

El especialista en Medicina General Integral: Aproximaciones a su realidad.

Dra. Nancy A. Hernández Montoya(1); Dra. Yuxini Acosta Gómez.(2); Dra. Mariela Ramos Yanes.(3)

Resumen

En este artículo se evalúan las dificultades que enfrentan los médicos especialistas en Medicina General Integral para dar cumplimiento a las cuatro funciones básicas (la atención médica, la docencia, la investigación y las educativas), así como el método utilizado en la formación de este especialista en sus objetivos específicos desde los aspectos cognoscitivos, de adquisición de las habilidades, de los efectivos y conductuales y los relacionados con la actualización científico técnico. Se concluye que el programa del médico de las familias requiere de una revisión exhaustiva en los aspectos de control de los Grupos Básicos de trabajo, en la formación de éstos sin la tutela directa de los profesores, en el fondo de tiempo asignado para desarrollar todas las actividades y funciones asignadas y en las escasas posibilidades de capacitación de los mismo, pues en la práctica se detecta un éxodo de estos médicos hacia otras especialidades y puestos de trabajo y no se logra su estabilidad para los que han sido formados, preservar la salud y alcanzar mejores niveles en la calidad de vida de su población.

Palabras Claves: El médico de las familias/Atención Primaria de Salud.

- (1). Esp. De 2do grado en Epidemiología. Prof. Auxiliar. FCM Ciego de Avila.
- (2). Esp. De 1er grado en MGI. Prof. Instructor. FCM Ciego de Avila.
- (3) Esp. De 1er grado en MGI. Prof. Instructor. FCM Ciego de Avila.

INTRODUCCION

La aplicación del conocimiento filosófico a las ciencias particulares ofrece diversas posibilidades en el quehacer metodológico así como en la validación práctica de la realidad circundante(1 al 4).

Al abordar Federico Engels el problema de la clasificación de las ciencias y ofrecer su solución, instaura la concepción de la Dialéctica como Ciencia de la Concatenación Universal y plasma la idea de la conexión de las ciencias(5).

En tal sentido las problemáticas que surgen en las ciencias particulares encuentran respaldo gnoseológico y pauta de análisis partiendo del valor " En su doble calidad de objeto y de medio e instrumento para la investigación"(6,7).

Los estudios socio-médicos reflejan las anteriores aseveraciones y se toma como ejemplo una problemática que, descubierta al azar, constituye motivo de reflexión y análisis socio-científico con el insoslayable auxilio del conocimiento filosófico tanto en su nivel sensorial como en el racional.

La importancia de la medicina familiar en Cuba está fundamentada en los lineamientos universales de " Salud para Todos" y como se sabe el gobierno no escatima esfuerzos en el desarrollo de los programas de salud comunitaria siendo el sujeto actuante el especialista en Medicina General Integral, comúnmente llamado Médico de la Familia(7).

La concepción del diseño programático de dichos especialistas responde a los lineamientos generales de nuestra ideología socialista, sin embargo en la práctica presenta dificultades que resisten un análisis filosófico del comportamiento del fenómeno en la medida que refleja un

hecho social de relevancia que, de no enfocarse correctamente, puede devenir en una invalidación de propósitos esenciales del sistema de salud en sentido general(8 al 10, 7).

La particularidad de referencia se localiza en el siguiente problema: permanencia del especialista en Medicina General Integral en la Comunidad.

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 disfunción 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 cérvico-uterino; resultados positivos en la planificación familiar y educación sexual; mejores hábitos de higiene en la población, etc. (8 al 10).

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 Políclínico 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. (11 al 13).

En uno de los estudios realizados en el Departamento Salud en los consultorios urbanos de las áreas de Salud Norte y Belkis Sotomayor del municipio Ciego de Avila 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 (14), 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.

. El modelo del especialista en Medicina General Integral (MGI) tiene un amplio perfil con un enfoque integral que permite establecer la relación comunidad-familia-individuo, por contener especialidades clínicas básicas y socio-médicas 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. (8,11 al 14).

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 (10, 12, 15, 16).

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 médico-paciente, médico-familia y médico-comunidad; 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 Científico-técnico). Estos objetivos son esenciales para lograr la integración (8,11,16).

Hasta el momento han sido identificados un grupo de problemas para enfrentar la tarea de formación del especialista en MGI, siendo para el criterio de algunos expertos (13,17 al 29) 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 (30) 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 resolutive 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. (10,11,13,26,30).

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.(8,12,14,16,20,29).

DESARROLLO

La diversidad de funciones del médico de la familia se localiza como la causa principal del éxodo si se tiene en cuenta que además de las funciones normativas le son añadidas otras

ajenas a su contenido socio-científico y que lo ubican en un hacedor de tareas entre las que sobresalen:(anexo 2).

- Exceso de carga administrativa
- Déficit de recursos

Es necesario señalar que la realización de encuestas a los médicos de la familia constituyó la principal fuente de información al ser encuestados 95 de los 99 existentes correspondiendo a un 96,9 %.

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 negligencia 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 diferencia del especializado y sin el estimado 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 capacitación que conllevan a la descalificación progresiva del profesional.

Los médicos están muy limitados para recibir cursos de postgrados 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. La productividad se saca en base a 24 días a expensa de la hoja de cargo-consultas y visitas de terreno y no se tiene en cuenta el tiempo dedicado a interconsultas, ingresos en el hogar, visitas a 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 tema abordado tiene repercusión en varios aspectos del sistema de formación del especialista en MGI confirmando así la importancia de la práctica como criterio de verdad.

La relación causa-efecto también se valida en este aspecto y no solo direccionalmente sino en la interrelación dialéctica entre ambas categorías.

En lo que se refiere a la posición del sujeto frente al objeto, el MGI se ve impedido de observar una actitud cognoscitiva en el escenario real que se plantea transformar en tanto causas ajenas se lo impiden al extremo de que no puede tampoco hacer corresponder forma y contenido ya que este último tiene que adaptarse obligatoriamente a los aspectos formales que le son exigidos por niveles inferiores a los que planifican el sistema integral.

Por último, la deficiente calidad en los servicios de atención a la población viene a constituir la esencia que se corresponde con el fenómeno del éxodo permanente de un personal científico formado para satisfacer las expectativas más acuciantes del individuo y la sociedad: preservar la salud y alcanzar mejores niveles en la calidad de vida por un sistema social justo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Afanasiev, V.G Dirección Científica de la Sociedad Experimento de Investigación en Sistema. Editorial Pueblo y Educación. La Habana 1985.
2. .Kedrov, B.M Clasificación de las Ciencias.Tomo I .Editorial Progreso Moscú 1974.
3. Mateo Tornes, J. Tipos Históricos de Unidad del Conocimiento Científico. Editorial Ciencias Sociales. La Habana 1985
4. Rodríguez Ugido, Z.Filosofía. Ciencia y Valor. Editorial Ciencias Socieles .La Habana 1985.
1. Engels. Federico. Dialéctica de la Naturaleza.Editorial Progreso 1978.
2. Obras Escogidas en dos Tomos.Carlos Marx, Federico Engels. La Habana 1975.
3. Castro Ruz Fidel. Discurso pronunciado en la Clausura del V Congreso de los Trabajadores de la Salud. Camagüey 1981.
8. 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.
9. 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.
10. 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): 61-69.
11. Ministerio de Saluid Pública, Cuba. Carpeta Metodológica. Ciudad de la Habana, MINSAP, 1995.
12. 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): 205-206.
13. Rodríguez Jústiz, Félix Minardo Zayas. Estudio para el perfeccionamiento del Plan del Médico de la Familia. Revolución Cubana. Medicina General Integral 1997; 13 (1): 12-18.
14. 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.
15. Ministerio de Salud Pública, Vice-Ministerio de Docencia Médica. Programa de Especialización en Medicina General Integral. Ciudad de la Habana, Septiembre de 1990.
16. 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): 336-344.
17. Ordoñez, C. Diagnóstico de Salud en la Comunidad. Revolución Cubana. Medicina General Integral. 1988; 4 (4): 54-61.
18. Borroto R. Luz M. Diagnóstico Comunitario de situación de salud. Revolución Cubana. Medicina General Integral, 1996; 12 (3): 289-94.
19. 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.
20. Batista Moliner, Ricardo. El Médico de la Familia en la Vigilancia de Salud. Revolución Cubana. Medicina General Integral. 1997; 13 (1) : 63-77.
21. Pérez Hernández I. Y Otros. Participación Social una prioridad de la medicina comunitaria. Trabajo de terminación de especialidad en MGI, Octubre 1997.
22. Romero, Sánchez, María del Carmen y Otros. Grupo Básico de Trabajo de nuevo tipo. Nuestra experiencia. Rev. Cubana. Med. Gen. Integral 1997. 13 (3): 249-251
23. Paez Prats, Isidoro y José Rodríguez Abrines. Vinculación Hospital-Areas de Salud. Un enfoque práctico. Rev. Cubana. Med. Gen. Integral. 1997; 13 (2): 181-184.
24. 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.

25. 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.
26. Eisen George. La Atención Primaria en Cuba: El equipo del médico de la familia y el Policlínico. Rev. Cubana Salud Pub. 1996; 22 (2): 117-124.
27. 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): 81-86.
28. 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): 30-38.
29. De la Torre Montejo. El Programa del Médico de la Familia en Julio de 1993. Rev. Cubana. Med. General Integral, 1993; 9 (4): 354-357.
30. Suárez Jiménez, Julio. Elementos para el debate de la Reforma Sanitaria y su sentido para Cuba. Rev. Cubana Pub. 1996; 22 (2): 85-101.
31. Camell, V. Estadísticas Sanitarias y de Salud Pública. Habana, 1971.
32. Ministerio de Salud Pública, Cuba. Vice-Ministerio de Docencia. Resolución Ministerial No.180. MINSAP, 1987.