

Retos y desafíos para la permanencia del especialista en medicina general integral en la comunidad

Challenges and challenges for the permanence of the specialist in comprehensive general medicine in the community

Yuxini Acosta Gómez (1), Ernesto Hernández Montoya (2), Nancy A. Hernández Montoya (3), Mariela Ramos Yanes (1), Ricardo Gómez Carro (4), Ernesto Hernández De Armas (5).

RESUMEN

Se realizó una investigación observacional descriptiva para conocer los factores que influyen en el éxodo de los especialistas en Medicina General Integral para otros puestos de trabajo, segunda especialidad y maestría en Ciego de Ávila, durante los meses de abril a junio de 1998. Se entrevistó el 96,9 % del total de médicos ubicados en consultorios urbanos en el municipio cabecera.

Los principales aspectos señalados por los médicos de la familia fueron: exceso de carga administrativa, desmotivación, pocas posibilidades de capacitación, déficit de recursos; sobrecarga de trabajo; exceso de evaluadores; incremento de la información solicitada y la imposibilidad de dar cumplimiento al Plan de Trabajo.

Palabras Clave: MÉDICO DE LA FAMILIA, MODELO DE FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA Y ATENCIÓN PRIMARIA.

1. Médica Especialista en Medicina General Integral. Profesora Instructora de la FCM de Ciego de Ávila.
2. Médico Especialista en Higiene de los Alimentos y Nutrición. Profesor Instructor de la FCM de Ciego de Ávila.
3. Médica Especialista de Segundo Grado en Epidemiología. Profesora auxiliar, Jefa de Departamento. Salud, FCM de Ciego de Ávila.
4. Doctor en Ciencias Biológicas. Profesor Titular. Investigador Titular. Unidad Docente de Morón.
5. Alumno de tercer Año de Medicina FCM Ciego de Ávila.

INTRODUCCION

A partir del año 1984 se fortalece en Cuba el Sistema de Atención Primaria de Salud con la formación del Médico y Enfermera de la Familia cuyo objetivo general es "mejorar el estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, a través de una íntima vinculación con las masas" (1). Con la implantación del Programa del Médico y Enfermera de la Familia, se han obtenido logros, siendo los más significativos el elevado grado de satisfacción de la población con los servicios que recibe; su contribución a la reducción de la mortalidad infantil, la dispensarización de la población; la disminución de consultas externas en hospitales, Cuerpos de Guardias, ingresos hospitalarios y estadía; aceptación uniforme del embarazo; menor conocimiento del estado de salud; aumento de la detección precoz del Cáncer cérvicoUterino; resultados positivos en la planificación familiar y educación sexual; mejores hábitos de higiene en la población, etc. (2,3). En el momento actual una de las estrategias de trabajo contenida en la carpeta metodológica es el fortalecimiento de la APS que se centran en la implantación del Policlínico Principal de Urgencia; incremento de las formas ambulatorias de atención; aumento del número de especialistas en MGI en los CMF para lograr una atención más calificada a la población; acreditación de especialistas para la docencia; etc. (4,5,6). En uno de los estudios realizados en el Departamento Salud en los consultorios urbanos de las áreas de Salud Norte y Belkys Sotomayor del municipio Ciego de Ávila durante los meses de febrero y marzo de 1998, se obtuvo el dato que el 83,7 % (36/43) de los médicos especialistas en Medicina General Integral (MGI) tenían previsto hacer una segunda especialidad, maestría o cambiar de puesto de trabajo (7), resultado no acorde con las perspectivas del subsistema

de atención primaria referidas en el párrafo anterior, por lo que se consideró realizar algunas indagaciones sobre estos especialistas que a continuación señalamos:

- En el Departamento de recursos humanos de la dirección provincial de salud tiene registrados 306 especialistas en MGI, correspondiendo 143 (46,70 %) al municipio cabecera.
- En los Departamentos de recursos humanos de la dirección Municipal y Provincial de Salud y en el Departamento de Postgrado de la FCM en Ciego de Avila, reporta que el 38,5 % (55/143) de los especialistas laboran en consultorios del Médico y Enfermero de las familias (CMF), encontrándose el resto en una segunda especialidad, en cargos de dirección en círculos infantiles o están ocupando otras plazas.
- Del total de especialistas que trabajan en los CMF el 87,3 % están ubicados en zonas urbanas a expensas de las áreas de Salud Norte y Belkys Sotomayor.

Si se tiene en cuenta que el 89,6 % (43/48) de los médicos especialistas pertenecientes a consultorios urbanos ya habían sido encuestados y que el 75 % (36/48) tenían en sus planes no permanecer en los CMF hace suponer que existían causas no identificadas que pudieran explicar el éxodo de los especialistas en MGI hacia otros puestos de trabajo por lo que se decidió realizar el presente estudio. Registro de Médicos especialistas en Medicina General Integral por municipios. Provincia Ciego de Ávila. Años 198801997.

MUNICIPIO	MEDICOS	
	No.	%
Chambas	19	6,2
Morón	66	21.6
Bolivia	4	1.3
1ro. de Enero	10	3.3
Ciro Redondo	12	3.9
Florencia	15	4.9
Majagua	17	5.6
C. de Ávila	143	46.7
Venezuela	9	2.9
Baraguá	11	3.6
Total	306	100.0

38 formados en otras provincias.

Fuente: Departamento de Recursos humanos de la Dirección Provincial de Salud

Situación de los médicos especialistas en Medicina General Integral en el Municipio Ciego de Ávila hasta junio de 1997. Municipio. Ciego de Ávila	Puesto de Trabajo	MEDICOS No. 143		
		No.	%	
	Consultorio del Médico de la Familia	55	38,5	
	Círculo Infantil	4	2.8	
	Hogar Ancianos	1	0.7	
	Cargos de Dirección	20	13.9	
	Docencia	7	4.9	
	SIUM	7	4.9	
	Centros de Trabajo	10	6.9	
	Unidades Munic. de Salud	2	1.4	
	Unidades Prov.	Unidades Prov. Salud.	7	4.9
		FCM	5	3.5
2da. Especialidad		21	14.7	
Otros		4	2.7	

Fuente: Departamento de Recursos Humanos de la Dirección Municipal y Provincial de salud. Dpto. Postgrado de la FCM.

OBJETIVOS

2.1. GENERALES

Conocer los factores que influyen en el éxodo de las especialistas en Medicina General Integral para otros puestos de trabajo, segunda especialidad y maestrías en el municipio Ciego de Avila.

ESPECIFICOS

Distribuir los consultorios de zonas urbanas según categoría y Área de Salud.

Conocer la frecuencia de consultorios investigados según Área de Salud.

Distribuir los médicos según y:

- Tipo de consultorio y Area de Salud.
- Aspectos administrativos que limitan el trabajo en la comunidad.
- Dificultades que enfrentan para la realización del trabajo en los consultorios.
- Aspectos que limitan la capacitación.
- Déficit de recursos existentes para realizar el trabajo en la comunidad.
- Actividades incorporadas que sobrecargan el trabajo en los consultorios.
- Conocimiento de la Resolución Ministerial 180 y Area de Salud.
- Informes solicitados en las visitas y controles.

MARCO TEORICO

El modelo del especialista en Medicina General Integral (MGI) tiene un amplio perfil con un enfoque integral que permite establecer la relación comunidad0familia0individuo, por contener especialidades clínicas básicas y socio0médicas en los tres años de duración del programa, obteniendo una preparación sólida que le posibilita aplicar acciones de

Promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación tanto a los individuos, las familias, la comunidad como la participación activa de la población en la identificación y solución de sus propios problemas. (1,4,8).

El especialista en MGI tiene cuatro funciones bien definidas: la de atención médica que es la función rectora la de administración, la docente y educativa y la de investigación. Esta formación es de la responsabilidad de los profesores del Grupo Básico de trabajo (GBT), de profesores interconsultantes de especialidades no básicas y profesores a cargo de la atención en los servicios hospitalarios (3,6,8,9). En la formación del médico especialista en MGI para la Atención Primaria incluye un grupo de objetivos específicos, entre los que se encuentran: los objetivos cognoscitivos, (la comunidad como unidad de estudio; la familia como institución básica de la comunidad: y en la profundización del estudio de la persona); los objetivos relacionados con habilidades, (preventivas para identificar riesgos y desviaciones de la salud; terapéuticas con una adecuada relación médico0paciente, médico0familia y médico0comunidad; con el uso de métodos de administración; en educación para la salud, etc.), objetivos afectivos y conductuales (actitud ante la comunidad, hacia la medicina rural, en la prestación de servicios y valores relacionados con el avance Científico0técnico). Estos objetivos son esenciales para lograr la integración (1,4,9).

Hasta el momento ha sido identificado un grupo de problemas para enfrentar la tarea de formación del especialista en MGI, siendo para el criterio de algunos expertos (6,10 al 22) que los más importantes son: la carencia de experiencia en la formación de un especialista en atención primaria; profesores de diferentes especialidades (Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, formados en hospitales y Psicología); la formación del residente en un consultorio sin la supervisión permanente de los profesores como en otras especialidades; las afectaciones de la población generalmente no le permite tomar experiencias en determinados problemas de salud por no ser muy comunes; visión clínico curativa biologicistas de los MGI; pérdida de la autoestima que le impiden enfrentar y reconocer la importancia de su trabajo en la APS y lo impulsan hacia otra especialidad; no se utiliza adecuadamente el diagnóstico de salud ni el diagnóstico educativo, insuficiente preparación en técnicas educativas que constituyen un serio obstáculo para la participación social; falta de recursos materiales, bibliografía, etc. Inestabilidad de los cuadros docentes (GBT), y administrativos, deficiente relación atención primaria con atención secundaria, poca actividad investigativa de los médicos de familias.

La estrategia de acción trazada por el Ministerio de Salud Pública (33) contiene una reforma sectorial como respuesta a los problemas, cuyos elementos fundamentales se basan en la descentralización, la intersectorialidad y la participación comunitaria en salud, para incrementar la eficiencia, efectividad y calidad del sistema de salud con una mayor satisfacción de la población con los servicios que recibe. Los especialistas en MGI ubicados en la comunidad tienen alta capacidad resolutoria en acciones médicas curativas como el ingreso en el hogar, el seguimiento de los egresados, la cirugía ambulatoria, los controles médicos, el control de las embarazadas y el niño sano, así como acciones de promoción y prevención posibles con los recursos disponibles en su área, a diferencia de otros modelos donde la población es atendida por personal no calificado (promotores de salud, activistas de salud, enfermeros, etc. (3,4,13,19,23).

La reorientación y fortalecimiento de la atención primaria de salud se centra en el modelo de medicina familiar por ser la piedra angular del sistema y para ello, han sido trazados dos componentes: en primer lugar la revisión y fortalecimiento del modelo en el orden técnico y en segundo lugar el desarrollo de la participación social en la gestión de salud, lo que permitirá el perfeccionamiento del mismo con resultados positivos en términos de salud y calidad de vida de la población con un incremento de la eficiencia que es uno de los objetivos centrales de la reforma.(1,5,7,9,14,22).

METODO

Se realizó una investigación observacional descriptiva para conocer los factores que influyen en el éxodo de los especialistas en Medicina General Integral de los consultorios urbanos del municipio Ciego de Ávila durante los meses de abril a junio de 1998.

El universo de trabajo estuvo constituido por 95 consultorios de los 99 ubicados en el municipio Ciego de Ávila, que prestan servicios a la población.

La técnica de recolección de la información fue:

- Revisión de documentos de los departamentos de recursos Humanos y de Atención Primaria de la Dirección Municipal y Provincial de la Salud.
- Revisión de documentos de los Departamentos de Postgrado, medicina general Integral y Secretaría de la Facultad de Ciencias Médicas.
- La encuesta confeccionada por un colectivo de expertos en atención primaria de salud (Anexos).

El instrumento fue validado en un pilotaje realizado en febrero del presente año en 15 consultorios para comprobar su confiabilidad, previa confección de llenado.

Las fuentes para obtener la información fueron los registros que se encuentran en las direcciones Municipales y Provinciales de salud y en la Facultad de Ciencias Médicas.

La técnica de procesamiento de la formación fue con una Micro Computadora utilizando el sistema EPINFO06, realizándose la revisión y validación de la misma. Como medida de resumen se usaron los porcentajes. (24).

Los resultados se presentan en tablas que posibilitan el análisis de los mismos en correspondencia con los objetivos de la investigación.

RESULTADOS Y DISCUSION

(Tabla 1)

En el Municipio de Ciego de Ávila los consultorios ubicados en zonas urbanas predominaron en el área de salud norte con el 58,6 % seguidos por el del área de Salud Belkys Sotomayor con el 25,2 %. En las áreas de salud restante el número de consultorio es mínimo y no tienen las condiciones para la atención médica, tales como espacio privacidad e higiene, al utilizar locales adaptados (a veces hasta por dos médicos) o en el mismo policlínico con el agravante que la población tiene que desplazarse para recibir este servicio.

En el trabajo de la torre (22) señala que cuando esto ocurre no existe un nivel aceptable técnico y de confort para el paciente y que el médico de familia debe concretar, trabajar y vivir en la comunidad que atiende.

Esto explica en gran parte que la asignación de consultorios docentes sea a expensas de las áreas de salud norte y Belkys Sotomayor, lo que representa el 40 % del total.

(Tabla 2)

Del total de consultorios fueron investigados el 96,9 % a expensas de las áreas de Salud norte y Belkys Sotomayor.

La no coincidencia de consultorios visitados e investigados se debe a la ausencia de los médicos en el momento de las visitas por vacaciones, licencia de maternidad o por enfermedad.

(Tabla 3)

En el área de salud norte hay 26 consultorios docentes y 20 de ellos son atendidos por especialistas para el 76 %, y 6 por residentes para el 23 %. En el área de salud Belkys Sotomayor el 64,3 % de los consultorios los docentes son residentes.

Si se tiene en cuenta el total de especialistas en estas áreas que no son docentes (11 en el norte y 7 en el Belkys Sotomayor), se cubrirá el 100 % en el norte y el 85 % en el Belkys por los profesionales de mayor calificación en la comunidad y recepciona la calidad del proceso docente0educativo en Pre y en Postgrado al rotar los alumnos de 4to, 5to y 6to años de medicina, los de 4to y 5to de licenciatura en enfermería; residentes de medicina Integral de los tres años y los de 1er año en medicina Interna, Pediatría y gineco0obstetricia.

Esta situación pudiera estar relacionada con algunos de los siguientes factores: el especialista que acepta la docencia en el consultorio no tiene categoría docente, no le asignan tiempo para la docencia, ni para la autopreparación y superación y tiene que cumplir mismo plan de trabajo que los especialistas no docentes; los consultorios asignados a los especialistas no reúnen las condiciones requeridas para la docencia; los especialistas no reúnen los requisitos establecidos.

(Tabla 4)

Entre los efectos administrativos señalados por los médicos de las familias que limitan el trabajo en la comunidad se encuentran:

- El exceso de visitas y controles realizados por el GBT y por distintos funcionarios (Sub Directores de Higiene y Epidemiología, Administradores de Salud, Epidemiólogos, Responsables de Programas y otros especialistas y profesionales desde el área de salud hasta el nivel central, quienes orientan y evalúan de forma diferente el trabajo realizado por los médicos.
- El médico de familia tiene que ejecutar todo tipo de actividades y funciones contemplados en el programa de trabajo del médico de la familia (1), en la carpeta metodológica (4) y en todos los Programas Nacionales, sin tener en cuenta el fondo de tiempo asignado para realizarlas.
- El médico además de realizar la vigilancia epidemiológica tiene que cumplir con las metas todos los meses, de cada uno de los Programas como por ejemplo el de cáncer; cérvico0uterino y el de tuberculosis pulmonar con la detección de sintomáticos respiratorios, etc.
- El incremento de la información solicitada por el GBT, organizaciones de masas, Comité Militar etc. Requiere además de la obtención del dato su procesamiento por el médico no contemplado en la Resolución Ministerial No. 180 del MINSAP (25).
- El cambio frecuente de los Programas Nacionales con modificaciones de las recetas, los tratamientos, el diagnóstico y el control de foco es agravada aún más por el déficit de recursos que imposibilitan que lleguen a cada uno de los consultorios, manteniendo solo orientaciones sobre estos.
- El exceso de reuniones administrativas y el cambio frecuente de las estrategias de trabajo empleadas se corresponden con la cantidad de directores nuevos que asumen la responsabilidad.

(Tabla 5)

Otras de las dificultades señaladas por los médicos de la familia para realizar el trabajo en los consultorios se encuentran:

- La de ser evaluados por los distintos factores sociales desde el grupo básico de trabajo, directores de la comunidad y por la población que recibe el servicio y como mínimo una vez al año por el área de salud, municipio, provincia y nivel central.
- Entre los encuestados, el 33,3 % nunca han sido evaluados satisfactoriamente, refiriendo el 28,3 % que cada evaluador utiliza una metodología diferente.
- No cumple con el plan de trabajo el 80 % del total de los encuestados sobre todo a expensas de las actividades de las consultas a dispensarizados y en el trabajo de terreno, señalando el 36,4 % que el plan de trabajo es esquemático.
- Los médicos de la familia consideran: que son subordinados por la población, por los directores y por los médicos de la atención secundaria en el 62,6 %; que es insuficiente el estímulo al trabajador y

es poca la atención al hombre; que existen diferencias notables con otros especialistas para indicar complementarios, tratamiento y emitir certificados por lo que están precisados a remitir sus pacientes a otros médicos verticalizados.

- No disponen de tiempo libre, siempre están en horario laboral, las noches y los fines de semanas señalados por el 28,3 % de los médicos que viven en los consultorios.
- Los médicos de la familia no tienen misiones, lo que ha sido referido por el 13,1 % de los encuestados.

(Tabla 6)

Entre los aspectos más frecuentes señalados por los médicos de la familia con respecto a la capacitación se destacan:

- El no ser liberados para cursos de Postgrado, fundamentalmente porque la población no contaría con los servicios de salud, al no disponer de suficientes médicos en el papel de reservistas.
- Tener docentes desactualizados y asistir a interconsultas "no docentes", por estar los especialistas presionados por la cantidad de pacientes, por el tiempo o desinterés en ofrecerla.
- No tienen tiempo asignado para la autopreparación ni para la docencia, considerada indispensable en los residentes y especialistas encuestados, sobre este aspecto y en el transcurso del trabajo se ha abordado lo señalado por los médicos que asumen la docencia en los consultorios.
- Debe añadirse que los residentes expresan que existen diferencias con el resto de las especialidades pues tienen contemplado en su formación tiempo para la autopreparación y para el trabajo de terminación de la especialidad, mientras que los aspirantes a especialistas en Medicina General Integral sólo tienen una tarde a la semana para realizar los seminarios y recibir docencia y su preparación la tienen que efectuar en horario no laboral.
- En las reuniones, visitas y controles realizados en los consultorios se señalan los problemas fundamentales que tienen los médicos de las familias, pero no se diseñan estrategias para la superación de los mismos.
- El no dominio de la computación y la informática fue referido por el 25,2 % de los encuestados quienes consideran que es de vital importancia su conocimiento.
- Otro de los aspectos señalados fue la deficiente bibliografía, y la información científico-técnica a la que tienen acceso.
- Para los especialistas en Medicina Interna Integral existen serias dificultades que tienen que enfrentar como: los exámenes de competencia, no acumular créditos académicos por la escasa posibilidad de superación y no disponer de tiempo para investigar.

(Tabla 7)

Los médicos de las familias reconocen que los principales problemas que enfrentan para realizar su trabajo son por el déficit de recursos, tales como, escasez de medicamentos con el 88,9 % insuficientes medios, equipos e instrumentales con el 82,8 %; seguidos por dificultades con las historias clínicas individuales; deterioro de los consultorios; locales adaptados y estrechos con mala iluminación, ventilación y sin privacidad necesaria; no contar con archivos para las historias individuales requeridas al consultorio lo que sobrecarga el trabajo por la pérdida de tiempo que les ocasiona.

Lo anterior coincide con lo señalado por de la Torre (22) quien considera que las soluciones estarán en dependencia de las posibilidades económicas que tenga el territorio para la reubicación de los recursos y la construcción de consultorios de bajo costo.

(Tabla 8)

Entre las actividades incorporadas al Plan de Trabajo en los consultorios considerados por los médicos de familias que sobrecargan el trabajo, se encuentran:

- La ficha epidemiológica por ser compleja y difícil para llenar y estar ubicados en el primer lugar por los médicos especialistas y de familiarización y en segundo lugar por los residentes.
- Las estadísticas del área no informan ni retroalimentan los resultados obtenidos en cada consultorio, teniendo que procesar la información los médicos para discutirla con el GBT, funciones administrativas, etc. Los residentes la ubican en el primer lugar los especialistas en el 2do y familiarización en el 3ero.

- La existencia de diferentes criterios para realizar el análisis de la situación de salud, en dependencia del evaluador, así para unos es el documento de Integración de la Higiene Epidemiológica en APS (12), otros la guía que aparece en el Programa de Trabajo del médico y enfermero de familia (1), u otras
- Metodologías adaptadas por GBT, área de salud, municipio o provincia.
- La recogida de la Historia de Salud Individual, se ubica en el 4to. Lugar por el tiempo que demoran en localizar la misma por no estar archivada.
- El incremento del ingreso en el hogar cuando requiere de un medicamento que escasea, aunque la patología sea banal, la emisión de algunos certificados médicos, etc.
- Todos los especialistas y residentes que asumen en docencia en los consultorios, consideran estar sobrecargados por no existir ninguna diferencia con el plan de trabajo de los no docentes y no tener asignado tiempo para la autopreparación, superación ni para la docencia.
- Se incrementa el número de dispensarizados por incluir a todos los menores de 18 años en el grupo de riesgo.
- Cuando el consultorio del Médico de la Familia obtiene la condición de amigo de la madre, el niño y la niña, la cantidad de información a procesar se incrementa.
- Y por último es señalado el exceso de población en algunos consultorios muy por encima de la media establecida.

(Tabla 9)

La Resolución Ministerial No.150 (28) es conocida por el 50,5% de los médicos de las familias ubicados en los consultorios urbanos del municipio Ciego de Avila, correspondiendo a los especialistas el 62,2 % a los residentes el 44,2 % y a los que se encuentran en el nivel de familiarización el 27,3 %. En las áreas de salud norte y Belkys Sotomayor el porcentaje de conocimiento sobre esta Resolución fue superior a la de las áreas Centro y Sur.

Como puede apreciarse es bajo el porcentaje de los médicos que conocen la información y los controles mínimos que deben cumplir en los consultorios, así como la regulación de los documentos y tarjetas, ni el trabajo del departamento de Estadística en cuanto al procesamiento de la información de cada consultorio.

(Tabla 10)

Los médicos de las familias de los consultorios urbanos del municipio Ciego de Avila, señalan una sobrecarga de trabajo con respecto a registros, documentos e información que le son solicitados (desde la base de datos, hasta su procesamiento, evaluación y control), en las visitas y controles efectuados en los consultorios y en las reuniones administrativas.

A pesar que alrededor del 50 % de los encuestados conocen la Resolución Ministerial No. 180 (25) sobre el registro necesario en el país para la atención primaria de salud, sólo el 17,2 % no lleva otro registro que no sea la historia clínica individual, la historia clínica familiar, el carné de la embarazada, y las actividades de consulta externa (hoja de cargo), así como cuando procede según la legislación vigente, el llenado de certificado médico de definición, notificación de enfermedades de declaración obligatoria, certificado de enfermedad y dieta médica, notificación al propietario de animal lesionador y el aporte de las actividades de Educación para la salud.

El resto de los médicos dan información sobre:

- Riesgo preconcepcional, examen de mama, citología, mamografía.
- Cumplimiento de las actividades para las enfermedades transmisibles, no transmisibles y otros daños a la salud.
- Cumplimiento de la vigilancia epidemiológica.
- Cantidad de ingresos en la vivienda, en el hospital, hogar materno y de ancianos.
- Cantidad de círculos de abuelos, adolescentes, lactantes, embarazadas y encuentros deportivos realizados.
- Actualización de algunos factores de riesgos en la población, como cantidad de fumadores, alcohólicos, intentos suicidas; mortalidad por causas, grupo de edad.
- Consultas y terrenos realizados por grupo de edad.
- Situación que presentan con los menores de un año con riesgo.

- Cantidad de abuelos que realizan ejercicio en el hogar, en casas terapéuticas, círculos de abuelos, etc.
- Hogares sin riesgo de accidentes.
- Total, de niños de 2 a 5 años no institucionalizados.
- Registro y control del potencial de donantes.
- Cantidad de accidentes en el hogar.
- Informes de estomatología
- Registro de jóvenes en edad de servicio militar general.
- Cantidad de casas jardines.
- Cantidad de perro por vivienda.
- Índice de vectores, etc.

Todo lo anterior requiere de la revisión exhaustiva por las autoridades sanitarias del municipio, sobre el sistema de registro e información estadística, así como del cumplimiento de los Departamentos de estadísticas de las áreas de salud, en lo relacionado con la forma y frecuencia de la información que envían a cada uno de los consultorios del médico de la familia.

La permanencia de los especialistas en medicina general integral en los consultorios estaría condicionada por la búsqueda de soluciones para los principales problemas detectados en el presente estudio.

Según el criterio de los autores, los aspectos más vulnerables y con mayores posibilidades de solución se centran en:

1. Formación de un especialista sin la tutela directa de los profesores y que por su efectividad se mantienen en todos los planes de formación de las restantes especialidades, y sin la imagen de referencia del especializado y sin el estímulo adecuado para el autoestudio.

Los obstáculos más frecuentes son: la deficiente organización del trabajo, el residente está solo en un consultorio y tiene el mismo contenido y responsabilidad que un especialista, pero con mucho menos fondo de tiempo, para realizarlo; el grupo básico de trabajo no le da la atención suficiente porque tiene que atender entre 18 y 20 consultorios, lo que impide el intercambio de información, opiniones y criterios, la docencia directa que reciben está casi totalmente limitada a la tarde de los viernes y la educación en el trabajo tiene poca o ninguna asesoría sobre todo en las consultas, visita de terreno, ingreso domiciliario y guardia médica; no se les asigna tiempo para la autopreparación ni para realizar el trabajo de terminación de la especialidad.

2. Escasas posibilidades de capacitación que conllevan a la descalificación progresiva del profesional.

Los médicos están muy limitados para recibir cursos de Postgrado y en sentido general no son liberados porque de fin de prestar los servicios de salud a la población con planes de trabajos esquemáticos y sin estrategias adecuadas para darles solución. Esto dificulta la obtención de créditos académicos por los profesionales y se enfrentan a exámenes de competencia provinciales y nacionales dependiendo solo de la autopreparación.

3. La información solicitada a los médicos es excesiva, no regulada y sobrecarga su trabajo.

Los directivos del sector salud no reconocen que se incumple la Resolución Ministerial No. 180 y las decisiones al respecto son insatisfactorias, en las áreas de salud, no se exige controles ni evalúan en trabajo del Dpto. de estadística en los consultorios.

4. El fondo de tiempo de los médicos para realizar las actividades de formación, prevención, atención médica, rehabilitación, de la higiene, de lo social, de la docencia y de la investigación, no ha sido una población que fluctúa entre los 600 y 800. La productividad se saca en base a 24 días a expensa de la hoja de cargo0consultas y visitas de terreno y no se tiene en cuenta el tiempo dedicado a interconsultas, ingresos en el hogar, visitas s los hospitalizados, asignación semanal de medicamentos, las tardes docentes en los residentes, los informes solicitados, la cantidad de visitas y controles que tienen, etc.

CONCLUSIONES

El resultado de las encuestas realizadas a los médicos de las familias de los consultorios urbanos de del municipio Ciego de Ávila sobre éxodo de especialistas para otras fuentes de trabajo, una segunda especialidad o maestrías, se explica fundamentalmente por: (esquema 1 y 4, Anexos del 8 al 11).

1. Exceso de carga administrativa.
2. Desmotivación
3. Pocas posibilidades de capacitación
4. Déficit de recursos
5. Sobrecarga de trabajos
6. Exceso de información que burocratiza el trabajo del médico.
7. Pocas posibilidades de cumplir con las actividades previstas en el Programa de Médico y Enfermera de la Familia.
8. Exceso de evaluadores: Directivas del sistema de salud, dirigentes y población que recibe los servicios.

RECOMENDACIONES

- Dar a conocer los resultados de esta investigación a las autoridades sanitarias y docentes del Municipio y Provincia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud Pública, Cuba. Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital, Ciudad de la Habana. MINASP, 1988.
2. Ordoñez, C. Sacasas, J.F. Atención Primaria y Medicina en la Comunidad en Verdecia F. Ctal. Sociedad y Salud. Ciudad de la Habana. Pueblo y Educación, 1986: 61.84.
3. Piñón Vega, José; Bárbara Guzmely; Eduardo Vergara. El Subsistema del Médico y la Enfermera de la Familia, su desarrollo en Cuba, Revolución Cubana. Mec. Gral. Integral, 1994: 10 (1): 61069.
4. Ministerio de Salud Pública, Cuba. Carpeta Metodológica. Ciudad de la Habana, MINSAP, 1995.
5. Cuesta Megías, Leonardo. El ingreso en el Hogar y el fortalecimiento de la atención primaria de salud. Revolución Cubana. Medicina General Integral. 1997; 13 (3): 2050206.
6. Rodríguez Jústiz, Félix Minardo Zayas. Estudio para el perfeccionamiento del Plan del Médico de la Familia. Revolución Cubana. Medicina General Integral 1997; 13 (1): 12018.
7. Hernández Montoya: Nancy; Ricardo Gómez y Yuxini Acosta. Metodología para el análisis de la situación de la salud en los Consultorios del Médico y Enfermero de las Familias. Sesión Científica. Dpto. Salud, FCM. Ciego de Avila, Abril 1998.
8. Ministerio de Salud Pública, Vice0Ministerio de Docencia Médica. Programa de Especialización en Medicina General Integral. Ciudad de la Habana, Septiembre de 1990.
9. Díaz Novás, José y Adonis Guerrero Figueredo. Algunas consideraciones sobre la formación de especialistas en la atención primaria. Revolución Cubana Medicina General Integral 1993, 9 (4): 3360344.
10. Ordoñez, C. Diagnóstico de Salud en la Comunidad. Revolución Cubana. Medicina General Integral. 1988; 4 (4): 54061.
11. Borroto R. Luz M. Diagnóstico Comunitario de situación de salud. Revolución Cubana. Medicina General Integral, 1996; 12 (3): 289094.
12. Ministerio de Salud Pública. Cuba. La Integración de la Higiene y la Epidemiología a la Atención Primaria de Salud. Ciudad de la Habana. MINSAP, 1997.
13. Batista Moliner, Ricardo. El Médico de la Familia en la Vigilancia de Salud. Revolución Cubana. Medicina General Integral. 1997; 13 (1) : 63077.
14. Pérez Hernández I. Y Otros. Participación Social una prioridad de la medicina comunitaria. Trabajo de terminación de especialidad en MGI, Octubre 1997.
15. Romero, Sánchez, María del Carmen y Otros. Grupo Básico de Trabajo de nuevo tipo. Nuestra experiencia. Rev. Cubana. Med. Gen. Integral 1997. 13 (3): 2490251
16. Paez Prats, Isidoro y José Rodríguez Abrines. Vinculación Hospital0Areas de Salud. Un enfoque práctico. Rev. Cubana. Med. Gen. Integral. 1997; 13 (2): 1810184.

17. Valdivia Juria, Lesvia y otros. La Docencia en la Atención Primaria de Salud. Trabajo de terminación del Diplomado en Atención Primaria de Salud, Julio, 1998.
18. Cruz Acosta, Andrés y Antonio Donato Pérez. Diagnóstico de Salud y Diagnóstico Educativo. Un Enfoque Integral. Rev. Cubana. Salud Pública 1996; 22 (2): 102 – 116.
19. Eisen George. La Atención Primaria en Cuba: El equipo del médico de la familia y el Policlínico. Rev. Cubana Salud Pub. 1996; 22 (2): 1170124.
20. Rodríguez Pérez; José F. Y Pedro Urra González. Atención Primaria en la Red Electrónica de Información de Salud (Informed). Rev. Cubana Med. Gen. Integral, 1996; 12 (1): 81086.
21. López Espinosa, José A. Y Soledad Díaz del Campo. La producción Científica de los Médicos de la familia en la revista cubana de Medicina General Integral, 1994; 1994;10 (1): 30038.
22. De la Torre Montejo. El Programa del Médico de la Familia en Julio de 1993. Rev. Cubana. Med. General Integral, 1993; 9 (4): 3540357. Suárez Jiménez, Julio. Elementos para el debate de la Reforma Sanitaria y su sentido para Cuba. Rev. Cubana Pub. 1996; 22 (2): 850101.
23. Camell, V. Estadísticas Sanitarias y de Salud Pública. Habana, 1971.
24. Ministerio de Salud Pública, Cuba. Vice0Ministerio de Docencia. Resolución Ministerial No.180. MINSAP, 1987.
25. Ministerio de Salud Pública, Cuba. Vice0ministerio de Docencia. Resolución Ministerial No. 180. MINSAP, 1987.

ANEXOS

Anexo 1

"ENCUESTA A MEDICOS DE LAS FAMILIAS MUNICIPIO CIEGO DE AVILA"

I. DATOS GENERALES:

Número del Consultorio _____ Area de Salud _____
 Especialista _____ Residente _____ Familiarización _____
 Docente: Si _____ No _____

II DATOS ESPECIFICOS:

1. Señale de los siguientes aspectos que a continuación se relacionan, las actividades que usted realiza y que considera dificultan o limitan su trabajo en la Comunidad:

- Actividades Administrativas:
- Dificultades para realizar el trabajo programado en su consultorio:
- Actividades de Capacitación:
- Situación de recursos humanos y materiales:
- Otros:

1. Señale los registros, documentos e información que están regulados en la Resolución Ministerial 180 que son necesarias para la APS.

Enumere los informes que le son solicitados por G.B.T, visitas y controles.

TABLA No. 1 Distribución de consultorios de zonas urbanas según catenaria y áreas de salud Municipio Ciego de Ávila, Abril 0 Junio 1998

Consultorio						
Docente			No Docente		Total	
Area de salud	No.	%	No.	%	No.	%
Norte	26	44,8	32	55,2	58	58,6
B. S. M.	14	56,0	11	44,0	25	25,2
Centro	0	0	6	100,0	6	6,1
Sur	0	0	10	100,0	10	10,1
Municipio	40	40,4	59	59,6	99	100,0

TABLA No. 2 Distribución de consultorios investigados según Áreas de Salud

Consultorio				
Area de salud	No.	Visitados	Investigados	%
Norte	58	58	58	100,0

B. S. M.	25	25	25	100,0
Centro	6	6	5	83,3
Sur	10	10	7	70,0
Municipio	99	99	95	96,9

TABLA No. 3 Distribución de médicos según categoría, tipo de consultorio y área de salud

M E D I C O											
Especialistas con Residente		Especialistas con Familiarización		Especialistas		Residente		Familiarización			
Consultorio	Area de salud	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Docente	Norte (n=26)	3	11,5	1	3,8	16	61,5	6	23,1	0	0
	BSM (n=14)	0	0	0	0	5	35,7	9	64,3	0	0
No Docente	Norte (=32)	0	0	0	0	11	34,4	17	53,1	4	12,5
	BSM (n=11)	0	0	0	0	7	63,6	4	36,4	0	0
	Centro (n=5)	0	0	0	0	1	20,0	3	60,0	1	20,0
	Sur (n=7)	0	0	0	0	1	14,3	1	14,3	5	71,4
Municipio	Norte (n=58)	3	5,2	1	1,7	27	46,5	23	39,7	4	6,9
	BSM (n=25)	0	0	0	0	12	48,0	13	52,0	0	0
	Centro (n=5)	0	0	0	0	1	20,0	3	60,0	1	20,0
	Sur (n=7)	0	0	0	0	1	14,3	1	14,3	5	71,4

- Hay dos médicos en cuatro consultorios (Especialista, más un residente en el 5, 23, 82 y un especialista con un médico de familiarizaron en el 28)

TABLA No. 4 Distribución médicos de familias según categoría y aspectos administrativos que limitan el trabajo en la comunidad

M E D I C O								
Especialista	Especialista n = 45		Residente n = 43		Familiarización n = 11		Total n = 99	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Aspectos Administrativos								
Exceso de controles	40	88,9	37	86,0	8	72,7	85	85,88
Exceso de visitas	39	86,7	42	97,7	7	63,6	88	88,9
Médico para todo tipo de actividades y funciones	40	88,9	34	79,1	9	81,8	83	83,8
Vigilancia epidemiológica por metas	39	86,7	37	86,0	6	54,5	82	82,8
Incremento de información solicitada	33	73,3	38	88,4	10	90,9	81	81,8
Cambio frecuente de los programas	36	80,0	38	88,4	3	27,3	77	77,7
Exceso de reuniones	40	88,9	32	74,4	5	45,4	77	77,7
Cambio frecuente de las estrategias de trabajo	24	53,3	26	60,5	2	18,2	52	52,5
Amenazas, sanciones, rebaja de salario	17	37,8	30	69,8	3	27,3	50	50,5
Incremento del número de programas a evaluar	26	57,8	21	48,8	2	18,2	49	49,5
Incremento de encuestas	17	37,8	12	27,9	1	9,1	30	30,3

TABLA No. 5 Distribución de médicos según categorías y dificultades que enfrentan para la realización del trabajo en los consultorios

M E D I C O								
	Especialista n = 45		Residente n = 43		Familiarización n = 11		Total n = 99	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Dificultades para realizar trabajo en consultorios								
Evaluación por GBT, área, municipio, provincia, nación, población, dirigentes	41	91,1	37	86,0	6	54,5	84	84,8
No cumplir con el plan de trabajo	39	86,7	35	81,4	6	54,5	80	80,8
Sub0valorado por población, directivos, atención secundaria	32	71,1	25	58,1	5	45,4	62	62,6
Insuficiente estímulo al trabajador	30	66,7	29	67,4	2	18,2	61	61,6
Diferencias notables con otros especialistas	41	91,1	19	44,2	1	9,1	61	61,6
Poca atención al hombre	23	51,1	17	39,5	1	9,1	41	41,4
Plan de trabajo esquemático	18	40,0	17	39,5	1	9,1	36	36,4
Nunca evalúan de satisfactorio el trabajo	20	44,4	13	30,2	0	0	33	33,3
No tiempo libre	21	46,7	8	18,6	0	0	29	29,3
Cada evaluador con distinta metodología	17	37,8	9	20,9	2	18,2	28	28,3
No hay misiones	9	20,0	4	9,3	0	0	13	13,1

TABLA No. 6 Distribución de médicos según categoría y aspectos que limitan la capacitación

M E D I C O								
Aspectos que limitan la capacitación	Especialista n = 45		Residente n = 43		Familiarización n = 11		Total n = 99	
	No	%	No	%	No	%	No	%
No liberados para cursos de Postgrado	39	86,7	34	79,1	2	18,2	75	75,7
Docentes desactualizados	30	66,7	34	79,1	2	18,2	66	66,7
Interconsultas no docentes	23	51,1	32	74,4	3	27,3	58	58,6
No tiempo asignado para autopreparación	26	57,8	26	60,5	2	18,2	54	54,5
No tiempo asignado a la docencia	25	55,5	15	34,9	0	0	40	40,4
No estrategias para superar problemas detectados	22	48,9	17	39,5	0	0	39	39,4
No dominio de computación e informática	15	33,3	10	23,2	0	0	25	25,2
No bibliografía, poca información científico-técnica	12	26,7	12	27,9	0	0	24	24,2
Examen de competencia sin posibilidades de superación	17	37,8	0	0	0	0	17	17,2
No acumulan créditos académicos	8	17,8	0	0	0	0	8	8,0
No tiempo para investigar	5	11,1	0	0	0	0	5	5,0

TABLA No. 7 Distribución de médicos según categoría y déficit de recursos existentes para realizar el trabajo en la comunidad

M E D I C O								
Especialista	Especialista n = 45		Residente n = 43		Familiarización n = 11		Total n = 99	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Déficit de recursos								
Escasez de medicamentos	43	98,6	35	81,4	10	90,9	88	88,9
No medios instrumental, equipos en el CMF	39	86,7	35	81,4	8	72,7	82	82,8
No historia clínica individual	26	57,8	24	55,8	6	54,5	56	56,6
Deteriorados los CMF	18	40,0	14	32,6	3	27,3	35	35,3
CMF adaptados y mixtos	4	8,9	9	20,9	7	63,6	20	20,2
Locales estrechos, mala iluminación, ventilación, sin privacidad	4	8,9	7	16,3	6	54,5	17	17,2
No archivo	8	17,8	3	6,9	1	9,1	12	12,1

TABLA No. 8 Distribución médicos de familias según categoría y actividades incorporadas que sobrecargan el trabajo en los consultorios

MEDICO									
	Especialista n = 45		Residente n = 43		Familiarización n = 11		Total n = 99		
	No	%	No	%	No	%	No	%	
Actividades incorporadas al plan de trabajo en consultorio									
Ficha epidemiológica de difícil llenado	36	80,0	36	83,7	8	72,7	80	80,8	
Estadística del área no informa ni retroalimenta	31	68,9	37	86,0	3	27,3	71	71,7	
Diferentes criterios para realizar el ASS	31	68,9	27	62,8	1	9,1	59	59,6	
Historia individual en CMF	24	53,3	26	60,5	5	45,4	55	55,5	
Incremento del ingreso en el hogar por medicamentos, certificados, etc.	28	62,2	21	48,8	2	18,2	51	51,5	
CMF Docente	25	55,5	15	34,9	0	0	40	40,4	
Todos los menores de 18 años con riesgo	16	35,6	11	25,6	1	9,1	28	28,3	
CMF amigo de la madre, el niño y de la niña.	5	11,1	2	27,9	2	18,2	18	19,2	
Exceso de población	4	8,9	11	25,6	3	27,3	18	18,2	

TABLA No. 9 Conocimiento de los médicos de familia sobre la Resolución 180 según categoría y área de salud

MEDICOS												
Area de salud	Especialistas			Residente			Familiarización			Total		
	No	Sí	%	No	Sí	%	No	Si	%	No	Sí	%
Norte	31	20	64,5	26	13	50,0	5	1	20,0	62	34	54,8
B. S. M.	12	8	64,7	13	4	30,8	0	0	0	25	12	48,0
Centro	1	0	0	3	2	33,3	1	1	100	5	2	40,0
Sur	1	0	0	1	2	100	5	1	20,0	7	2	28,6
Municipio	45	28	62,2	43	19	44,2	11	3	27,3	99	50	50,5

TABLA No. 10 Distribución de médicos según categoría e informes solicitados en las visitas de controles

MEDICO										
Especialista n = 45	Residente n = 43	Familiarización n = 11	Total n = 99							
Informes solicitados			No	%	No	%	No	%	No	%
Riesgo preconcepcional, examen de mama, citología, mamografía			30	66,7	22	51,2	8	72,7	60	60,6
Cumplimiento de las actividades de Enf. Trans. , No Trans. y otros daños			26	57,8	28	65,1	3	27,3	57	57,6
Cumplimiento de la vigilancia epidemiológica			20	40,4	26	60,5	5	45,4	51	51,5
Ingreso en la vivienda, hospital, hogar materno y de ancianos			21	46,7	20	46,5	0		41	41,4

Círculo de: abuelos, adolescentes, lactantes, embarazadas	21	46,7	16	37,2	2	18,2	39	39,4
Actualización de FR: fumadores, alcohólicos, I. Suicida, mortalidad, etc.	12	26,7	24	55,8	2	18,2	38	38,4
Situación de los menores de un año con riesgo	11	24,4	13	30,2	0		24	24,2
Abuelos que realizan ejercicios en: hogar, casas terapéuticas, C. abuelos, etc.	12	26,7	9	20,9	0		21	21,2
Hogares sin riesgo de accidentes	10	22,2	8	18,6	0		18	18,2
Niños de 2 a 5 años no institucionados	5	11,1	11	25,6	0		16	16,2
Consultas y terrenos realizados por grupos de edad	6	13,3	9	20,9	2	18,2	17	17,2
Potencial de donantes	10	22,2	5	11,6	0		15	15,5
Accidentes en el hogar	3	6,6	7	16,3	0		10	10,1
Informes de estomatología	3	6,6	6	13,9	0		9	9,1
Registro de jóvenes en edad de SMG	2	4,4	7	16,3	0		9	9,1
Casas Jardines	3	6,6	3	6,9	1	9,1	7	7,1