, McCarthy S. Atención a la salud en América latina y el Caribe en el siglo XXI. Perspectivas para lograr Salud para Todos . México : Institute for Alternative Futures y Fundación Mexicana para la salud. 1998 ; 171

¹² Carpeta Metodológica del Ministerio de Salud Pública de Cuba para la atención primaria de salud. 1996.

componentes de la Medicina Familiar en la APS y que serán abordados con mayor profundidad en el desarrollo del capítulo.

| | |
|---------------------------|--|
| <i>Primer contacto:</i> | <i>Encuentro inicial y puerta de entrada al Sistema</i> |
| <i>Responsabilidad:</i> | <i>Compromiso permanente del médico con el paciente</i> |
| <i>Atención integral:</i> | <i>Amplio espectro del equipo de salud en la presentación de servicios para la atención y solución de las necesidades de salud de los pacientes.</i> |
| <i>Continuidad:</i> | <i>Atención enfocada en la persona permanente y sistemática en el tiempo.</i> |
| <i>Coordinación:</i> | <i>Representante de los pacientes, la familia y la comunidad, ante los servicios de salud</i> |

La puesta en marcha de la estrategia basada en la atención primaria no se ha desarrollado, en todos los casos, teniendo en cuenta los conceptos esenciales enunciados anteriormente, lo que ha generado que se utilice el término de APS para estrategias o formas de atención que en realidad son ajenas a los verdaderos requisitos determinados para la misma. Por esta razón es importante intentar una definición a la inversa para contribuir a clarificar el concepto de APS, que parte de las reflexiones de varios expertos en el tema, entre ellos el Dr David Tejada de Rivero¹³ - y que además, recoge la experiencia de los autores como ejecutantes del modelo de Medicina Familiar en la Atención Primaria en Cuba.

¿Qué **NO ES** Atención Primaria de Salud?

- *No se reduce a la utilización de personal no profesional de la salud procedente de la comunidad que se entrena para prestar una atención elemental de forma retribuida monetariamente o de manera voluntaria.*

¹³El Dr David Tejada de Rivero -Ex Ministro de Salud de Perú- abordó el tema en Salud pública y Atención Primaria de Salud Una evaluación crítica. .La crisis de la salud pública.: reflexiones para el debate. OMS-OPS; 1994:173-84

- *No es un nivel de atención poco importante dentro de un sistema de servicios de salud ni se reduce a lo que podría considerarse como el nivel menos efectivo.*
- *No es una forma rudimentaria de atención, que se sustenta solamente en tecnologías que no incorporan los adelantos del progreso de la ciencia y la técnica y que está dirigida al cuidado elemental de las personas de menores ingresos económicos.*
- *No es un nivel de atención independiente, sin concatenación con la red sanitaria.*
- *No es un nivel de atención, solamente, para la prestación de servicios restauradores de la salud lesionada por la enfermedad.*
- *No es únicamente responsabilidad del sector salud, ni puede por sí sola resolver las múltiples causas de los problemas sanitarios que afectan la colectividad, las familias y los individuos.*
- *No es la simple sumatoria de los contenidos y habilidades provenientes de las diferentes especialidades médicas utilizadas para la prestación de servicios a los pacientes en el primer nivel de atención.*
- *No se reduce a un programa específico o a la prestación de servicios a través de paquetes básicos*
- *No está restringida a la atención brindada por médicos y enfermeras u otro personal de salud.*

En aproximación a una redefinición de los alcances de la Atención Primaria de Salud al filo del tercer milenio, los autores consideran que

La Atención Primaria de Salud se enmarca como una estrategia flexible realizada a través de un primer contacto entre pacientes y prestadores de los servicios de salud (equipo de salud) que garantiza una atención integral, oportuna y sistematizada en un proceso continuo, sustentada en recursos humanos científicamente calificados y entrenados, a un costo adecuado y sostenible, que trasciende el campo sanitario e incluye otros sectores, organizada en coordinación con la comunidad y concatenada con el resto de los niveles de la red sanitaria, con el encargo de promover, proteger, restaurar y rehabilitar la salud de los individuos, las familias y la comunidad, en un proceso conjunto de producción social de salud -a través de un pacto social-, que incluye los aspectos bio-psico-sociales y medioambientales, y que no discrimina a ningún grupo humano por su condición económica, sociocultural, de raza o sexo.

Características Generales de la Atención Primaria

El concepto de Atención Primaria conlleva un cambio de filosofía que puede resumirse en los siguientes apartados:

- ♦ La atención sobre la comunidad y el entorno frente a la individual sobre el enfermo aislado, considerando al individuo y a la colectividad como

elementos interrelacionados expuestos a los factores sociales y ambientales del medio en que se desenvuelven.

- ◆ La atención debe ser integral, reuniendo actividades de promoción prevención y recuperación, con el fin de responder a las necesidades sanitarias de la comunidad.
- ◆ La actuaciones deben de estar basadas en las necesidades de Salud de la población.
- ◆ La plena participación de la comunidad en la planificación y gestión de los servicios de Salud.
- ◆ La atención ofrecida no requiere la utilización de tecnología sofisticada, pero exige una descentralización de los recursos que promueva una mayor accesibilidad y reparto equitativo de los mismos.
- ◆ El cambio de la atención aislada y mantenida casi en exclusiva por el médico, por la actuación de un equipo multidisciplinarios, en el que cabe destacar el papel asignado al profesional de Enfermería, y la inclusión de la formación continuada y la investigación como actividades fundamentales a desarrollar por el Equipo.
- ◆ La Atención Primaria debe estar integrada en el conjunto del sistema sanitario, planteado así como una red escalonada y progresiva en donde a cada ámbito establecido le corresponde un nivel determinado de recursos y se le asigna unas funciones concretas. Siendo esta la puerta de entrada al sistema y el eje coordinador del proceso de atención del resto del Sistema de Salud.
- ◆ La atención debe ser continuada y accesible a toda la población.
- ◆ La metodología de trabajo a emplear será a través de la Programación en Salud para abordar los problemas de Salud prioritarios.

El concepto de APS de Alma-Ata se extiende por el mundo provocando transformaciones presupuestarias, transformaciones en la formación de los profesionales y en las políticas sanitarias

EJES FUNDAMENTALES DE LA ATENCION PRIMARIA

(Tomado del libro “Medicina Familiar y Educación Médica, de Borroto Cruz y colaboradores”)

La diferencia entre la atención médica usual, con base reparativa y la atención primaria, estriba en los procesos que surgen de los ejes fundamentales de la APS.

EJES FUNDAMENTALES DE LA APS

Participación Comunitaria
Participación Intersectorial
Descentralización
Tecnología Apropriada

Participación Comunitaria:

Es entendida como la intervención activa de la comunidad en la solución de sus problemas y necesidades sanitarias en coordinación con el equipo de salud, lo que significa que la población contribuya a determinar sus propias dificultades y priorizarlas, que participe, con responsabilidad y autoridad definida, en la realización de acciones y en la toma de decisiones para la solución y, finalmente, que sea parte integrante de la supervisión, evaluación y control de los recursos y programas de salud.

Participación Intersectorial:

Es entendida como la intervención consensuada de dos o más sectores sociales en acciones de salud, basadas en la lógica¹⁴ de las alteraciones de la salud y no en la lógica de los sectores. La multicausalidad de los problemas de salud, supera la capacidad de manejo productivo para un sector o institución.

La efectiva participación intersectorial lleva implícito la organización coordinada de los sectores al efectuar acciones por la salubridad, con liderazgo alterno de los mismos, dependiendo de los problemas y situaciones a enfrentar.

La participación intersectorial varía desde la realización de actuaciones aisladas por la salud hasta actuaciones sistemáticas en el marco de una conducta ordenada por la sanidad; significa entonces que los sectores no sólo se organizan ante el surgimiento de un problema que afecte la salud, también ordenan sus acciones en función de evitar la aparición de problemas sanitarios en los que su sector está involucrado.

Descentralización :

¹⁴ SuárezJ. Proposición de un modelo para el estudio y desarrollo de la acción intersectorial. Rev Educación MédicaySalud OMS.1993,27(1):61-81

Es entendida como la capacidad ejecutiva para la toma de la decisión necesaria de acuerdo a la disponibilidad de recursos en cada uno de los niveles de gestión y en función de las necesidades sociales del área específica. Comprende la autoridad y facultad para manejar las herramientas técnico-administrativas que posibiliten el desarrollo positivo del bienestar y la salud de la comunidad.

Tecnología Apropriada :

El término de tecnología apropiada se acuñó inicialmente a finales de la década de los años 70 por la ONUDI (Organización de las Naciones Unidas para el desarrollo Industrial), este concepto proviene del término “ tecnología intermedia” utilizado por la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para el desarrollo de la Educación, la Ciencia y la Cultura) a partir del año 69 para designar el nivel de tecnología propio para las economías en desarrollo, que se fundamenta en la escasez de capitales y la abundancia de la mano de obra en la mayoría de los países subdesarrollados.

La ONUDI¹⁵ considera la “tecnología apropiada” como aquella que contribuye en mayor medida a la realización de los objetivos socioeconómicos y ambientales en el desarrollo, que esta de acuerdo con las condiciones y requerimientos del medio ambiente donde será utilizada, aprovecha de manera racional los recursos de que dispone cada región, se adapta localmente e interpreta y enriquece las tecnologías autóctonas. Entre los elementos para evaluar la apropiación de esta tecnología se destacan los siguientes:

- Conlleva a la elevación de la calidad de vida y propende al desarrollo con un uso racional de recursos.
- Interpreta, racionaliza, incorpora y enriquece las tecnologías autóctonas.
- Consumo de energía o combustible sostenible, usa racionalmente los recursos renovables y emplea materiales locales o regionales.
- Estimula la confianza en las capacidades creativas de los pueblos y tiene en cuenta los elementos de la cultura donde se inserta.
- Resuelve problemas propios y contribuye a la independencia.

A partir de las consideraciones anteriores se concluye que para la APS, tecnología apropiada es aquella que contribuye a la solución de los problemas dominantes de salud del territorio específico, está disponible, se utiliza racionalmente y es asimilable y sostenible por la comunidad.

¹⁵ Foro Internacional de Tecnología Industrial Apropriada. ONUDI, 1978

ATENCION PRIMARIA - MEDICINA FAMILIAR - MEDICOS DE FAMILIA

(Tomado del libro "Medicina Familiar y Educación Médica", de Borroto Cruz y colaboradores)

Los términos de Atención Primaria de Salud y de Medicina Familiar se utilizan indistintamente para nombrar las acciones de salud que se realizan a nivel comunitario, cuando en realidad son conceptos diferentes.

La Atención Primaria de Salud es una megatendencia mundial de los sistemas de salud, considerada como la estrategia global para alcanzar la meta de Salud para Todos y por Todos. La APS así concebida es un eje central del sistema prestador de servicios de salud.

La Medicina Familiar también llamada Medicina de Familia, Family Practice, es la especialidad médica efectora de la APS, que posee un cuerpo de conocimientos propios, con una unidad funcional conformada por la familia y el individuo, y tiene como base el método clínico-epidemiológico y social e integra las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta.

En algunos países entre ellos Estados Unidos, existe diferencia entre los términos de Practica Familiar (Family Practice)¹⁶ y Medicina Familiar (Family Medicine), el primer término se refiere a la especialidad y el segundo a la disciplina definida como la medicina científica que sirve como fundamento de la especialidad, que representa el cuerpo de conocimientos acumulados relacionados con la salud, la enfermedad y cuidados de la salud del individuo en el contexto de la familia.

El Consejo Americano de Medicina Familiar ¹⁷ definió la Practica Familiar como: la especialidad medica que se preocupa por el cuidado de la salud total del individuo y la familia. Es una especialidad en amplitud que integra las ciencias clínicas, biológicas y del comportamiento y su alcance no esta limitado por la edad, sexo, órgano, sistema o entidad mórbida. En Cuba a la especialidad de Medicina Familiar se le denomina Medicina General Integral (MGI), la misma se estudia durante 3 años como proceso de formación de postgrado, a partir de un médico general básico que requiere 6 años de formación de pregrado con un perfil profesional orientado a la APS. Dicha especialidad tiene como principal escenario de formación a la propia comunidad en la que el residente se desempeña como médico de familia, bajo la asesoría permanente de un grupo de profesores tutores de las especialidades de Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría, Ginecobstetricia y Psicología. La formación posgraduada de MGI tiene como eje fundamental la educación en la práctica del servicio concreto de atención primaria de salud.

Tiene además rotaciones en las principales áreas de atención secundaria y culmina con la realización de un examen estatal ejecutado por evaluadores externos a los que contribuyeron a su formación y la presentación de una tesis de investigación ante un tribunal estatal.

¹⁶ Rakel MD. Textbook Family Practice. Third Edition Toronto : WB Saunders Company, 1984:4-6

¹⁷ American Academy of family Physicians : Official definition of family practice and family physician. AAFP Reporter, 1975 : 2-10

La Medicina General Integral integra los conocimientos y habilidades de las ciencias socio-bio-médicas con una sólida preparación clínica que permite resolver la mayoría de las necesidades de salud de la población. La estructura del programa de la especialidad presenta 5 áreas que responden a la función rectora de atención médica y que abarca las Bases de la Medicina Familiar, las Actuaciones Básicas en Medicina Familiar, las Acciones de Salud en la Comunidad, Acciones de Salud en la Familia, Acciones de Salud en Grupos y Colectivos y Acciones de Salud en el Individuo. Tiene entre sus premisas fundamentales la transformación comunitaria en verdadero sujeto-objeto de las acciones de salud, orientada a lograr que las modificaciones en los perfiles de salud-enfermedad sean el resultado no solo de los cambios conductuales individuales, sino de la adopción colectiva de conductas más saludables.

El general, en la práctica médica internacional, el término Médico de Familia se utiliza para nombrar a los médicos cuya función básica es atender a la comunidad, la familia y el individuo en un área de salud determinada, independientemente de si tiene o no entrenamiento especializado posgraduado.

En España la legislación de 1978¹⁸, que reconoce la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria define en su artículo primero: “ el médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad”.

Robert Taylor¹⁹, enuncia que el médico de familia es el que practica la especialidad y utiliza los principios de la Medicina Familiar. Es el médico que provee cuidados de salud continuos e integrales en el contexto de la familia sin limitaciones por edad o sexo del paciente o por el tipo de problema que se presenta, sean estos biológicos, psicosociales o del comportamiento, o cualquier combinación de los mismos.

La WONCA (Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Generales/ Médicos de Familia) resalta en su declaración de 1992²⁰:

“La Atención Primaria de alta calidad depende de la disponibilidad de médicos

generales o médicos de familia bien entrenados trabajando como miembros de

equipos de salud en la comunidad. La Medicina Familiar necesita ser

firmemente establecida como la disciplina central de la medicina, alrededor de

la cual se ordenen las disciplinas médicas y de las profesiones aliadas de la

¹⁸ Gómez Gascón T, Moreno Marín J. Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España En: Ceitlin J. Gómez Gascón. T. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo .Madrid, sem FYC y CIMF. 1997: 337

¹⁹ Jefe del Departamento de Medicina Familiar en la Universidad de Ciencias de la Salud de Oregón de Estados Unidos se refirió a estos términos en : Taylor RB. Conceptos centrales en Medicina Familiar en Ceitlin J, Gascón T. Medicina Familiar .Madrid, sem FYC y CIMF.1997: 29-30

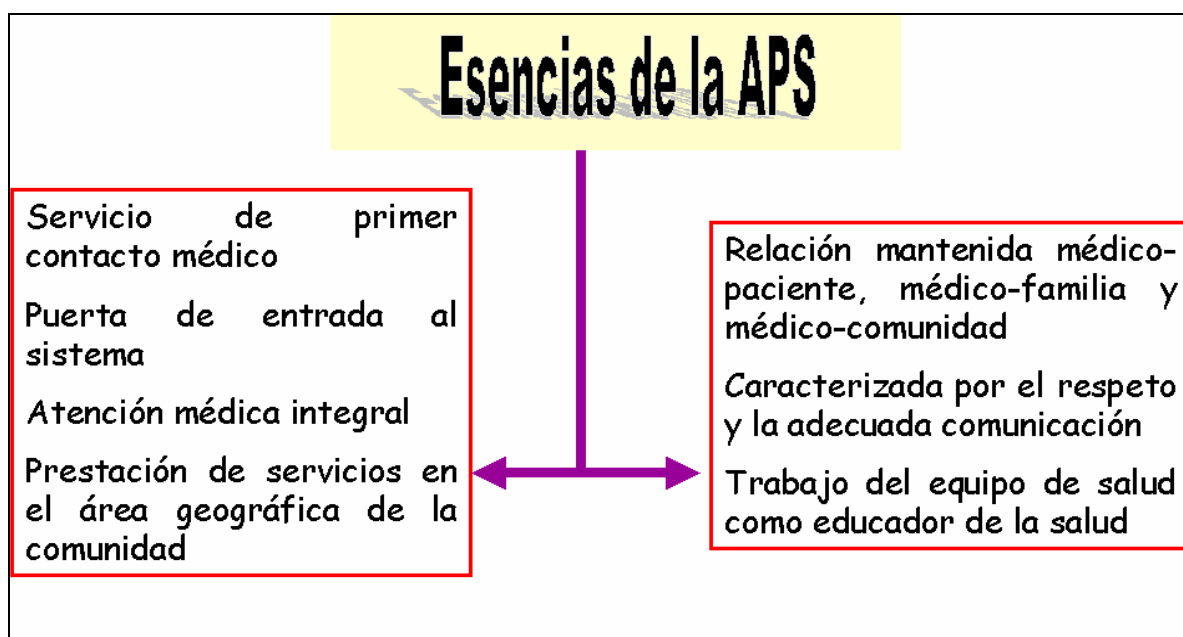
²⁰ WONCA. El papel del médico general de familia en los sistemas de atención de salud. 1992; 4 : 7-13

salud para formar un equipo cooperativo en beneficio del individuo, la familia y la comunidad”.

El documento que recoge las reflexiones de la Conferencia Conjunta OMS-WONCA, celebrada en Canadá en 1994²¹ dice:

"Los médicos de familia son considerados como personas que poseen una situación fundamental a la hora de proporcionar una atención sanitaria global, continuada, coordinada y personalizada. Su papel, a la vez que los demás profesionales de Atención Primaria, es considerado muy importante para llevar a cabo una utilización óptima de los recursos sanitarios. En el futuro, su papel dentro de lo sistemas sanitarios llegará a ser incluso más importante si son capaces de mejorar la coordinación de la salud individual y de los servicios sanitarios comunitarios".

Carlos Dotres Martínez, Ministro de Salud Pública de Cuba, enunció en el VI Seminario Internacional de Atención Primaria en 1997²²: “el modelo de atención del médico y la enfermera de la familia garantiza que cada cubano cuente, a pocos metros de su vivienda, con un médico y enfermera, que constituyen el primer contacto con el sistema de salud a través de programas de promoción, protección, prevención, restauración y rehabilitación de la salud”.



²¹ WONCA. Recomendaciones para la acción ; para construir un sistema de atención de la salud y educación médica públicamente responsable. Documento de Trabajo de la Conferencia sobre Práctica Médica y Educación Médica. OMS-WONCA. Canadá. Noviembre 1994.

²² Evento internacional que se realiza cada dos años en Cuba desde 1986.

IV-ORIGEN Y DESARROLLO DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

(Tomado del libro "Medicina Familiar y Educación Médica", de Borroto Cruz y Colaboradores.)

La sustentabilidad de la Atención Primaria de Salud es hoy, analizada en múltiples cónclaves internacionales, por lo que se hace ineludible reflexionar sobre los elementos que sirvieron como antecedentes para el surgimiento y puesta en práctica de este modelo y si la realidad de las condiciones actuales permite justificar la pertinencia de la APS como estrategia para alcanzar la meta propuesta de salud para todos. Por esta razón es necesario realizar un breve análisis histórico del desarrollo de la práctica médica.

IV-1. ORIGENES

Desde la antigüedad hasta nuestros días, la interpretación que el hombre ha dado a la determinación causal del proceso salud-enfermedad ha transitado desde un pensamiento mítico-mágico, pasando por un enfoque predominantemente biológico hasta llegar a un pensamiento biosicosocial. La actual concepción sobre la salud y la enfermedad es fruto de la experiencia acumulada y del conocimiento adquirido por los hombres en los diferentes períodos históricos.

Múltiples y variadas causas influyeron en la percepción y reflexión de la humanidad acerca de la salud y la enfermedad entre las que se destacan el papel de las enfermedades infecciosas, las que generalmente estaban presentes y que frecuentemente se desataban en forma de devastadoras epidemias en las ciudades y en la población rural. Estas epidemias se debían a las condiciones sociales de existencia propias de cada momento histórico.

En el siglo XIX con el advenimiento del capitalismo se gestan las bases para el inicio del análisis social de la práctica médica y la profundización en los aspectos psicológicos, por lo que gradualmente se produjo una evolución esencial del saber médico hacia un enfoque biosicosocial de las causas responsables de las alteraciones de la salud de los individuos, lo que implicó

necesariamente cambios en la organización de los servicios de salud y en la práctica médica.

IV-1.1 LOS HOSPITALES COMO FORMA DE ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

La organización de servicios de salud en forma de hospitales surgió desde la antigüedad, se consideró a los mismos como un lugar para atender enfermos, inválidos, heridos, ancianos, niños, entre otros.

En la Edad Media tuvo una organización monástica, formando parte de las Iglesias. En la Europa del medioevo, existían aproximadamente 19000 hospitales, hospicios y leproserías que eran en su mayor parte establecimientos religiosos más que médicos.

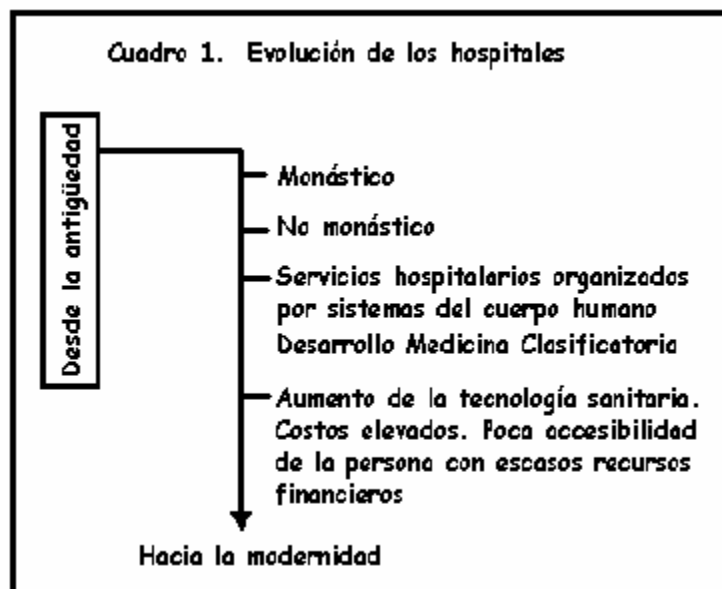
En el renacimiento algunos pacientes empezaron a pagar la atención recibida en el hospital, pues ya no se trataba de un servicio de caridad cristiana. Sólo se aceptaban enfermos a los cuales se les pudiera ayudar a mejorar su padecimiento; los demás eran enviados a instituciones de otro tipo.

En el siglo XIX los aportes de la química permitieron definir la composición de los cuerpos, establecer puntos comunes entre ellos, fijar semejanzas y diferencias a partir de los

componentes de los objetos, lo que encauzó el desarrollo de la medicina clasificatoria. La distribución, clasificación, jerarquización y delimitación circunscriptas a determinado ordenamiento de las regiones anatómicas y a su fisiología es una expresión de la medicina clasificatoria, que incidió en la organización de las salas hospitalarias por servicios que respondían a los sistemas del cuerpo humano.

Los conceptos dimanantes de esta medicina clasificatoria se han mantenido hasta la época actual, lo que contribuye a la evaluación por “pedazos” del hombre/mujer enfermo que todavía se realiza en el marco del paradigma médico vigente.

En la época contemporánea los cambios sociales económicos, científicos y tecnológicos que se produjeron en la sociedad tuvieron sus efectos en los hospitales, entre los que se destacan la expansión del tamaño, el aumento de la tecnología sanitaria y la variación en la organización estructural de estos, con la subsiguiente variación de sus objetivos. La tecnología desarrollada se orientó fundamentalmente hacia la producción de una infinita variedad de instrumentos, por lo que la práctica hospitalaria se basó en la demanda de aparatos especializados. Los costos se elevaron y la accesibilidad de las personas con pocos recursos económicos disminuyó.



El perfil epidemiológico como tendencia mundial se ha transformado paulatinamente en el presente siglo de un patrón predominantemente de enfermedades transmisibles a un patrón predominantemente de enfermedades no transmisibles; un estudio pronóstico realizado por la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y la Escuela de Salud Pública de Harvard ²³ en 1996 refiere que para el año 2020 , en los países en desarrollo 7 de 10 muertes serán por enfermedades crónicas no comunicables.

A pesar de la tecnificación y superespecialización del hospital moderno, este es cada vez menos pertinente a las necesidades de salud de la población debido a su falta de eficacia frente a los padecimientos crónicos que constituyen la primera causa de muerte y de deterioro de la calidad de la vida en las diferentes regiones geográficas del planeta y al aumento extraordinario de los costos.

En la actualidad, la organización de los servicios de salud, centrada en el hospital, no cumple su rol en la solución de los problemas de salud fundamentales de la población, lo que requiere necesariamente de un cambio en la ordenación de la prestación de servicios sanitarios hacia un modelo que busque ordenamientos globales de las instituciones, utilizando estrategias que respondan a los problemas dominantes de salud.

IV-1.2 PRACTICA MEDICA Y MEDICINA FAMILIAR

Las transformaciones de la organización de los sistemas de salud ocurridas en el desarrollo histórico han respondido a las necesidades sociales de cada momento.

La práctica médica predominante en cada época histórica ha estado determinada por el nivel alcanzado en la vida material de la sociedad.

Las relaciones de producción económica que los hombres establecen entre sí son primarias y causa determinante de la calidad de los sistemas de servicios orientados a la satisfacción de las necesidades de los estratos sociales dominantes en cada época. A la práctica de la medicina en su devenir histórico le ha sido necesario evidenciar resultados satisfactorios de su quehacer -en el marco de las limitaciones consustanciales al nivel de desarrollo técnico científico existente en los distintos momentos históricos - como muestra objetiva de su pertinencia social para legitimarse a sí misma y ganar credibilidad ante los grupos

²³ Murray CJ, Lopez AD. The global burden of disease. World Health Organization. 1996: 1-3

humanos financiadores. Tanto el shamán más primitivo como el superespecialista actual han debido convencer y mostrar sus "resultados" ante el usuario de los "servicios médicos" que al garantizar el valor de uso de estos servicios garantiza su sobrevivencia y desarrollo.

La Medicina Familiar tiene sus orígenes en la Medicina General, la que surgió y tomó auge desde el siglo XIX hasta las primeras décadas del siglo XX. El médico general de aquella época era responsable de la atención a familias y sus funciones de consejero ante los problemas de sus pacientes se reconocían como característica específica de dichos profesionales. En el período comprendido entre la Revolución Francesa y la Revolución Industrial, surgió el "médico de cabecera", profesional de alta calificación con conocimientos sobre Medicina, que se hizo cargo de los problemas de salud de las familias y actuó como consejero de problemas educacionales, matrimoniales, entre otros. Este médico ejerció una actividad múltiple, de carácter integral e integradora que se dio en llamar " sacerdocio de la medicina ". Dicho profesional fue muy respetado por la sociedad.

La calidad de la relación médico-paciente y su componente ético era la principal arma diagnóstica y terapéutica de este tipo de práctica médica y por esa razón ocupaba un lugar preponderante dentro de los valores ligados al desempeño profesional y a la formación académica.

Después de la presentación del informe Flexner²⁴ en 1910 en Estados Unidos, la enseñanza de la Medicina se orientó a las especialidades y la Medicina General perdió espacio en la curricula, llegando casi a desaparecer de los programas de formación.

El florecimiento y expansión de la tecnología ocurrido después de la segunda guerra mundial se tradujo en el auge de la formación superespecializada de los profesionales médicos que se había iniciado a partir del impacto del informe Flexner.

En este proceso de progresiva diferenciación y ultratecnificación de la práctica médica moderna se genera una tendencia a la despersonalización de la relación médico-paciente que trae aparejada, unido al peligro de la deshumanización, el no menos importante de la no obtención de una percepción integral y armónica del individuo enfermo, pues se enfoca al hombre atomizado en sistemas, aparatos u órganos y se relega o ignora la dimensión socio-psicológica de la necesidad de salud que presenta el sujeto concreto.

El desarrollo en el médico de una práctica que fragmenta la integridad socio-biológica del individuo engendra un pensamiento escotomicista, totalmente

²⁴ Abraham Flexner recibió el encargo de la Fundación Carnegie en los Estados Unidos de estudiar cómo se enseñaba y como se aprendía en las Escuelas de medicina de ese país. Las conclusiones de dicho estudio fueron publicadas en 1910 y se conocen como el Informe Flexner. En este informe se concluyó que pocos centros formaban a los estudiantes con los conocimientos mínimos que les permitieran ejercer la profesión médica sin perjuicio de sus pacientes. La solución a esta problemática se encontró en el surgimiento y desarrollo de las especialidades médicas de posgrado con el criterio que una fragmentación del cuerpo para su estudio, permitiría acceder a un conocimiento parcelar pero profundo de las enfermedades.

opuesto al enfoque unicista de la clínica verdadera e incrementa la dependencia médica de los cada vez más sofisticados exámenes de laboratorio. El acto diagnóstico y la terapéutica médica depende cada vez más de la tecnología y por lo tanto el riesgo de iatrogenias peligrosas se incrementa. Los elementos expuestos aunque en muchos casos son sólo peligros potenciales, pues el uso racional y ético de los adelantos tecnológicos siempre será deseable y factible de control, contribuyeron a engendrar una creciente insatisfacción en la población usuaria de los servicios médicos superespecializados. Este grado de insatisfacción en la opinión pública al valorar la práctica médica dependiente de la tecnología influyó decisivamente en el proceso de concientización social respecto a la necesidad de rescate de las bondades de la actividad del "médico de cabecera".

La Medicina Familiar resurge entonces en una espiral dialéctica de desarrollo ascendente retomando lo mejor de la práctica histórica de la medicina ante el imperativo de satisfacer la necesidad social de una medicina que garantice un servicio de salud eficiente y humano de alta calidad científico-técnica a un costo sostenible.

En este sentido en la década de los años 40, la respuesta de los médicos generales se manifestó en la creación de academias y colegios dedicados a la medicina general en función de impulsar una práctica médica con base en el modelo del médico de familia.

A finales de la década de los años 60, el informe de la Comisión Millis de los Estados Unidos (1966) y el informe de la Comité Adjunto de Educación²⁵ para la Práctica Familiar del Consejo de Médicos para la Educación Médica constituyeron elementos referentes de gran valor para la crítica a la práctica y educación médica dirigida a la superespecialización, y al desarrollo de los programas de especialización en Medicina Familiar. El primero aseguró la existencia de una prestación de servicios a la salud cada vez mas fragmentada y la necesidad de su transformación hacia una práctica médica integral y el segundo aconsejó la formación de un nuevo tipo de especialista : el médico de familia

En Canadá, que fundó el Colegio de Médicos de Familia 1954 se inició la formación de postgrado en Medicina Familiar en 1966. En 1969 se aprobó la Medicina Familiar en los Estados Unidos y se crearon los programas educativos de postgrado.

En 1970 en Chicago, en la Cuarta Conferencia Mundial de Médicos Generales bajo el lema "La Unidad Familiar en la Atención de Salud", se definió establecer una Organización Mundial con el nombre de WONCA : Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Académicas Nacionales Generales y Médicos de Familia

En América Latina y el Caribe la concientización para la implementación y desarrollo de Programas de Medicina Familiar en la Universidades Médicas se

²⁵ Citizens Commission on Graduate medical Education of the American medical Association (Millis Commission) : The Graduate Education of Physicians (report); 1966.

inició a partir de la década de los años 60. En la década de los años 70 comenzó la aplicación de la formación posgraduada de la Medicina Familiar en México, Brasil, Bolivia, Costa Rica, Argentina, Colombia, Ecuador, Venezuela, entre otros.

En Cuba desde la década de los años 60²⁶, la práctica médica se orientó a la atención médica ambulatoria, para lo cual se implementaron y ejecutaron un grupo de decisiones principales:

- Planificación en la esfera de la salud pública dentro del plan general de la nación.
- Concentración en un organismo rector único de todas las actividades de salud del país: el Ministerio de Salud Pública.
- Accesibilidad a los servicios sanitarios tanto económica como geográficamente - acercamiento de los centros de salud a la comunidad y declaración del carácter gratuito de la atención médica.
- Proceso de regionalización para la atención médica unido al proceso de descentralización ejecutiva y centralización metodológica.
- Participación popular en acciones preventivas fundamentalmente en campañas de vacunación.
- Creación y desarrollo del Servicio Médico Rural, que garantizó la cobertura de servicios médicos en las zonas rurales del país.
- Creación del Policlínico que desarrollaba inicialmente acciones esencialmente curativas.
- Creación de las áreas de salud (territorio cuya población se adscribe a una unidad de prestación de servicios de salud, generalmente el Policlínico).
- Redimensionamiento del Policlínico hacia un Policlínico Integral con la introducción de los Programas Básicos del área de salud con carácter preventivo-curativo y de atención ambiental.
- Sectorización de las áreas de salud (territorio con una población entre 3 a 5 mil habitantes) iniciando la realización de acciones comunitarias por la enfermera de terreno y más tarde por el médico del sector.
- Reforma Universitaria: inicio y desarrollo de la formación masiva de profesionales y técnicos del sector salud.

En la década de los años 70, el sistema basado en el Policlínico Integral, que hasta el momento se utilizaba en el país, se modificó dando paso al desarrollo del Policlínico Comunitario que ejecutaba programas dirigidos al control del daño, al control de la salud de las personas y a la promoción de salud en el plano individual, familiar y comunitario. En estas instituciones laboraban médicos generales no especializados y médicos con formación posgradual en Pediatría, Medicina Interna y Ginecología.

A principios de la década de los 80 -etapa de maduración y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud- Cuba obtenía resultados favorables en los indicadores de salud. En 1983 se cumplieron las metas de Salud para Todos, propuestos por la Asamblea Mundial de la Salud en Alma Ata para el año 2000,

²⁶ Diez años de Revolución en Salud Pública. La Habana : Ciencias Sociales, 1969,22.

no obstante se advertía la necesidad de una transformación pertinente del modelo de servicios sanitarios a punto de partida de:

- Cambio producido en el cuadro de morbilidad y mortalidad desde un predominio de las enfermedades infecciosas en la década de los años 60 hasta el de las enfermedades no transmisibles en esta etapa.
- Necesidad de incrementar cualitativamente los niveles de salud de la población, para lo que se precisaba la intervención sobre el individuo, la familia y la comunidad en función de lograr cambios de actitudes y de conductas de riesgo, así como la adopción de estilos de vida más sanos.
- Necesidad objetiva de la población de una atención médica de mayor calidad, que las instituciones hospitalarias no podían por sí solas ofrecer por su tradicional concepción de asistencia a las consecuencias de las influencias negativas sobre la salud; lo que ineludiblemente conllevó a la disminución sustancial de la eficiencia hospitalaria ante la variación del patrón epidemiológico.
- Tendencia a la insatisfacción de los pacientes con la calidad del servicio prestado, pues la solución de la necesidad objetiva de salud en instituciones hospitalarias no obtenía siempre resultados satisfactorios en el tiempo; además de que el paciente debía consultar para su atención médica a diferentes especialistas . Por estas razones las necesidades subjetivas de salud tampoco eran totalmente satisfechas.
- Fragmentación de la atención médica derivada de la superespecialización.
- Cambios demográficos con incremento de la población adulta especialmente los mayores de 60 años.
- Elevación del nivel cultural de la población cubana.
- Ineficiencia parcial de programas de salud enfocados fundamentalmente a la dimensión biológica de la salud.
- Incremento en el pensamiento médico de la capacidad para comprender que para elevar la calidad y pertinencia de la atención médica era ineludible una práctica médica con base en el enfoque clínico, epidemiológico y social.

Por estas razones, entre otras, se requería una reorientación del sistema en función de una práctica médica encaminada a facilitar el protagonismo de las acciones de promoción y protección de la salud en un proceso conjunto para la obtención de conductas y estilos de vida cada vez más saludables, sobre la base del reconocimiento de la responsabilidad de los propios individuos, las familias y la comunidad.

Se consideró que las acciones de prevención tanto primarias como secundarias eran esenciales para elevar los niveles de salud y la calidad de la vida de la población. En ese momento (1984) el Estado Cubano decidió implementar el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia como parte de un conjunto de medidas que se tomaron en función de responder a las nuevas necesidades sanitarias de la sociedad.

Para el desarrollo eficiente de este modelo de atención, era imprescindible contar con un profesional capacitado para el desempeño de las nuevas misiones del sistema de prestación de servicios, por lo que se perfeccionó el

sistema de formación de recursos humanos con el incremento de las Facultades de Ciencias Médicas de país, el diseño y la ejecución de un nuevo plan de estudios de pregrado para Medicina, con un perfil de salida orientado a la APS, el desarrollo de la Licenciatura en Enfermería como carrera de la educación superior y el inicio de la formación de especialistas de Medicina Familiar con un plan posgradual de 3 años en la especialidad.

El programa del médico y la enfermera de la familia a pasado la prueba de la crisis económica encarada por el país y a más de un decenio de su aplicación continua mostrando su efectividad para el mejoramiento sucesivo de los niveles de salud de la población cubana.

En Australia, en 1973, se estableció el Programa de Medicina Familiar y la formación de pregrado con Medicina Comunitaria. En 1974 se inició la especialidad de Medicina Familiar. En Israel se inició el primer programa de Medicina Familiar en 1979. En Singapur desde 1971 existía la práctica general de Medicina Comunitaria, se inició la especialidad de Medicina Familiar en 1987. En Filipinas se inició en 1976.

En 1978 se celebró con la participación de más de 140 países la Conferencia de Alma Ata, que concluyó con la Declaración de Alma Ata en la que se aprobó la estrategia de Atención Primaria como la pertinente para alcanzar Salud para Todos.

En 1981 se creó el Centro Internacional para la Medicina Familiar.

En 1988 se celebró en Riga, convocada por la OMS, la UNICEF y otras organizaciones, la "reunión (para examinar lo sucedido desde Alma Ata, y las perspectivas para el año 2000 y años sucesivos. En dicha reunión -refiere el Dr Patricio Yepes y la Dra Reyna González en el artículo Atención Primaria de Salud: Hacia una Unidad de Doctrina²⁷ publicado en 1994- que se consideraron diez medidas que sustentaron la Declaración de Riga en función de abordar la amplia gama de problemas existentes y estar preparados para los problemas que surgirán en el futuro". En esta Declaración se expresa:

- Reafirmar la salud para todos como meta permanente de todas las naciones, según se recomendaba encarecidamente en la Declaración de Alma Ata, y establecer un procedimiento para examinar los retos a largo plazo que se planearán a la salud hasta entrado el siglo XXI.
- Reorientar los programas de enseñanza y formación de personal de salud, haciendo hincapié en que estos programas deben responder a las necesidades de los servicios de salud, y centrando las experiencias de aprendizaje en sistemas de salud basados en la atención primaria que estén ya en funcionamiento. Prestar firme apoyo moral y de otra índole al personal, sobre todo al que opera en zonas remotas o en circunstancias difíciles.

En 1991 la Declaración de WONCA enuncia "el papel del médico general/familia en los sistemas de atención de salud" y en 1994 se efectuó en Canadá la Conferencia conjunta OMS-WONCA que publicó el documento "Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuadas a las necesidades de la población: la contribución del médico de familia". Ambas conferencias constituyeron fuentes de impulso para el desarrollo de la Medicina

²⁷ Yepes P, Glez R. Atención Primaria de Salud : Hacia una Unidad de Doctrina. Cuadernos de la Representación OPS/OMS en Panamá. 1994 : 43-6

Familiar. En 1996 se realizó en Buenos Aires la Reunión Regional²⁸ para la América sobre "Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud". Algunos de los aspectos considerados en la Declaración emanada de dicha reunión fueron los siguientes:

- Por las características particulares de la práctica de la Medicina Familiar, los países deben utilizarla como estrategia básica para responder integralmente a los propósitos de la reforma de los sistemas de salud y en particular a las necesidades de la gente.
- En los sistemas de educación médica de cada país, las instituciones formadoras de recursos humanos deben involucrarse en la definición del perfil y en la formación de los profesionales necesarios para la atención médica primaria, bajo el contexto de la reforma de los sistemas de salud.
- El entrenamiento de los especialistas en Medicina Familiar requiere indispensablemente de un programa de posgrado residencial de alta calidad, que responda a las necesidades de una fuerza de trabajo equilibrada con las otras especialidades.
- Ante las necesidades inmediatas de algunos países por contar con una masa crítica de médicos de familia a corto plazo, se puede diseñar y operar programas de reconversión con carácter transicional y temporal.

IV-1.3 SISTEMAS DE SALUD

Ya desde la década de 1960 los ministerios de salud de América Latina incorporan un nuevo objetivo: convertirse en la institución conductora del conjunto de servicios, de lo que se ha llamado "sistema" o "sector". A finales de los años 70 se declaró por la Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud la prioridad de la atención primaria y comienzan a defenderse principios como equidad en la accesibilidad, y eficiencia y calidad de los servicios.

Según Terris²⁹, en la década del 80, existían tres sistemas de atención médica: Asistencia Pública, que cubría el 49% de la población mundial, sobre todo en los países en desarrollo; Seguro de Enfermedad, con un 18% de cobertura de la población mundial, fundamentalmente en los países industrializados capitalistas; y el Servicio Nacional de Salud, con cobertura del 33% de la población mundial, correspondiente a los países del campo socialista.

En los años 80 las Crisis Económicas fueron seguidas de programas de estabilización y ajuste estructural de las economías, lo que se tradujo en la reducción del gasto público y por tanto ocasionó la disminución del financiamiento estatal en salud. En estas circunstancias se hizo perentorio la necesidad de desarrollar una profunda reforma del Sector Salud. El Sector Salud se enfrentaba que por una parte a las demandas externas dadas por el envejecimiento de la población, la urbanización y el rápido crecimiento de la

²⁸ Ceilin J. Introducción. En: Ceitlin J, Gómez TG. Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: semFYCyCIMF. 1997;12-3.

²⁹ Terris M. Tendencias y Perspectivas de los tres sistemas mundiales de atención médica. FMS. 1980:93-103

tecnología, y por otra parte las presiones financieras para la reducción de los gastos públicos.

Es característica de este período el desarrollo de la Atención Primaria de Salud, que se extiende, precisamente como respuesta a las necesidades sociales de salud.

En la Cumbre de las Américas, refieren Haq y colaboradores en 1996³⁰, celebrada en Miami en 1994 se incluyó una resolución sobre el acceso equitativo a los servicios básicos, en la que se recoge las estrategias propuestas para desarrollar por los sistemas de salud actuales y que pueden agruparse de la siguiente forma; Reducción de la mortalidad infantil a un tercio y la materna a la mitad para el año 2000; Creación de paquetes básicos de servicios clínicos, preventivos y de salud pública; Introducción de reformas acordes a las peculiaridades de cada país con el destino de obtener resultados positivos en las metas marcadas de acceso equitativo a los servicios básicos, salud reproductiva y materno-infantil. Atención a grupos vulnerables; Solidez de la infraestructura de los sistemas de salud; Alternativas de financiamiento y prestación de servicios; Garantía de la calidad y mayor participación de las organizaciones no gubernamentales.

En Latinoamérica se está produciendo un redimensionamiento de los servicios de salud ante la necesidad de enfrentar los siguientes retos :

- Desarrollo de las Reformas en el sector de la salud.
- Necesidad de reestructurar los servicios de salud en el contexto de los cambios económicos y sociales que están teniendo lugar para encarar los bajos índices de salud unidos al desempleo o subempleo y las consecuencias que la falta de ingresos y por consiguiente de alimento, vestido, vivienda, educación y opciones de recreabilidad todo lo que se expresa en el aumento de la morbilidad y por tanto en una mayor solicitud de atención médica.
- Utilización del progreso científico-técnico con la aplicación de los aportes de la ciencia y la tecnología sanitaria en el campo de la salud.
- Formación de Recursos Humanos con orientación comunitaria
- Surgimiento, expansión y fortalecimiento de la Atención Primaria
- Desplazamiento en el patrón del perfil epidemiológico hacia las enfermedades crónicas no transmisibles.

³⁰ Haq C ,et al. Donde no hay médico de familia: el desarrollo de la Medicina Familiar en el mundo. Boletín OPS.Vol120(1);1996:44-59.

IV-2. FUNDAMENTACION DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

(Tomado del libro “Medicina Familiar y Educación Médica”, de Borroto cruz y colaboradores)

El actual reconocimiento de que la APS contiene los elementos esenciales para guiar la política de salud para todos y con todos en el siglo XXI y que es la principal vía para garantizar opciones concretas de acceso a la atención médica y al consiguiente mantenimiento y promoción de la salud se basa en que esta estrategia permite enfrentar con éxito -si se cumplen sus principios básicos- un grupo de procesos objetivos y subjetivos propios del grado de desarrollo socio económico actual, entre los que pueden citarse los siguientes:

Reconocimiento del derecho a la salud

- El reconocimiento del derecho de la salud, como derecho de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social en el marco de la inequidad y la inaccesibilidad económica, geográfica y sociocultural para grandes grupos poblacionales.

Crisis Fiscal

- Tendencia al fin del Estado benefactor vs modelo salud-mercado

Situación Formación de Recursos Humanos

- Aumento de la fuerza de trabajo medica superespecializada desempleada

- Reestructuración de departamentos académicos para currícula orientados a la APS
- Creación de departamentos de Medicina Familiar para la docencia.
- Médicos generalistas como resultado de la reforma de salud.
- Medicina preventiva como centro de la reforma de salud: implicaciones para el currícula de pre y posgrado.

Tipo de Prestación de Servicios

- Reconocimiento de que la asistencia de salud, centrada en la atención hospitalaria no puede por sí sola solucionar los problemas de salud de la población.
- Tendencia a la fragmentación de la práctica médica
- Uso indiscriminado e irracional de tecnologías
- Incremento del peligro de iatrogenia en el área biológica y psicológica.

Transición Demográfica

- Crecimiento de la población mundial
- Gran proporción de hombres y de mujeres en edad activa
- Aumento acelerado del grupo humano de adultos mayores, se espera que en el año 2000 el 8,1% (42 millones) de la población en América Latina³¹ y el Caribe tendrá más de 60 años de edad y para el año 2020 la cifra será 12,4% (84 millones).
- Migración rural hacia las ciudades

Transición Epidemiológica

- Cambio en el perfil epidemiológico con incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y de problemas de salud de origen eminentemente social .
- Creciente control de las enfermedades transmisibles.
- Permanencia en grandes grupos humanos de enfermedades eminentemente infectocontagiosas prevenibles por vacunas o tributarias de ser disminuidas con acciones educativas y de promoción .

Aumento de los costos

- Incremento de los costos de la tecnología sanitario
- Impacto financiero de las enfermedades crónicas no transmisibles
- Aumento creciente de los costos de la práctica médica

Necesidad del reconocimiento de la importancia de la dimensión socio-psicológica

- Reconocimiento de la necesidad de intervención socio psicológica como un método fundamental para el desarrollo del proceso atencional a la salud en la contemporaneidad.
- El incremento de las necesidades subjetivas de la población a partir de la existencia de un mayor conocimiento sobre la salud.

³¹ Declaración de Montevideo. Políticas de protección integral al envejecimiento y la vejez saludable. OPS-OMS. 1997.

- La urgencia de una relación médico paciente más personalizada, más comunicativa y más participativa.
- El incremento de las relaciones puramente contractuales entre el médico y el paciente.
- El aumento de demandas legales de los pacientes por mal praxis medica
- Creciente insatisfacción de los pacientes y familiares por inadecuada comunicación de información y afecto por parte del médico y el equipo de salud.
- La necesidad de cambios en estilo de vida para promover salud.
- El aumento de las exigencias de la sociedad a los médicos:
 - Tendencia al incremento de la autonomía de los pacientes vs el paternalismo y hegemonismo médico.
 - Incremento del nivel cultural de la población
- El aumento de la vulnerabilidad sociopsicológica en el marco del deterioro de las condiciones de existencia social:
 - Enfermedades del fin de siglo: Soledad, Suicidio, Violencia y Drogadicción.

Los factores que han sido enunciados sintéticamente contribuyen decisivamente a que se desarrolle una nueva estrategia de atención médica como respuesta a una necesidad objetiva de la sociedad, por esta causa vienen produciéndose varios procesos desde la década del 60 y que se han fortalecido a partir de 1980. Son los siguientes:

- Resurgimiento de la Medicina de Familia.
- Desarrollo y fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud
- Declaración de Alma Ata en 1978.
- Declaración de Edimburgo en 1988 y en 1993
- Formación de recursos humanos de pregrado y posgrado con enfoque comunitario.

En la actualidad se han desarrollado en el mundo, dos vertientes fundamentales de APS:

- La primera tiene un modelo biomédico, que enfoca la atención médica para el individuo en un sistema basado en el encuentro.

- La segunda tiene un modelo biosicosocial más amplio, enfatiza el servicio de salud a la colectividad al igual que el servicio individual y también es llamado Atención Primaria orientada a la comunidad.

El modelo biosicosocial es el propugnado por la mayoría de las organizaciones de salud internacionales y el que está contenido en la Declaración de Alma Ata. La estrategia global y la acción actual de los servicios sanitarios en el mundo está francamente orientada a la APS, esta estrategia establece el principio de que “ la promoción y protección de la salud de un pueblo es esencial para el desarrollo económico y social sostenible, a la vez que contribuye a mejorar la calidad de la vida y a la paz mundial”. El desarrollo hacia estas metas requiere el aseguramiento de la continuidad de la atención de salud en términos de formación de recursos humanos y de financiamiento.

La relación médicos generalistas y médicos especialistas se comporta en algunos países desarrollados de la manera siguiente :

Cuadro II Relación médicos generalistas y médicos especialistas

| País | Médicos por 100.000 hab. | Generalistas por 100.000 hab. | Especialistas por 100.000 hab. |
|----------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Bélgica | 360 | 191 | 169 |
| Canadá | 220 | 110 | 110 |
| Francia | 270 | 103 | 167 |
| Irlanda | 150 | 64 | 86 |
| Holanda | 250 | 95 | 155 |
| Reino Unido | 140 | 67 | 73 |
| Estados Unidos | 230 | 76 | 154 |

Tomado de OECD. Sistemas de Salud. Hechos y Tendencias. París. 1993.

El nuevo ordenamiento de la salud implica una transformación en el desempeño del equipo de salud y en especial en el pensamiento de los profesionales y no profesionales del sector salud, y de la sociedad en sí misma.

“Todo ha cambiado excepto nuestro pensamiento, indicó Einstein al inicio de la era nuclear. Para el desarrollo efectivo de la Atención Primaria se requiere un pensamiento primarista de los que tienen el encargo de llevarla a la práctica. En la actualidad la práctica de la Medicina Familiar se acerca cada día más a los fundamentos teóricos que la sostienen pues pasando por sucesivas negaciones dialécticas de su propio quehacer emerge un nuevo modelo (paradigma emergente) de práctica médica que tiene el medico de familia como efector de la APS, a partir del paradigma aún predominante de práctica médica (paradigma vigente).

IV-3. DEL PARADIGMA VIGENTE AL PARADIGMA EMERGENTE

El nuevo modelo emerge del actual arquetipo vigente, lo niega dialécticamente, manteniendo lo mejor del modelo a superar en un nivel cualitativo superior a la vez que engendra cualidades nuevas ante las demandas de la práctica socio-histórica.

PARADIGMA

VIGENTE

EMERGENTE

EL MEDICO COMO PRESTADOR DE SERVICIOS

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Centrado en la enfermedad del individuo. | <ul style="list-style-type: none">• Centrado en la salud del individuo, la familia y la comunidad. |
| <ul style="list-style-type: none">• Predomina la utilización de la tecnología. | <ul style="list-style-type: none">• Predomina la intervención sociopsicológica sin abandonar la tecnología. |
| <ul style="list-style-type: none">• Médico superespecializado que brinda atención fragmentada a un paciente atomizado. | <ul style="list-style-type: none">• Médico generalista especializado que brinda atención médica integral a un ser humano indivisible. |
| <ul style="list-style-type: none">• Práctica médica eminentemente curativa, paciente atendido en la dimensión biológica fundamentalmente. | <ul style="list-style-type: none">• Práctica médica eminentemente preventiva, paciente atendido en su integridad socio-biológica y psicológica. |
| <ul style="list-style-type: none">• Tendencia a la información limitada al paciente. Alta confidencialidad y menor autonomía. | <ul style="list-style-type: none">• Tendencia a la información veraz y amplia del paciente. Incremento de la autonomía. |
| <ul style="list-style-type: none">• Alto peligro de iatrogenia. | <ul style="list-style-type: none">• Bajo peligro de iatrogenia. |
| <ul style="list-style-type: none">• Enfoque etiopatogénico fundamentalmente biológico. | <ul style="list-style-type: none">• Enfoque etiopatogénico fundamentalmente sociobiológico. |
| <ul style="list-style-type: none">• Tendencia a la insatisfacción del paciente con la dimensión interpersonal de la atención médica. | <ul style="list-style-type: none">• Tendencia a la satisfacción integral del paciente. |
| <ul style="list-style-type: none">• Mayor grado de incumplimiento del paciente. | <ul style="list-style-type: none">• Menor grado de incumplimiento del paciente. |
| <ul style="list-style-type: none">• Atención médica con enfoque escotomicista en base a su especialidad, generalmente sin análisis integral del individuo enfermo. | <ul style="list-style-type: none">• Atención médica con enfoque integral, valorando las características del individuo y su medio. |
| <ul style="list-style-type: none">• Internamiento consustancial a desarraigo familiar. | <ul style="list-style-type: none">• Internamiento en el hogar |

PARADIGMA

VIGENTE **EMERGENTE**

EL MEDICO COMO PRESTADOR DE SERVICIOS

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud del paciente de modo general | <ul style="list-style-type: none"> • Pesquizaje activo con la participación del individuo, la familia y la comunidad |
| <ul style="list-style-type: none"> • Menor tiempo de atención directa | <ul style="list-style-type: none"> • Mayor tiempo de atención directa |
| <ul style="list-style-type: none"> • Preponderancia del pensamiento clínico individual y tendencia a la supeditación tecnológica. | <ul style="list-style-type: none"> • Preponderancia del pensamiento clínico epidemiológico con un enfoque social. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tendencia a la información limitada al paciente. Alta confidencialidad y menor autonomía. | <ul style="list-style-type: none"> • Tendencia a la información veraz y amplia del paciente. Incremento de la autonomía. |

PARADIGMA

VIGENTE **EMERGENTE**

EL MEDICO COMO COMUNICADOR

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Participación individual y social mínima | <ul style="list-style-type: none"> • Participación individual y social máxima. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Relación médico-paciente individual y paternalista. Predominio del modelo contractual. | <ul style="list-style-type: none"> • Relación médico-paciente que trasciende la relación individual y se abre al equipo médico y a la familia. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Menor influencia del médico sobre conducta y estilos de vida del paciente. | <ul style="list-style-type: none"> • Mayor influencia del médico sobre conducta y estilos de vida del paciente |
| <ul style="list-style-type: none"> • Poca importancia al modo individual de enfrentamiento a la enfermedad. | <ul style="list-style-type: none"> • Alta importancia al modo individual de enfrentamiento a la enfermedad. |

PARADIGMA

VIGENTE **EMERGENTE**

EL MEDICO COMO COORDINADOR

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • El médico es el responsable casi único, coordina con otros especialistas en la institución hospitalaria. | <ul style="list-style-type: none"> • El médico funciona como coordinador de acciones y responsable integral. Es dinamizador de las acciones de la comunidad en beneficio de la salud individual y colectiva. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Generalmente no tiene participación intersectorial. | <ul style="list-style-type: none"> • Alta participación intersectorial. |

PARADIGMA

VIGENTE **EMERGENTE**

EL MEDICO COMO INVESTIGADOR

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Médico que realiza investigación biomédica generalmente costosa y de limitada aplicación masiva. | <ul style="list-style-type: none"> • Médico que realiza investigación orientada a resolver los problemas de salud de la población para prevenirlos y tratarlos de forma costo-efectiva. • |
|--|---|

PARADIGMA

VIGENTE **EMERGENTE**

EL MEDICO COMO DEFENSOR DE LA SALUD

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Altos costos | <ul style="list-style-type: none"> • Costo-efectiva (SOSTENIBLE) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad limitada y asistemática | <ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad total y permanente. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura limitada. | <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura total |

PARADIGMA

VIGENTE **EMERGENTE**

EL MEDICO COMO PERSONA

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Alto prestigio social, simbólico y acrítico. | <ul style="list-style-type: none"> • Prestigio social condicionado al desempeño individual diario. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Predominio del rol médico. | <ul style="list-style-type: none"> • Poder médico más compartido con el equipo de salud, el paciente, la familia y la comunidad. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dificil identificación entre médico y paciente. | <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de valores entre médico y paciente facilitada por comunicación permanente. |

PARADIGMA

VIGENTE **EMERGENTE**

EL MEDICO Y SU FORMACION

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Formación eminentemente hospitalaria | <ul style="list-style-type: none"> • Formación hospitalaria y comunitaria. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Formación especializada en el marco del hospital con marcado enfoque clínico. | <ul style="list-style-type: none"> • Formación especializada en el marco hospitalario y comunitario, con un enfoque clínico-epidemiológico y social. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Formación que capacita para enfrentar problemas médicos bien diferenciados y en etapas de evolución que requieren atención curativa. | <ul style="list-style-type: none"> • Formación que capacita para enfrentar problemas médicos indeferenciados en etapas tempranas y solucionarlos con prevención, curativo y rehabilitación. |

V. COMPONENTES DE LA MEDICINA FAMILIAR EN LA ATECION PRIMARIA DE SALUD
 (Tomado del libro "Medicina Familiar y la Educación Médica", de Borroto crúz y colaboradores)

V-1. PRIMER CONTACTO:

Se refiere al punto de encuentro original entre los pacientes y el sistema de prestación de servicios de salud. La Atención Primaria funciona como puerta de entrada a la red sanitaria.

El médico familiar con mayor preparación para atender problemas indiferenciados y con un espectro de conocimientos mucho más variado que un especialista lineal, es el recurso humano idóneo para funcionar como puerta de entrada de un sistema de salud organizado por niveles de cuidado.

Las múltiples ventajas de la utilización del generalista como efector del primer encuentro no se concretan adecuadamente, si el médico carece de los recursos que le permiten la resolutivez de los principales problemas de salud. Por esto es que la formación y el entrenamiento adecuado del médico familiar por un lado y el cambio de la cultura en cuanto a demanda de atención médica prevaleciente en la sociedad por el otro se vuelven requisitos básicos para que el primer contacto sea, y sea apreciado como un beneficio y no como una barrera por los pacientes.

No se trata que el médico de familia cumpla el rol simple de portero del sistema sanitario, remitiendo a otros facultativos especializados de la red, según la dolencia del paciente. El médico familiar debe tener un alto nivel de formación científico-técnico y un conjunto de recursos básicos que le permitan atender con éxito los principales problemas de salud de los ciudadanos y resolver del 80% al 90% de dichos problemas y sólo entonces transferir, al resto del sistema los pacientes cuyas alteraciones no son susceptibles de solución por el primer nivel de atención.

V-2. RESPONSABILIDAD:

Uno de los atributos esenciales de los médicos de familia es la disposición de aceptar la responsabilidad constante para manejar la atención médica de un paciente. El médico familiar enfatiza el concepto de la responsabilidad primaria por el bienestar del individuo, su familia y la comunidad en el proceso de producción social de salud.

El médico de familia está involucrado en la atención de cualquier problema de salud que surja, manejándolo completamente o auxiliándose de consultantes y otros profesionales de salud cuando sea necesario.

Una vez que el médico acepta la responsabilidad por la atención inicial de un paciente, él también asume el deber de seguirlo hasta su conclusión, lo que significa que tiene la responsabilidad de confirmar los resultados, aún cuando el paciente haya sido remitido a otro médico. El compromiso del médico de familia con sus pacientes no finaliza al concluir la dolencia, es una responsabilidad permanente, independientemente del estadio en que se encuentre la expresión concreta del proceso salud-enfermedad en su paciente.

El médico que conoce bien a sus pacientes puede evaluar la naturaleza de sus problemas con mayor rapidez y precisión. Al tener un mayor grado de interrelación con el paciente y por consiguiente un amplio conocimiento sobre la dimensión biológica y social del individuo, el médico será más capaz de detectar tempranamente signos y síntomas de derivaciones del patrón de normalidad en las aristas de la integridad biopsicosocial del paciente. Las alteraciones de la salud derivadas de conflictos emocionales y sociales pueden ser también manejados con más efectividad por un médico que tenga conocimiento íntimo del individuo y su trasfondo familiar y comunitario como resultado del discernimiento alcanzado al observar los patrones de conducta del paciente y su respuesta a las cambiantes situaciones tensionantes a las que se ha enfrentado. La proximidad que se desarrolla entre el médico y los pacientes jóvenes durante su período de crecimiento beneficia la relación médico y paciente y la ayuda del primero en períodos difíciles como la pubertad y la adolescencia.

Si el médico mantiene vinculación permanente con sucesivas generaciones en una familia, su habilidad para tratar los problemas indiferenciados aumenta al crecer su conocimiento de todos los antecedentes familiares. En virtud de este vínculo mantenido y esta asociación íntima con la familia, el médico de familia desarrolla un conocimiento exhaustivo de la naturaleza de una familia y su funcionamiento. Esta habilidad para observar el entorno familiar le permite adquirir una valiosa intuición que mejora la calidad de la atención médica.

El médico de familia necesita evaluar la personalidad de un individuo de manera que la sintomatología que refiera, pueda ser analizada apropiadamente y se le atienda, por el equipo de salud, con el énfasis necesario. No son poco frecuentes los pacientes que necesitan llamar la atención de los más allegados, o requieren muestras de cariño con mayor intensidad, que simulan alteraciones de la salud para satisfacer sus necesidades íntimamente sentidas.

Es directamente proporcional el grado de conocimiento y comprensión que a través de una atención de continuidad sistemática, logra el médico sobre su paciente con la capacidad del primero para evaluar de forma rápida y eficaz las alteraciones que presenta el usuario. Mientras menos información tenga el médico, mayor su dependencia de exámenes complementarios y más probabilidad de desarrollo del problema de salud del aquejado.

El médico familiar tiene que estar comprometido con el manejo de las enfermedades crónicas, para las que no hay cura conocida y requieren de un largo seguimiento y control, la atención mantenida de un médico personal contribuye a compensar estas enfermedades y a ofrecer el consuelo y alivio necesario en los estadios finales.

Resulta un trabajo difícil, entre otros aspectos porque conlleva a la transformación del estilo de vida del paciente y casi siempre implica un cambio del estilo de vida de toda la familia.

V-3. ATENCION INTEGRAL

Consiste en la prestación de servicios médicos de amplio espectro con alto nivel de resolutivez, para lo que es imprescindible contar con profesionales de la salud formados y entrenados integralmente.

La disciplina de Medicina Familiar integra conocimientos del resto de las disciplinas médicas. Un médico familiar requiere conocimientos y habilidades, en diversos grados, en áreas de otras especialidades, dependiendo de la prevalencia de los problemas encontrados en la práctica diaria. Tiene base amplia de conocimientos generales que le permite solucionar del 80% al 90% de los problemas que se le presentan. Por el contrario un médico especializado en una disciplina lineal, tiene una base menor de conocimientos generales pero con mayor nivel de profundidad en la disciplina escogida por lo que se convierte en un consultor excelente, pero no está entrenado para funcionar efectivamente como un médico familiar.

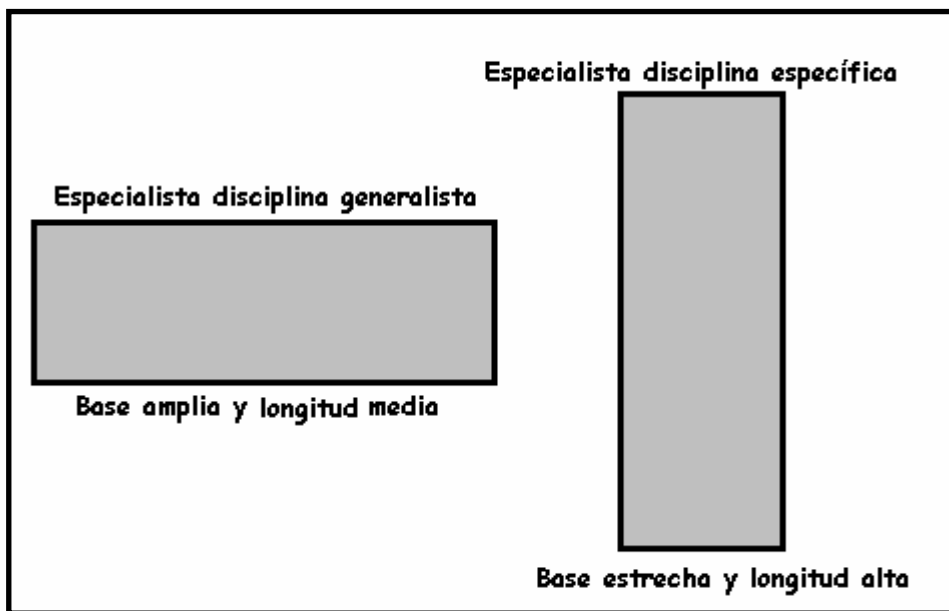


FIGURA III. PROPORCIÓN DE CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES GENERALISTAS VS ESPECIALISTAS

El médico familiar debe estar preparado para atender pacientes que no han sido preclasificados y presentan problemas de salud muy indiferenciados, y mantener en el tiempo, a partir de ese momento, una relación médico-paciente estable que trascienda los intereses individuales del paciente al consultar y penetre en otras vertientes de las necesidades específicas de salud. Esta forma de actuación médica es exponente de una atención realmente integral pues identifica todas las necesidades de salud del paciente en sus variadas expresiones cualitativas y genera acciones para su solución integralmente en el marco de una relación médico paciente continua que engendra compromiso y

satisfacción mutua. El paciente aprende que sus principales necesidades de salud pueden ser resueltas por el "médico de la salud" y que en el caso de que su problema requiera de una atención a otro nivel, siempre será su médico el que facilitará esta atención específica a la vez que continuará participando protagónicamente en las decisiones al funcionar como representante de su integridad como ser humano ante el resto de los niveles de prestación.

Un abordaje integral implica atención al enriquecimiento, protección, restauración y rehabilitación de la salud que responde a las necesidades sanitarias de la comunidad en cuestión, con responsabilidad continuada en la prestación de servicios.

Para los médicos el paciente llega con varios problemas, el paciente por su parte llega al médico con uno sólo: "*Se siente mal*". En la comunidad integralidad significa que un mismo facultativo provea mayor cantidad de servicios acordes a sus necesidades. No se trata de número de servicios, sino de servicios efectivos para la solución de los problemas de sanidad comunitarios que contribuyan positivamente al proceso de producción social de salud.

Para la prestación integral de servicios es esencial utilizar adecuadamente las relaciones interpersonales en el manejo de los pacientes. La comprensión y atención a los sentimientos de los individuos y las familias constituye una potente arma para el trabajo sanitario. La medicina familiar enfatiza la integración de la compasión, la empatía y la preocupación personalizada, por lo que el médico debe ser un buen oyente, y tener la pericia de observar y decodificar el lenguaje extraverbal.

La diferenciación entre la etapa temprana de enfermedades graves y las dolencias menores resulta difícil, los diagnósticos se hacen frecuentemente dependiendo del cuadro epidemiológico del área de salud y siguiendo un principio de diagnóstico por exclusión. Usualmente se identifica el síntoma de mayor pronóstico y se observa con detenimiento, utilizando el factor tiempo como medio diagnóstico para finalmente evaluar nuevamente y llegar a conclusiones. La efectividad del médico familiar se determina muchas veces por su perspicacia para percibir las manifestaciones sutiles de las alteraciones que desequilibran la salud.

Por lo que es evidente la importancia de las habilidades semiológicas para un buen diagnóstico. El médico de familia tiene que ser un clínico diestro con capacidad de discernir sobre la prioridad de los síntomas y habilidad para evaluar la comunicación verbal y no verbal, así como los signos iniciales de la enfermedad en función de seleccionar los procedimientos diagnósticos pertinentes para realizar un diagnóstico temprano del problema.

El médico de familia tiene que ser esencialmente humano, alerta para identificar tempranamente y atento para encontrar la justa relación entre el componente físico y emocional de los procesos patológicos. No resulta infrecuente atender un paciente con dolor precordial, que solicita le realicen un electrocardiograma porque un familiar cercano falleció de un Infarto Agudo del

Miocardio o que un hombre o mujer que ha perdido su esposo por un cáncer de colón aparezca con diarreas frecuentes y reclame un examen radiológico de colón. La personalidad de un paciente, sus temores y ansiedades juegan un rol en todas las enfermedades y son factores a tener en cuenta durante la prestación de servicios en la Atención Primaria.

El médico familiar tiene continuamente que estar preparado para los problemas más comunes que se presentan en la comunidad y no sólo para aquellos que llegan al hospital universitario donde se ha formado.

Un resumen de datos realizado por White y colaboradores en 1961, muestra que de 1000 pacientes de 16 o más años de una comunidad promedio, 750 experimentan lesiones por mes pero sólo 250 asisten al médico, 9 se internan, 5 son derivados a otro médico y 1 derivado a un centro terciario, lo que confirma que la mayoría de los problemas de salud se resuelven con autocuidado y nunca llegan a otro médico.

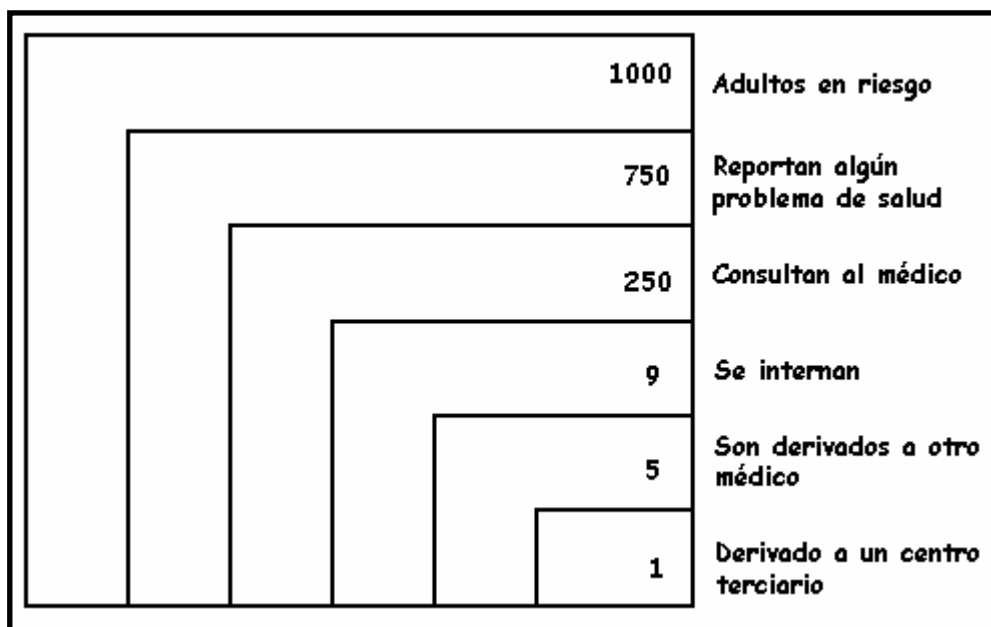


FIGURA IV NÚMERO DE PERSONAS QUE EXPERIMENTAN ENFERMEDADES O LESIONES DURANTE UN MES PROMEDIO (TOMADO DE WHITE KL, WILLIAMS F, GREENBERG, B. ECOLOGY OF MEDICAL CARE. N. ENGL. J MED 265:885,1961.)

El médico familiar no tiene un modelo común para la práctica, está condicionado a la distribución de los recursos humanos, materiales y financieros de salud, las condiciones económicas, higienico-epidemiológicas, a la pirámide poblacional, entre otros aspectos, del área específica de trabajo.

En contextos donde la relación médico – paciente es baja, el médico con su equipo enfatiza en la función restauradora de la salud. Si por el contrario la

relación es aproximada a 1 médico por 1500 habitantes las acciones de promoción, protección, restauración y rehabilitación pueden desarrollarse con igual prioridad.

V-4. CONTINUIDAD

Continuidad es la atención permanente y sistemática en el tiempo por un mismo médico. La continuidad se materializa de forma real y efectiva en el contacto de la práctica de la medicina familiar pues el médico de familia sigue al paciente, la familia o la comunidad durante todo el proceso concreto de atención médica integral en función de la necesidad de salud específica.

El componente de continuidad de la Medicina Familiar en la APS se extiende a la atención mantenida a lo largo del tiempo con independencia de la existencia

Cuadro III Factores que Favorecen la Continuidad

- Estabilidad del médico
- Estabilidad del equipo de salud
- Organización sectorizada de la población
- Capacidad del facultativo para solucionar los problemas de salud que demanda la población
- Relaciones de comunicación, afectivas y de información, satisfactorias entre el médico y sus pacientes, el médico y las familias y el médico y la comunidad.
- Participación protagónica de la comunidad en la solución de sus propias necesidades sanitarias
- Rol de facilitador del equipo sanitario
- Accesibilidad geográfica a los centros de segundo y tercer nivel de la red sanitaria a los que se remiten los ciudadanos del área atendida.
- Existencia en la población de una imagen positiva del trabajo de l equipo de salud.
- Satisfacción de la comunidad con la calidad de la prestación de servicios sanitarios
- Coordinación con otros sectores implicados en la resolución de las necesidades sanitarias
- Efectividad del sistema de transferencia.

o no de alteración de la salud del individuo o la familia. Constituye una

herramienta diagnóstica poderosa y permite el conocimiento acumulado sobre el paciente y su familia.

V-5. COORDINACION

La Comisión Millis ³² (Comisión de ciudadanos de de los Estados Unidos, 1966) reportó :

“El paciente requiere a alguien de alta competencia y buen sentido para que se encargue de la situación completa, alguien que pueda servir como coordinador de todos los recursos médicos que pueden resolver su problema. Él quiere al presidente de compañía que hará un uso apropiado de sus habilidades y del conocimiento de los miembros más especializados de la firma. Quiere al futbolista de mediocampo que diagnosticará la situación constantemente cambiante, coordinará a todo el equipo y solicitará de cada miembro la mejor contribución que sea capaz de hacer para el esfuerzo del equipo”.

La coordinación consiste en la autoridad centralizada del médico de familia, previo acuerdo con el individuo, la familia o la comunidad, para dirigir las acciones de salud que se realizarán con cada uno de ellos a través de toda la red sanitaria o las acciones que devienen del trabajo conjunto con otros sectores.

El generalista tiene el encargo de velar por el beneficio de las acciones de salud que reciben sus pacientes, sus familias y su comunidad.

El médico de familia cumple el rol de integrador de los servicios, lo que cada día es mas importante, si tenemos en cuenta el carácter altamente especializado de la medicina actual. Además de facilitar el acceso del paciente a todo el sistema atencional, armoniza las acciones del sistema a las necesidades específicas de el paciente, ayudando a la comprensión de la naturaleza de la enfermedad, las implicaciones del tratamiento y en general las nuevas condiciones a que se debe enfrentar el individuo y su familia.

Para llevar a cabo la función coordinadora, el generalista tiene que poseer una perspectiva realista de los problemas y tener claridad de las rutas alternativas para poder seleccionar la más pertinente. Una misma situación puede tener diferentes opciones según el grado en que se encuentre el problema en cuestión. Por ejemplo: un paciente con dolor abdominal puede ser atendido en la consulta del médico de familia y tener solución o puede observarse para decidir conducta posterior o puede ser un abdomen claramente quirúrgico y necesita ser objeto de atención por los cirujanos.

El médico familiar está preparado para elegir con mayor flexibilidad de pensamiento la ruta a seguir, mientras que el especialista que está habituado a un esquema general de actuación tiende involuntariamente a pensar en el marco de su manera habitual de accionar, de ahí que, por ejemplo, para

³² Citizens Commission on Graduate medical Education of the American medical Association (Millis Commission) : The Graduate Education of Physicians (report); 1966.

algunos cirujanos el análisis frente un cuadro doloroso abdominal se circunscribe a la forma de decisión de si se trata de un abdomen quirúrgico o no.

La función coordinadora del médico de familia se realiza respetando los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, de autonomía y de consentimiento informado.

El médico de familia se convierte en el abogado del paciente, su familia y la comunidad, explicando las características de los procedimientos diagnósticos y de las acciones propuestas a realizar.

La habilidad para coordinar, no es un atributo inherente a cada médico de familia, necesita entrenamiento y además requiere canalizar toda la información de salud, independientemente de que institución o facultativo preste el servicio. Por lo que tanto la Coordinación como la Continuidad requieren de un sistema de transreferencias efectivo.

En la práctica se utilizan diversas vías de coordinación de las acciones sanitarias para el paciente o la familia. Las interconsultas, el subsistema de transreferencia, el contacto personal con el facultativo a consultar, las historias clínicas, son ejemplo de estas.

El profesional de la APS puede ofrecer al resto de los niveles del sistema un mejor conocimiento de los aspectos psíquicos, sociales y económicos de el paciente para que contribuyan a una valoración integral de la enfermedad y colaboren en la decisión de la terapéutica a utilizar, lo que permitirá en muchos casos, el acortamiento de la estancia hospitalaria, así como facilitan la continuación del proceso de atención integral del paciente, tanto para concluir su tratamiento como para la rehabilitación y resocialización.

De igual forma, el profesional de la atención secundarista o terciaria puede colaborar con el especialista de Medicina Familiar en interconsultas solicitadas y en la facilitación de los recursos diagnósticos a petición de los profesionales primaristas

¿ Que elementos debe tener en cuenta, el generalista para la coordinación efectiva?

- Decidir con toda la información aportada por el paciente y la familia la pertinencia de la ruta a seguir.
- Conversar con el paciente su propuesta, en función de conocer si este la acepta.
- Procurar comunicarse directamente con el especialista que recibirá al paciente. Tanto la comunicación personal o telefónica favorecen la coordinación efectiva.
- Ser minucioso en la referencia de información
- Escribir con letra legible

- Utilizar lenguaje claro
- Solicitar información de contrarreferencia
- Elegir los especialistas que mejor trabajen con los médicos de familia
- Estudiar detenidamente cada paciente remitido
- Mantener comunicación sostenida con el interconsultante o facultativo del centro donde está internado el paciente.
- Visitar al paciente en el centro hospitalario donde se encuentre ingresado.
- Participar activamente en la discusión diagnóstica del paciente internado, junto al equipo médico que le presta atención en el hospital.
- Intervenir en la toma de decisión acerca de la conducta terapéutica que debe seguir el paciente internado.
- Asegurar una atención sistemática al paciente y su familia

V-6. ACCESIBILIDAD

Consiste en la oportunidad garantizada de acceder a la red sanitaria. Se constituye en el componente estructural principal de la Atención Primaria, comparable con la función de sostén propia de el esqueleto humano. Sin la garantía absoluta de la accesibilidad, los componentes de primer contacto, responsabilidad, atención integral, continuidad y coordinación serian imposibles de realizar.

La accesibilidad presupone la eliminación de todas las trabas o barreras geográficas, legales, culturales, organizacionales y económicas que pueden impedir la obtención pertinente de servicios médicos calificados a la población .

La accesibilidad geográfica se garantiza mediante el acercamiento de los centros de salud a las áreas comunitarias y el desarrollo de vías de comunicación con las instituciones prestadoras de servicios sanitarios. Para este tipo de accesibilidad el tiempo y la distancia son factores claves. Si la distancia para atenderse en el centro de salud primario excede la de otra institución de la red sanitaria no es posible cumplimentar el resto de los componentes de la Medicina Familiar en la Atención Primaria de Salud.

Por accesibilidad legal se entiende la existencia de una plataforma jurídica que garantice el acceso a la atención sanitaria como un derecho inalienable de los ciudadanos. Existe la tendencia en la actualidad de considerar en el concepto de accesibilidad legal o jurídica el elemento referido a los deberes que la población tiene que cumplir para actuar con responsabilidad en el desarrollo de acciones dirigidas a promover y mantener la salud individual y colectiva.

La accesibilidad cultural se refiere a la posibilidad de la comunidad para acceder a un equipo medico capaz de entender su lenguaje, sus raíces histórico-culturales, que respete sus tradiciones, que comprenda sus costumbres y que esté, por lo tanto, capacitado para generar, sin etnocentrismo, un espacio de comunicación dirigido a catalizar los esfuerzos

del individuo y la comunidad, para mejorar su estilo de vida y reconstruir de mutuo acuerdo un ambiente cada día más saludable. Independientemente del grado de desarrollo sociocultural que posea la comunidad, el equipo de salud y en especial su líder el médico familiar debe ser capaz de romper todas las barreras socio culturales que limiten la comunicación para generar en una primera etapa un nivel de credibilidad y prestigio hacia su acción sanitaria y posteriormente una actividad educativa que posibilite armonizar las acciones de la población en función de contribuir a transformar la situación de salud existente.

La accesibilidad organizacional, se refiere a la adecuada ordenación de los elementos de la red y de las formas de trabajo en servicio a la población de forma tal que la organización del servicio tenga como eje la orientación a garantizar la atención sanitaria a las necesidades específicas de la comunidad, el análisis con la propia comunidad de los horarios de atención y los mecanismos organizativos básicos contribuyen decisivamente a optimizar esta importante arista de la accesibilidad.

La necesidad de contribuir a garantizar la accesibilidad económica a la atención médica o por la vía de la oferta gratuita del servicio o por otras vías que minimicen en alguna medida los costos se convierte en un eslabón fundamental de un sistema que pretenda brindar atención a todos y engendrar salud para todos.

VI. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA PRACTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR EN LA APS

- El médico familiar debe disponer de un conjunto de conocimientos integrales y habilidades que lo orienten a especializarse en la atención integral al paciente, la familia y su comunidad y no a las enfermedades o procedimientos terapéuticos.
- La práctica médica se define estratégicamente por la demanda del paciente y no por las potencialidades técnico-científicas de una rama específica del campo médico de una especialidad.
- Cada paciente y familia debe ser observado pensando en los riesgos potenciales a los que pueden verse sometidos.
- Cada contacto médico-paciente, médico-familia, médico-comunidad constituye una oportunidad para promover y proteger la salud.
- Las acciones de promoción, prevención, restauración y rehabilitación no son independientes una de otra, y no requieren de espacios de prestación independientes pues constituyen acciones de salud que se realizan integralmente.
- El contexto demográfico, socio económico, político, ambiental y cultural debe tenerse en cuenta para comprender las alteraciones de la salud de los individuos, las familias y la comunidad.

- El médico de familia debe utilizar pertinentemente los recursos disponibles.

Los médicos deben promover salud, prevenir enfermedad, paliar la discapacidad y convertirse en líderes de equipos de salud, asesores de las comunidades y proveedores de **Atención Primaria de Salud**

*Cumbre de Educación Médica
Edimburgo, 1993*

VII. PRINCIPALES ATRIBUTOS DEL MEDICO DE FAMILIA PARA LA PRACTICA EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Los siguientes atributos se encuentran entre las principales que deben caracterizar al profesional médico de familia:

1. Fuerte sentido de responsabilidad por el cuidado total y del individuo y de la familia durante la salud, la enfermedad y la rehabilitación.
2. Capacidad de establecer empatía y sentir compasión sincera por las personas.
3. Actitud curiosa y constantemente inquisitiva
4. Entusiasmo por el problema médico indeferenciado y su solución.
5. Alto interés por el amplio espectro de la Medicina Clínica
6. Habilidad para tratar cómodamente con múltiples problemas que se manifiesten en el paciente, la familia o la comunidad.
7. Deseo de enfrentar frecuentes retos intelectuales y técnicos
8. Habilidad para apoyar a los niños, adolescentes y jóvenes durante el proceso de crecimiento y de desarrollo como durante su integración a la familia y la sociedad.

9. Habilidad para ayudar a los pacientes a enfrentarse a los problemas cotidianos y mantener una postura homeostática en la familia y la comunidad.
10. Capacidad para actuar como coordinador de todos los recursos de salud requeridos en la atención del paciente.
11. Entusiasmo por el aprendizaje continuado y la satisfacción que resulta de mantener un conocimiento médico actual mediante la educación permanente.
12. Habilidad para mantener la calma en momentos de tensión y para reaccionar rápidamente con lógica y efectividad.
13. Deseo permanente de identificar problemas en la etapa más temprana posible o de prevenir completamente la enfermedad.
14. Fuerte deseo de obtener un máximo de satisfacción del paciente, con su práctica médica a partir del reconocimiento de la necesidad de que el paciente incremente permanentemente la confianza en el desempeño profesional del médico.
15. Aprecio en el período por la compleja mezcla de elementos biológicos, emocionales y sociales en la atención integral y personalizada al paciente.
16. Habilidad y compromiso para la educación de los pacientes y las familias sobre los procesos de enfermedad y los principios de gestión de salud.

VIII. FUNCIONES DEL MEDICO DE FAMILIA EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Las funciones del medico de familia en la Atención Primaria de Salud están dadas por las características particulares de cada contexto. Las que realiza con mayor frecuencia son las funciones de (a) atención integral, (b) educativa, (c) investigativa, (d) gerencial y, (e) ambiental.

VIII-1. ATENCION INTEGRAL

La Atención Integral considera la unidad de los aspectos curativos con los preventivos, de lo biológico con lo social, así como las condiciones del ambiente físico que están en interacción con el individuo y su colectividad, y que condicionan el proceso salud-enfermedad. Para cumplir esta función el médico realiza acciones de Promoción, Prevención, Restauración y Rehabilitación de la Salud. Estas tareas principales fueron definidas por Sigerist en 1945 como las “funciones de la medicina”. Estas acciones se realizan integradamente en la atención al individuo, la familia o la comunidad.

VIII-1.1. Promoción de Salud

La promoción de salud se refiere a las acciones para transformar positivamente los estilos de vida, conocimientos, costumbres higiénico sanitarias de los individuos, las familias y la comunidad.

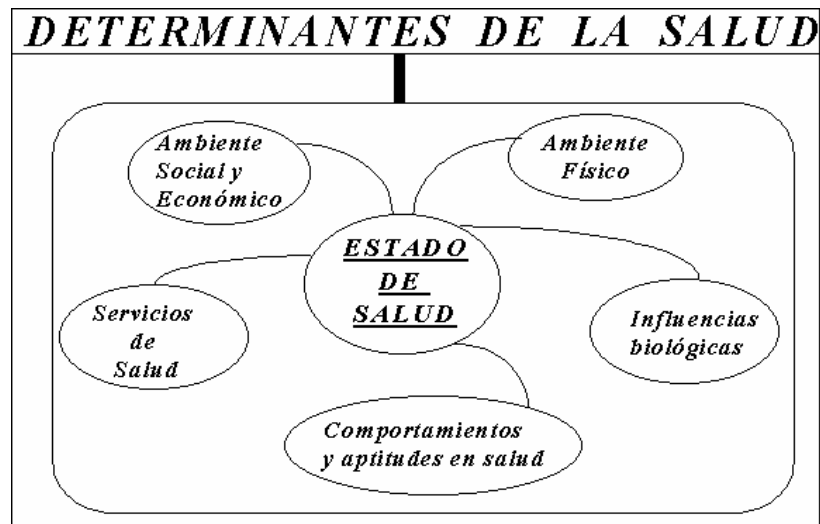


FIGURA V DETERMINANTES DE LA SALUD

Fuente: Asociación Canadiense de Salud pública, Enfocando la salud: La Salud Pública en la Reestructuración de los Servicios de salud, 1995.

El concepto de promoción de salud lleva implícito una definición de salud como hecho positivo, creada por la gente en su vida cotidiana y cuyos condicionantes tienen una determinación social en última instancia. La intersectorialidad y la participación comunitaria son elementos fundamentales para obtener resultados en las acciones promocionales pues están incluidas junto a la acción del equipo sanitario en los factores básicos que determinan el Estado de Salud.



FIGURA VI MARCO PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD

Fuente : Asociación Canadiense de Salud pública, Enfocando la salud: La Salud Pública en la Reestructuración de los Servicios de salud, 1995.

De acuerdo con la carta de Ottawa³³ (1986):

Promoción de salud es el proceso que permite a la población incrementar el control sobre su salud y mejorarla (para ello) un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar aspiraciones, satisfacer necesidades y cambiar o controlar el ambiente.

Para cumplimentar estos objetivos estratégicos es necesario realizar las siguientes acciones:

1. Conocer los problemas predominantes de salud, tanto los riesgos como las enfermedades que afectan el área asignada.
2. Identificar las prioridades de salud para la población
3. Establecer el plan de acción con enfoque participativo comunitario

Algunas de las acciones susceptibles de realizar por el equipo de salud en la dimensión promocional son las siguientes:

- Capacitar a líderes formales e informales y otros representantes de la comunidad en aspectos de promoción.
- Sensibilizar y motivar a los decisores locales acerca de las transformaciones necesarias a realizar para la edificación y reedificación de ambientes saludables.
- Utilizar la metodología educativa apropiada para influir positivamente en poblaciones seleccionadas.
- Utilizar adecuadamente la comunicación interpersonal y grupal para influir en actitudes, valores, costumbres y practicas positivas en relación con la salud.
- Realizar actividades que estimulen tempranamente el desarrollo psicomotor del lactante, el niño escolar y el adolescente.

En el análisis de los conceptos actuales de salud se hace cada vez más evidente la transformación del proceso salud-enfermedad y su expresión fenomenológica a partir de las actuales concepciones de promoción y prevención que implican rescatar la salud hacia el contexto histórico, al espacio y a la población en que se desarrolla. La salud aparece entonces con posibilidades de ser fomentada y preservada , lo que significa que es inherente a la vida y mientras exista vida hay componentes de salud que se pueden y deben preservar.

³³ Carta de Ottawa para la promoción de salud. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre la promoción de salud. Canadá. 17-21 de Noviembre de 1986.

VIII-1.2. Prevención de Enfermedades

La prevención de enfermedades se refiere a las acciones específicas que se realizan para evitar la aparición de alteraciones de la salud o las complicaciones de dichas alteraciones.

Prevención se puede realizar tanto en el paciente sano, en el de riesgo, en el enfermo como en el discapacitado.

Se clasifica en:

- **Prevención Primaria:** Corresponde a las acciones que se realizan antes de aparecer la enfermedad. Pueden ser acciones de prevención primordial que comprende las prestaciones que se brindan en las poblaciones antes que estas adopten comportamientos o en ellas aparezcan factores que conllevan riesgos para la salud (Ejemplo: acciones que se realizan con niños no expuestos al riesgo, en un intento de evitar la aparición de enfermedades en etapas mayores de la vida).

Dado el carácter específico de los riesgos para un grupo determinado de enfermedades esta intervención tiene un carácter preventivo, no obstante como se opera en ausencia de enfermedad y riesgo algunos países la involucran en la promoción de salud.

La protección específica se circunscribe fundamentalmente al desarrollo de programas para proteger la salud de enfermedades específicas (Ejemplo: programas de vacunación). La prevención primaria no se reduce a los aspectos biológicos, también incluye los elementos sociopsicológicos y ambientales que afectan al individuo y a la colectividad.

- **Prevención Secundaria:** Se corresponden con las acciones que se realizan una vez que aparece la enfermedad, pero tienen el objetivo fundamental de disminuir las complicaciones (Ejemplo: diagnóstico temprano de enfermedades, seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas en función de mantenerlas en el mejor estado de compensación, pesquizajes activos y otros).
- **Prevención Terciaria:** Se corresponden con las acciones que se realizan en pacientes discapacitados para prevenir de alteraciones mayores generadas por su discapacidad.

Entre las acciones de prevención primaria que se pueden realizar por el equipo de salud se encuentran las siguientes:

- Analizar el comportamiento de las enfermedades transmisibles y no transmisibles en la población basado en el análisis inicial de la situación de salud.

- Aplicar medidas de control para las enfermedades transmisibles según su forma principal de transmisión: respiratoria, digestiva, por contacto directo, por vectores, entre otros.
- Vacunar a la población
- Detectar y controlar focos de Tuberculosis: localizar el caso positivo, identificar contactos, indicar quimioprofilaxis entre otros.
- Detectar factores de riesgo individual: hábitos tóxicos, sedentarismo, estrés, hipertensión arterial, condicionantes de mortalidad perinatal y otros.
- Detectar grupos de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles: fumadores, nacidos bajo peso, hipertensos, adultos mayores de 60 años, alcohólicos y otros.
- Pesquizado activo de neoplasia de cuello de útero a través de citología cervical.

Para las acciones preventivas el equipo de salud que presta el servicio debe tener en cuenta que la recomendación realizada al individuo presuntamente sano y sintomático debe brindar beneficios que superen ampliamente los riesgos.

De ninguna manera las acciones de prevención pueden convertirse en fuente de temor para el paciente. El médico debe ser muy cuidadoso al abordar estos aspectos pues no son pocas las experiencias de iatrogenias que ocurren con una intención beneficiosa, obteniendo como resultado una desestabilización emocional del paciente y su familia. Tener en cuenta que en el decir de Ceitlin³⁴, 1988 “ el modo mas seguro de anticipar el futuro, es comprender el presente”.

VIII-1.3. Restauración de la Salud

La restauración de la salud corresponde a la realización de acciones para asistir a los pacientes con daño de su salud con el objetivo restaurar la misma a través de la curación o evitando complicaciones mayores.

La restauración de la salud se realiza utilizando el enfoque clínico - epidemiológico y social. Para lograr altos niveles de efectividad clínica el médico de familia debe tener en cuenta la necesidad de:

- Desarrollar habilidades cognitivas útiles para el reconocimiento temprano de la enfermedad, necesarias para la elaboración de hipótesis y solución de problemas.
- Mantener una comunicación adecuada que posibilite el desarrollo de una satisfactoria relación médico paciente.
- Utilizar racional y pertinentemente los exámenes complementarios a la clínica

³⁴ Ceitlin J. *Medicina Familiar: la alternativa de la sociedad para el siglo XXI.M.D; 1988:22-27*

Algunas de las acciones de restauración a realizar por el medico son las siguientes:

- Asistencia medica en el consultorio o en el hogar a los pacientes con enfermedades
- Diagnosticar tempranamente las complicaciones a los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.
- Indicar e interpretar exámenes complementarios pertinentes para la enfermedad en cuestión
- Orientar conducta médica pro salud.

VIII-1.4. Rehabilitación

La rehabilitación es el proceso de recuperación de la salud y la capacidad de trabajo, dirigida a alcanzar con la ayuda de diferentes medios vías y medios la aptitud física, psíquica y social en la que el hombre se encuentre en equilibrio con su medio.

Las acciones de rehabilitación de la salud están dirigidas a identificar los pacientes discapacitados del área de salud y llevar a cabo una atención dirigida a recuperar en lo posible la salud del individuo.

Entre las acciones a desarrollar por el equipo de salud por la rehabilitación se encuentran las siguientes:

- Diagnosticar tempranamente las complicaciones secundarias mas frecuentes de los pacientes discapacitados.
- Indicar y controlar medidas de rehabilitación tales como : tratamiento psicológico (psicoterapia de apoyo , dinámica familiar, terapia ocupacional y otras)
- Orientar la conducta a seguir para el control de las enfermedades asociadas.
- Seguir el cumplimiento de las indicaciones medicas a los pacientes y sus familias.

VIII-2. FUNCION EDUCATIVA

La Función Educativa se define como la participación del médico de familia en la formación de los recursos humanos en el escenario de atención primaria con el apoyo del resto de los niveles del sistema de salud.

Esta formación se produce de forma consustancial al proceso de atención médica, insertando en esa práctica concreta a los educandos de modo tal que el proceso de enseñanza y aprendizaje en el escenario primarista utiliza como método fundamental la educación en el trabajo y por el trabajo con el objetivo

de adquirir conocimientos y habilidades en el desempeño profesional propio de la atención primaria.

La formación en la que participa el médico de familia puede ser de pregrado, posgrado o educación permanente. Algunas de las habilidades principales que se alcanzan por los estudiantes y residentes en la formación de la Medicina Familiar en la APS se representan en el recuadro que continúa.

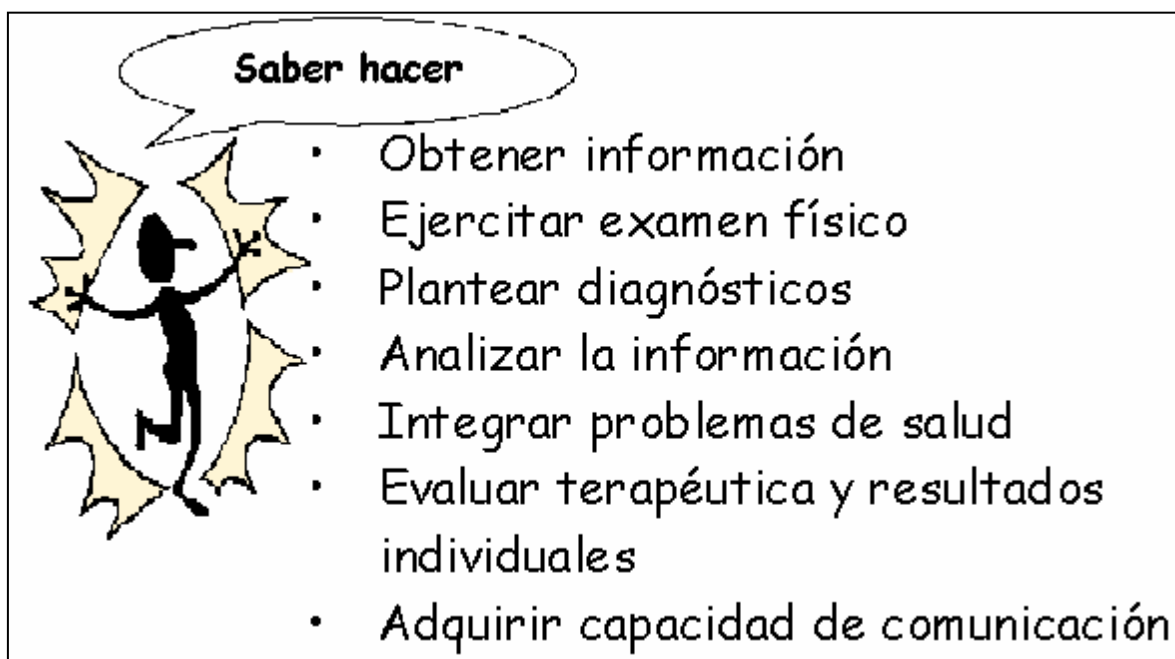


FIGURA VII ALGUNAS HABILIDADES A OBTENER EN LA FORMACIÓN DE GRADO

La función educativa implica que el médico de familia sea formado en la atención primaria o que participe en la formación de estudiantes de Medicina y de otras carreras de la salud propias de la Educación Universitaria. La adecuada capacitación de los médicos de familia, enfermeros, agentes comunitarios y otros trabajadores de la APS se constituye en un elemento esencial para el éxito de la Medicina Familiar.

La formación académica de la Medicina Familiar tiene el objetivo de desarrollar un nivel de competencia profesional que garantice un desempeño exitoso en el proceso de atención a la salud, incrementando el poder resolutivo, la calidad, la pertinencia y la calidez de las prestaciones sanitarias, de manera tal que satisfaga eficientemente las necesidades de salud que orientaron su formación y contribuya al aumento permanente de la credibilidad social de este modelo de atención.

En una etapa inicial de preparación básica es necesario definir los contenidos y habilidades específicos tanto para médicos, enfermeros como para otros trabajadores, pertinentes a la solución de los problemas predominantes a incluir en el proceso capacitante inicial necesario para el manejo del programa principal de trabajo.

Será imprescindible una etapa superior de formación posgraduada con acreditación académica en las Universidades bajo la dirección de un claustro de profesores seleccionados y formados adecuadamente para esta función.

El programa de formación posgradual de Medicina Familiar debe responder a las características y necesidades de la comunidad, de forma tal que el perfil del egresado sea consecuente con estas necesidades y pueda contribuir a la elevación de los niveles de salud de la población. Por tanto los contenidos de dicho programa deben responder a los fundamentos que le dieron origen.

La formación de pregrado en las Universidades no debe quedar circunscrita a una asignatura sino que debe constituir una línea estratégica docente orientando la enseñanza de los estudiante a las nuevas necesidades sociales referidas a la salud y a las concepciones actuales de la práctica médica integral.

La otra vertiente de la función educativa consiste en el rol que juega el médico y su equipo de salud como educador de las conductas y estilos de vida de los individuos, las familias y la comunidad; así como la capacitación activa de los líderes comunitarios y los agentes de salud.

VIII-3. FUNCION INVESTIGATIVA

La función investigativa se define como la capacidad de accionar en la práctica médica con un enfoque investigativo fruto de un pensamiento científico que garantice una permanente actitud reflexiva que se oriente al análisis causal de los problemas observados en el quehacer cotidiano y a la elaboración , aplicación evaluación de soluciones que respondan a los problemas de salud del área de salud.

El desarrollo del proceso de atención médica debe producirse como un acto científico en sí mismo, tanto a nivel individual, como familiar o comunitario pues las etapas clásicas del pensamiento clínico son en sí mismos peldaños ascendentes del ejercicio de la formación investigativa.

Cuando un médico de familia recoge información, la analiza y sintetiza emite un juicio diagnóstico y genera una conducta terapéutica, si tiene una verdadera formación científica, está ejercitando la función investigativa.

Entre las principales acciones a realizar se encuentran:

- Desarrollo de un diagnóstico de la situación de salud del área de trabajo que brinde la información básica inicial para realizar el análisis causal preliminar de los principales problemas de salud e iniciar el plan de acción correspondiente con un funcionamiento científico.
- Desarrollo de proyectos de investigación específicos con el rigor requerido que respondan a los problemas de salud de la población.

- Evaluación y elaboración de publicaciones científicas necesarios para la elevación sistemática de el nivel de competencia y desempeño profesional.

VIII-5. FUNCION GERENCIAL

La función gerencial se define como la capacidad de ejercer la dirección de acuerdo a las funciones del puesto de trabajo que desempeña, en administrar los recursos humanos y materiales de su consultorio y en establecer las relaciones correspondientes entre su equipo y otros equipos o instituciones de los diferentes niveles del sistema de salud.

VIII-6. FUNCION AMBIENTAL

La función ambiental se define como la capacidad de contribuir al control de las condiciones higiénico ambientales de la comunidad donde labora.

Algunas de las acciones que el medico puede realizar son las siguientes:

- Ejercer vigilancia sistemática sobre el estado de las condiciones higiénicas de las viviendas y su implicación en la salud.
- Identificar factores higiénicos adversos que influyen en la salud de la comunidad promoviendo su modificación.

El análisis de los conceptos vinculados a la Atención Primaria de Salud y la Medicina Familiar realizado en este capítulo permite concluir que

La estrategia de Atención Primaria de Salud, definida en Alma Ata hace 20 años mantiene hoy su vigencia como opción legítima para contribuir a la meta de salud para todos si se cumplimentan sus principios básicos. La APS es hoy una megatendencia mundial que cobra cada día mayor relevancia en el marco del proceso de Reforma del Sector Salud que tiene en la Medicina Familiar su principal fuerza efectora pues además de ser pertinente a las necesidades sociales de salud que se manifiestan en la contemporaneidad, contribuye decisivamente, - en particular por intermedio del rol de los médicos de familia - al desarrollo de un paradigma emergente de práctica médica, educación médica y salud pública que propende a mejorar el acceso equitativo y cualitativo a los servicios de salud, a una mayor eficiencia económica y social de la gestión y a una mayor eficacia de las acciones de salud.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ❑ Acevedo Da Silva J. Desarrollo de recursos humanos para los sistemas locales de salud : Brasil. Rev Educación Médica y Salud. Organización Panamericana De La Salud. 1993, 27 (1) : 32-49.
- ❑ Análisis del Sector Salud en Cuba. MINSAP. 1995
- ❑ Antúnez P, Nolla N, Orozco J. El sistema de formación de especialistas en Cuba. Educación Médica y Salud. Rev Organización Panamericana De La Salud. 1993, 27 (2): 214-226.
- ❑ Barabtarlo y Zedanski A. Apuntes de un modelo de formación de recursos humanos en salud. Rev Mex de Educación Médica. 1992; 3 (3) 12-7.
- ❑ Borroto Cruz ER, Araujo Glez R. El problema de la determinación del proceso salud-enfermedad. Análisis crítico para su evaluación. Rev Ateneo Juan César García. OPS. 1994; 2 (2-3).
- ❑ Borroto Chao R, Safora Romay F. Acuerdo en tiempo: un procedimiento de eficaz aplicación en las visitas de terreno. Rev Cub de Medicina General Integral. 1995; 11 (2): 172-5.
- ❑ Camacho de Ospino G. Perspectivas de la formación de enfermeras en el contexto de la meta de salud para todos en el año 2000. Rev Educación Médica y salud. Organización Panamericana De La Salud. 1991, 25 (4): 370-377.
- ❑ Campa Cruz M. y colaboradores. Algunos factores de riesgo de la mortalidad infantil en un área de salud. Rev Cub de Medicina General Integral. 1995; 11 (2): 121 - 9.
- ❑ Campanioni F, Ilizastigui F, Becerra M. Nueva estrategia curricular en la formación del estomatólogo general. Rev Educación Médica y Salud. Organización Panamericana De La Salud. 1993, 27 (2): 206-13.
- ❑ Ceitlin J, Gómez Gascón T. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. Madrid : SemFYC, 1997: 423p
- ❑ Cesar C, Brito M. Salud Familiar en un subcentro de Medicina Familiar en Ecuador. Rev Cub de Medicina General Integral. 1991, 7 (2): 141-6.
- ❑ Cézar A, Machado M, Passos R, Nicolau S. El mercado de trabajo en salud : aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos. Rev Educación Médica y Salud. Organización Panamericana de la Salud. 1991 , 25 (1) : 1-14.
- ❑ Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Boletín De La Oficina Sanitaria Panamericana. 1990, 108 (5) : 645-6.
- ❑ Chiú V, Reyes M, Zubizarreta M, Alvarez A. La formación de personal de enfermería y técnicos de la salud. Rev Educación Médica y Salud. Organización Panamericana De La Salud. 1993, 27 (2): 180-8.
- ❑ De Roux. La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud. Rev Educación Médica y Salud. Organización Panamericana De La Salud. 1994; 28 (2): 223-33.
- ❑ Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Boletín De La Oficina Sanitaria Panamericana. 1990, 180 (5) : 648-9.
- ❑ Declaración de Alma Ata. Organización Mundial de la Salud. 1978.
- ❑ Declaración de Edimburgo. Organización Mundial de la Salud. 1988.
- ❑ Declaración de Edimburgo. Organización Mundial de la Salud. 1993.
- ❑ Declaración Universal de Derechos Humanos. Boletín De La Oficina Sanitaria Panamericana. 1990, 180 (5) : 646.

- ❑ El programa del médico y la enfermera de la familia en Cuba. Ministerio de Salud Pública. 1987.
- ❑ Escudero JC. Ambiente y Salud. Salud problema y debate. Rev Ateneo de Estudios Sanitarios y Sociales. Argentina. 1996.
- ❑ Escudero JC. Conferencia "Juan César García". La salud que tenemos y la que podríamos tener. VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Buenos Aires 1997.
- ❑ García Viveros M. La formación del médico en el área de la educación para la salud. Rev Mex de Educación Médica. 1992; 3 (3) : 25-28.
- ❑ Hernández F y colaboradores. Grupos dispensariales en Pediatría : comportamiento en cinco consultorios del médico de la familia. Rev Cub de Medicina General Integral. 1992, 8 (1) : 12-17.
- ❑ Ilizastigui F. La educación médica superior y las necesidades de salud de la población. II Seminario Internacional de Atención Primaria. Cuba.
- ❑ Ilizástigui F, Douglas R. La formación del médico general básico en Cuba. Rev Educación Médica y Salud. Organización Panamericana De La Salud. 1993, 27 (2) : 189-205.
- ❑ Jadresic A. El personal de la salud y los principios que sustentan la meta de salud para todos en el año 2000. Rev Educación Médica y Salud. Organización Panamericana De La Salud. 1991, 25 (4) : 360-369.
- ❑ Jardines J, Aneiros-Riva R, Salas R. Cuba: recursos humanos en la Atención Primaria de Salud y su estrategia de desarrollo. Rev Educación Médica y Salud. Organización Panamericana De La Salud. 1993, 27 (2): 145-159.
- ❑ Jardines J, Padrón L, Rodríguez J, Riveiro B. La especialidad de Medicina General Integral. Rev Cubana Medicina Familiar, 1991, 7 (2): 108-11.
- ❑ Jardines J. Cuba: el reto de la atención primaria y la eficiencia en salud. Rev Cubana Educación Médica Superior, 1995; 9 (1-2) : 3 - 13.
- ❑ OPS. La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate. Washigton. OPS; 1992 : 280p
- ❑ La política de la salud y del bienestar. Ministerio de Sanidad y de Servicios Sociales. Gobierno de Québec. Canadá. 1994.
- ❑ La reforma del sector salud en las Américas. Boletín De La Oficina Sanitaria Panamericana. 1996, 120 (2): 162-8.
- ❑ Lemus Lago ER y col. Retos de la ética médica en la Atención Primaria de Salud. En : Acosta J. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana : Centro Félix Varela , 1997: 130-41.
- ❑ López Guillen J. Perspectivas de la formación de odontólogos en el contexto de la meta de salud para todos en el año 2000. Rev Educación Médica y Salud. Organización Panamericana De La Salud. 1991, 25 (4) : 378-386.
- ❑ Los médicos y la salud del pueblo / Medicina Preventiva /Política de Salud/ Costos de Salud. Rev Cub de Medicina General Integral. 1992, 8 (2) 95 - 98.
- ❑ Lugones Botell M, Quintana Riverón T. Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Rev Cub de Medicina General Integral. 1995 ; 11 (2) : 112- 16.
- ❑ Martínez Calvo S. Las categorías Promoción y Prevención de salud en el programa de Medicina general Integral. Revista Cubana de Medicina general Integral. 1994, 10 (4) : 326-331.

- ❑ Montilva Najul L. La educación médica y la salud para todos. Rev Educación Médica y Salud. Organización Panamericana de La Salud. 1991, 25 (4) : 432-448.
- ❑ Mora García MA, Gutiérrez Meléndez R. La educación social de los servicios de salud en México durante el período 1970-1987: el caso de atención primaria. Rev Mex de Educación Médica. 1992; 3 (1): 46-55.
- ❑ Muñoz R, Cueto T, Ernand R. La Medicina Familiar en el municipio 10 de Octubre. Algunos resultados después de su primer quinquenio. Rev Cub de Medicina General Integral. 1992, 8 (1) : 60-66.
- ❑ Nina Horwitz C. y colaboradores. Estudio evaluativo del programa de capacitación: talleres de atención primaria. Rev Educación Médica y Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. 1994; 28 (2) : 234 -248.
- ❑ Pacheco Leal D. La educación médica en las Américas: propuestas emanadas de las conferencias internacionales. Rev Mex de Educación Médica. 1991; 2 (1) : 245 - 249.
- ❑ Passos Nogueira R. El proceso de producción de servicios de salud. Rev Educación Médica y Salud. Organización Panamericana De La Salud. 1991, 25 (1): 15-27.
- ❑ Pineda Pérez S, Aliño Santiago M. Participación del especialista de Pediatría docente en el desarrollo de la atención primaria : asistencia e investigación. Rev Cub de Educación Médica Superior. 1993 ; 7 (2) : 107-115.
- ❑ Piñón J, Guzmely B, Vergara E. El subsistema del médico y la enfermera de la familia . Su desarrollo en Cuba (1984-1993). Rev Cub de Medicina General Integral. 1994, 10 (1) : 61-69.
- ❑ Programa de educación a distancia de medicina familiar y ambulatoria PROFAM. Centenario. Buenos Aires. 1997.
- ❑ Promoción de Salud : evolución y nuevos rumbos. Rev Boletín Oficina Panamericana. 1996 ; 120 (4) : 342 - 47.
- ❑ Rodríguez N, Sarracino L, Rivero B, Baly M. La medicina general integral y la integración docencia-atención médica-investigación. Rev Educación Médica y Salud. Organización Panamericana De La Salud. 1993, 27 (2) : 227-242.
- ❑ Rojas Ochoa A. Municipios saludables en América Latina : Indicadores de salud y bienestar. Rev Boletín De La Oficina Sanitaria Panamericana. 1996, 120 (2) : 155-161.
- ❑ Salud para todos en el año 2000. Estrategias. OMS-OPS DO 173; 1980.
- ❑ Shlaepper L, Pedrazini M, Infante L, Castañeda M. La Medición en salud: perspectivas teóricas y metodológicas. Rev Salud Pública de México. 1990; 32 (2): 141-154.
- ❑ Silva LC. Valoración epidemiológica de las actividades preventivas. Grupo Interdisciplinario de estudios de la salud. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. 1993.
- ❑ Silva Pain J. Educación Médica en la década de 1990: el optimismo no basta. Rev Educación Médica y Salud. Organización Panamericana De La Salud. 1991, 25 (1) : 48-57.
- ❑ Suárez J. Proposición de un modelo para el estudio y desarrollo de la acción intersectorial en salud. Rev Educación Médica y Salud. Organización Panamericana De La Salud. 1993, 27 (1) : 61-81.

- ❑ Universidad Nacional de Colombia. Vicerrectoría Académica. Comité de programas curriculares. Programas de pregrado. Reestructuración Académica. 1994.
- ❑ Valdés M, García M. Perspectivas de la Profesión de enfermería en el contexto de la meta de salud para todos en el año 2000. Prospectiva de la enfermería en México. Rev Educación Médica y Salud. Organización Panamericana De La Salud. 1991, 25 (4) : 410-431.
- ❑ Valencia O, Arias L, Glez M . Preparación psicofísica y estado psicológico de la embarazada. Rev Cub de Medicina General Integral. 1994, 10 (1) : 49-55.
- ❑ Wieder Rose E. Formación ambiental: conceptos básicos y su relación con el campo de la salud. Rev Mex de Educación Médica. 1992 ; 3 (3) : 29-38.

