



RECOMENDACIÓN PARA EL
DISEÑO DE UN SERVICIO Y
RESIDENCIA DE MEDICINA
FAMILIAR EN UNA
INSTITUCIÓN DE SALUD.

AUTOR: DR. JULIO DAVID MATZ
TUTOR: DR. NÉSTOR MORGULIS

E D I C I O N E S

Fundación  Sanatorio Güemes

**RECOMENDACIÓN PARA EL
DISEÑO DE UN SERVICIO Y
RESIDENCIA DE MEDICINA
FAMILIAR EN UNA
INSTITUCIÓN DE SALUD**

Autor: Dr. Julio David Matz

Tutor: Dr. Néstor Morgulis

“El éxito de la Atención Primaria depende de que la Sociedad acepte su importancia y de que los medios para su mejora formen parte esencial de la política de formación y prestación de servicios en la Atención Primaria”.

Bárbara Starfield

ÍNDICE

DESCRIPCIÓN DEL TEMA

EXPERIENCIAS PREVIAS O ANTECEDENTES

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS

METODOLOGÍA

Criterios de inclusión

Criterios de exclusión

RESULTADOS

Descripción de residencias de Medicina familiar en Argentina

Análisis comparativos de diferentes programas de residencia

Descripción de servicios de Medicina familiar

Propuesta para implementar un Servicio de Medicina Familiar

Diseño de un servicio de medicina familiar

Visión del centro de atención periférico o policonsultorio

Características de la implementación

Propuesta para implementar una Residencia de Medicina Familiar

Objetivos del programa

Propuesta del Programa de Rotaciones en la Residencia de Medicina Familiar

CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DESCRIPCIÓN DEL TEMA

La medicina familiar, también llamada Medicina de Familia es la especialidad médica efectora de la atención Primaria de Salud (APS), que posee un cuerpo de conocimientos propios, con una unidad funcional conformada por la familia y la persona, y tiene como base los métodos clínico, epidemiológico y social, e integra las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta.¹

Medicina Familiar es una especialidad y una disciplina científica constituida por los conocimientos, destrezas y actitudes en las que se forman los médicos de familia y que en conjunto dan origen a las competencias que despliega en su trato con el paciente².

El médico de familia es un especialista en Atención Primaria de la Salud (APS). La Medicina Familiar es una especialidad, principalmente del ámbito clínico ambulatorio que se ocupa de la atención integral del paciente y su familia. Por tratarse de una especialidad integradora, su campo de acción no se limita a un órgano o sistema en particular sino a la globalidad y contexto de las diferentes situaciones de salud/enfermedad que pueden ocurrir a lo largo de la vida de una persona.

El médico de familia es un especialista, que se diferencia de otros generalistas como el clínico, el geriatra, el pediatra o el ginecólogo, que abarcan edades definidas de la vida o un género en particular. A diferencia de otras especialidades, que cubren un segmento específico de problemas, la medicina familiar cubre, además, los intersticios entre ellos.

Podemos enumerar semejanzas y diferencias de la medicina familiar con atención primaria de la salud y con la medicina especializada o altamente compleja. La primera, es tomada casi siempre desde una posición simplista como atención de la salud para el sistema público de servicios; y la segunda, considerada generalmente como el *desiderátum* de la medicina de alta calidad científica. También es interesante trazar un paralelo con la medicina generalista ya que ésta coexiste con la medicina familiar en nuestro país, bajo connotaciones ideológicas más que fundamentos científicos^{3,4}.

McWhinney⁵ reconoce los aspectos ideológicos cuando dice que se trata de una disciplina con un nuevo nombre aunque en algunas partes del mundo se cobija bajo el viejo nombre refiriéndose obviamente a la medicina general.

La esencialidad que se atribuye a los principios, fundamentos y características de la Medicina Familiar hace que se apliquen cualquiera sea el paciente que sea necesario atender. No importa si es un hipertenso o un asmático, el médico de familia deberá considerar a la persona total en su dimensión biopsicosocial, en su contexto familiar y comunitario, reconocer las emociones, incluyendo las propias, y comprender las relaciones del paciente con su familia y con el médico. Esto da una idea de la complejidad de como es abordada la enfermedad en la consulta de Medicina Familiar, lo que transforma esa manera de pensar en natural en quienes la practican⁶.

McWhinney⁷ describe nueve principios de la medicina familiar. Ninguno es único ni particular de la Medicina Familiar y no todos los médicos de familia ejemplifican los nueve completos. Sin embargo, cuando se toman en conjunto, esos principios representan una visión distinta del mundo -un sistema de valores y un enfoque hacia los problemas- que se identifica como diferente de los de otras disciplinas:

1. El médico de familia está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial.
2. El médico de familia se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad.
3. El médico de familia ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud. Puesto que el médico de familia ve a cada uno de sus pacientes, en promedio, alrededor de cuatro veces por año, ello constituye una fuente muy rica de oportunidades para practicar la medicina preventiva.

4. El médico de familia ve a su práctica como una “población en riesgo”. Los clínicos piensan normalmente en término de pacientes individuales más que en grupos de población. Los médicos de familia tienen que pensar en ambos términos.
5. El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud.
6. Idealmente, el médico de familia debe compartir el mismo hábitat de sus pacientes lo que le da un conocimiento de primera mano de las condiciones de vida y trabajo de los mismos. En años recientes esto se ha vuelto menos común excepto en áreas rurales.
7. El médico de familia ve a sus pacientes en las casas así como en el consultorio y el hospital.
8. El médico de familia agrega importancia a los aspectos subjetivos de la medicina. De allí que la Medicina Familiar debe ser una práctica auto-reflexiva.
9. El médico de familia es un gerente de los recursos. Como generalista y médico de primer contacto, el médico de familia tiene el manejo de amplios recursos y es capaz, dentro de ciertos límites, de controlar la admisión al hospital, el uso de investigaciones, las prescripciones de tratamiento y la derivación hacia los especialistas.

El médico general/de familia navega como un experto en el Mar de la Incertidumbre. Sabe que visitará a su paciente con el tiempo, por motivos múltiples (longitudinalidad), de forma que se puede permitir el lujo, de acuerdo con el paciente, de una «expectación expectante» («esperar y ver»). Su diagnóstico diferencial se basa en la probabilidad (lo más probable, no «todo lo posible») y en evitar errores por exceso de intervenciones médicas. Además, puesto que habitualmente conoce al paciente de antes, y muchas veces a su familia y entorno, el médico general tiene un increíble acervo de datos clínicos (biológicos y psicológicos), familiares, laborales y sociales sobre el paciente. Este acervo de datos permite valorar a muy bajo costo probabilidades previas, y aumenta el valor predictivo de las actividades diagnósticas⁸. Con ello se optimiza el proceso diagnóstico, como demuestra el teorema de Bayes, y los pacientes viven su vida, alejados prudentemente de la actividad médica innecesaria.

El médico especialista tiene aversión a la incertidumbre, busca la certeza a toda costa. El médico especialista considera toda posibilidad en la esfera de su competencia y trata de evitar errores por defecto de intervenciones médicas⁹. El costo de la certeza no significa mucho para el especialista, ni en recursos del sistema ni en costos indirectos para el paciente y su familia. Su proceso diagnóstico lleva, muchas veces, a resultados imposibles que requieren ser aclarados, en una cascada de eventos que puede terminar mal para el paciente, aunque esté sano¹⁰. En caso de duda, el especialista prefiere derivar al paciente a otra especialidad, no al médico general quien lo someterá al calendario marcado de pruebas diagnósticas y terapéuticas, muchas innecesarias.

Los especialistas se centran en lo suyo, como es natural. Así, un dolor de espalda inespecífico, que durará años y sólo necesita ayuda y consuelo ocasional, si llega al neurólogo se verá como una radiculopatía, si al traumatólogo, como una hernia discal, si al reumatólogo, como una artritis, si al neurocirujano, como un canal estrecho medular, y si al internista, como un dolor referido de causa incierta.¹¹ «Dime qué diagnósticas y te diré tu especialidad», dice el refrán.

Medicina Familiar tiene que ver con la política. Insertar servicios de Medicina Familiar en un sistema de servicios de salud es una decisión política. Agregar un servicio de terapia intensiva o de neurocirugía es una decisión más bien técnica. Para un servicio de neurocirugía, terapia intensiva o tomografía computada hacen falta recursos financieros, de equipamiento y humanos, especialistas neurocirujanos, intensivistas o imagenólogos. Para insertar servicios de Medicina Familiar en un sistema cualquiera se necesita junto con los recursos una definición política de la dirección del sistema y la disposición a afrontar los cambios profundos que conlleva esta decisión. Estos cambios significan la transformación del sistema centrípeto, cuyo eje son los hospitales, en un sistema centrífugo que privilegia a las unidades de servicios descentralizadas, los centros de salud, de atención primaria e, idealmente, los de medicina familiar.

El cambio significa no solo la reingeniería del sistema sino también la reestructuración del recurso humano médico, cuantitativa y cualitativamente^{12, 13}.

Estos cambios en el perfil de la práctica deben producirse fundamentalmente en el manejo de conocimientos y destrezas, el trabajo grupal, las relaciones con la población, y la tarea preventiva¹⁴. Los aspectos salientes de los cambios enunciados se definen brevemente a continuación:

Desde hace años se afirma que la Atención Primaria deben proporcionarla médicos bien formados y entrenados. Los resultados de diferentes estudios demuestran el impacto de la accesibilidad, la longitudinalidad, la relación médico-paciente y la globalidad sobre los niveles de salud¹⁵. Se demuestra asimismo que los médicos de familia entrenados en estos aspectos son más efectivos y eficientes que otros especialistas para la prestación de las funciones propias de la Atención Primaria.

EXPERIENCIAS PREVIAS O ANTECEDENTES

Nacida de la vieja práctica general de la primera mitad de este siglo, de la experiencia recogida durante largos años por médicos, pacientes y comunidades, el movimiento de médicos generales debió “aggiornarse” para poder sobrevivir en un mundo médico poblado cada vez más por especialistas y subespecialistas. Algunos médicos visionarios percibieron con claridad este reclamo social y haciéndose eco del mismo lideraron los esfuerzos de cambio. Se puede afirmar con certeza absoluta que la Medicina Familiar surgió como respuesta a una necesidad social.

En la década de los 60 la Medicina Familiar surgió como un esfuerzo por ofrecer una atención médica humanizada e integral. En la década de los 90, la crisis mundial de los sistemas de servicios de salud obligó a pensar la calidad relacionada con el costo efectividad y eficiencia del sistema¹⁶.

Después de varios decenios, cuando lo que existía como “sistema de servicios de salud” estaba formado por un número de médicos más o menos dispersos y algunos hospitales, se organizan después de la segunda posguerra los sistemas de atención de la salud, comenzando en el Reino Unido con la creación del Servicio Nacional de Salud y el derecho para todo ciudadano de acceder a esos servicios¹⁷. En los Estados Unidos se desarrollan con gran fuerza los grandes centros médicos basados en la concentración de especialistas y subespecialistas, dotados de una tecnología cada vez más compleja.

En los países subdesarrollados la influencia vira del patrón médico europeo al modelo americano lo que hace que, aún en los países más pobres, los sistemas de servicios de salud se organicen en base a hospitales, especialistas y tecnología. Son sistemas de servicios de salud hospitalocéntricos. Sin embargo, la experiencia va dejando cada vez más claro que más médicos y más hospitales no significan más salud y que complejidad no es igual a calidad.

Los primeros programas de medicina familiar se desarrollaron en México en la década de los setenta. Este país tiene el honor de haber organizado el primero de los programas de medicina familiar de América Latina, en el Instituto Mexicano de los Seguros Sociales (IMSS); una vez creado el servicio para el público, el IMSS tuvo la necesidad de organizar su propio programa educativo para formar el recurso humano que necesitaba en esta especialidad. El programa logró rápidamente el reconocimiento de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), que en 1975 crea el departamento de medicina familiar, primero en ese país y en la región.

En esa misma década se establecen también servicios de medicina familiar en Panamá y Bolivia, acompañados de los respectivos programas formativos. Después de los primeros tanteos, el desarrollo más pujante en la región comienza a partir de la creación del Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF) en 1981.

Al comenzar la década de los ochenta había medicina familiar en 3 países (México, Panamá y Bolivia). Diez años después, en 1990, los países con medicina familiar eran 18: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, República Dominicana, Ecuador, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela, y reunían un total de 160 programas.

La última década del siglo XX trajo de la mano dos fenómenos de enorme influencia sobre los sistemas de salud y, por ende, sobre la atención primaria: la reforma de los sistemas de salud, impulsada por los organismos internacionales y el concepto de medicina gerenciada o gestionada (*managed care*), todo esto en un marco signado por la globalización. Para entender mejor este fenómeno es importante destacar que, en esa década, el liderazgo internacional del movimiento de reforma lo tuvieron los entes financieros, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo (BID), por encima de los organismos específicos de salud, Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Así, se pusieron en boga conceptos tales como “los servicios de salud como mercancía” y se impulsó el de la función del médico de familia como barrera o “portero” del sistema de salud (*gatekeeper*), cuya misión es limitar el acceso de los pacientes a niveles más complejos del sistema, con el objeto de bajar costes. Nada más injusto, porque ese concepto nunca fue sostenido por los fundadores de la medicina familiar, quienes concebían al médico de familia como facilitador, coordinador, orientador y cuidador de sus pacientes aun en los niveles más complejos del sistema. En España¹⁸, hasta el año 2002 se habían formado más de 18.000 profesionales en esta especialidad. Ha habido no sólo este gran avance cuantitativo sino también otro cualitativo, con infinidad de revistas, libros, monografías, cursos, talleres, grupos de trabajo, congresos, actividades de investigación y docencia, etc., llevados a cabo por médicos de familia.

La Medicina Familiar y Comunitaria surge en el Uruguay en el año 1997¹⁹, en el marco del programa de Residencias Médicas del Ministerio de Salud Pública (MSP). Posteriormente la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina crea el Postgrado en el año 2001. El Programa de Residencia de la especialidad en sus inicios, preveía el desarrollo de actividades de formación en dos ámbitos básicamente: a) el ámbito hospitalario, con rotaciones por servicios docentes y de Emergencia de los Departamentos de Pediatría, Ginecoobstetricia, Medicina interna y otras especialidades (Otorrinolaringología, Oftalmología, Dermatología, Endocrinología). b) el primer nivel de atención y la comunidad en el marco de la actividad desarrollada por el tutor, figura definida como facilitador del proceso de aprendizaje.

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años han aparecido trabajos en el ámbito nacional e internacional que muestran claramente las ventajas del Médico de Familia como puerta de entrada al sistema de salud, como profesional con alta capacidad resolutoria de problemas y como coordinador de recursos y de los flujos de pacientes dentro del mismo.

Recientes artículos²⁰ describen de una manera clara los grandes aportes de la organización de los servicios de salud en torno a la Atención Primaria y al Médico de Familia. Bárbara Starfield²¹ encuentra que aquellos países que cuentan con médicos de familia como puerta de entrada al sistema sanitario presentan un menor uso de medicación, costes globales menores, consiguiendo, a pesar de ello, mayores niveles de satisfacción entre los usuarios y, lo más llamativo aún, mejores niveles de salud; en definitiva mejores resultados en términos de efectividad, eficiencia micro y macroeconómica, equidad y satisfacción.

En nuestro país, los médicos de familia, dada su pluripotencialidad, se han convertido en una figura codiciada también en el área de las urgencias hospitalarias, en los servicios de emergencias extrahospitalarios y por parte de otras entidades públicas y privadas. En cualquiera de los ámbitos se exige al Médico de Familia, cada día más, un mayor nivel de competencia y capacidad de resolución.

Los sistemas de cobertura médica (gubernamentales, públicos y privados) clásicamente han cumplido con lo que se dio en llamar “el modelo del radar”. Es decir, cuando un paciente tiene algún problema o debe cumplir alguna práctica preventiva y se presenta en el sistema prestacional (radar), es rápidamente detectado por el mismo. Una vez reconocido, se lo interviene y resuelve o no y el paciente desaparece del radar. En un tiempo variable y dependiendo de la auto-determinación del paciente o el entorno, éste se vuelve a presentar y es posible de alguna otra intervención o seguimiento del problema anterior. Según esta lógica, la demanda del paciente es el factor desencadenante del proceso de atención. Este modelo produjo resultados variables a lo largo del tiempo, siendo especialmente útil para el cuidado de las enfermedades agudas, siempre y cuando éstas sean fácilmente percibidas por parte de los pacientes.

Sin embargo, en las últimas décadas, el mismo tuvo serias dificultades para adaptarse a los profundos cambios demográficos y epidemiológicos que ocurrieron. Las pirámides poblacionales (en especial en los países desarrollados) tienen cada vez mayor superficie en las franjas de los mayores de 65 años. De manera concomitante, se incrementaron las tasas de **enfermedades crónicas**, las cuales son hoy responsables de la mayor parte de los usos y costo de los sistemas de salud y de la morbi-mortalidad de la población. La atención de estas enfermedades resulta problemática. Por un lado, los resultados no son satisfactorios y, por el otro, se incrementan los usos del sistema de salud por complicaciones prevenibles. Adicionalmente, la población con problemas crónicos está insatisfecha con el cuidado que recibe.

Las experiencias nacionales e internacionales en el cuidado de estas patologías son decepcionantes. Por ejemplo, los niveles de control comunicados de pacientes con “hipertensión arterial”, “diabetes” o “prevención secundaria de enfermedad vascular” en poblaciones no seleccionadas varían entre el 10 y el 40%.^{22 23}

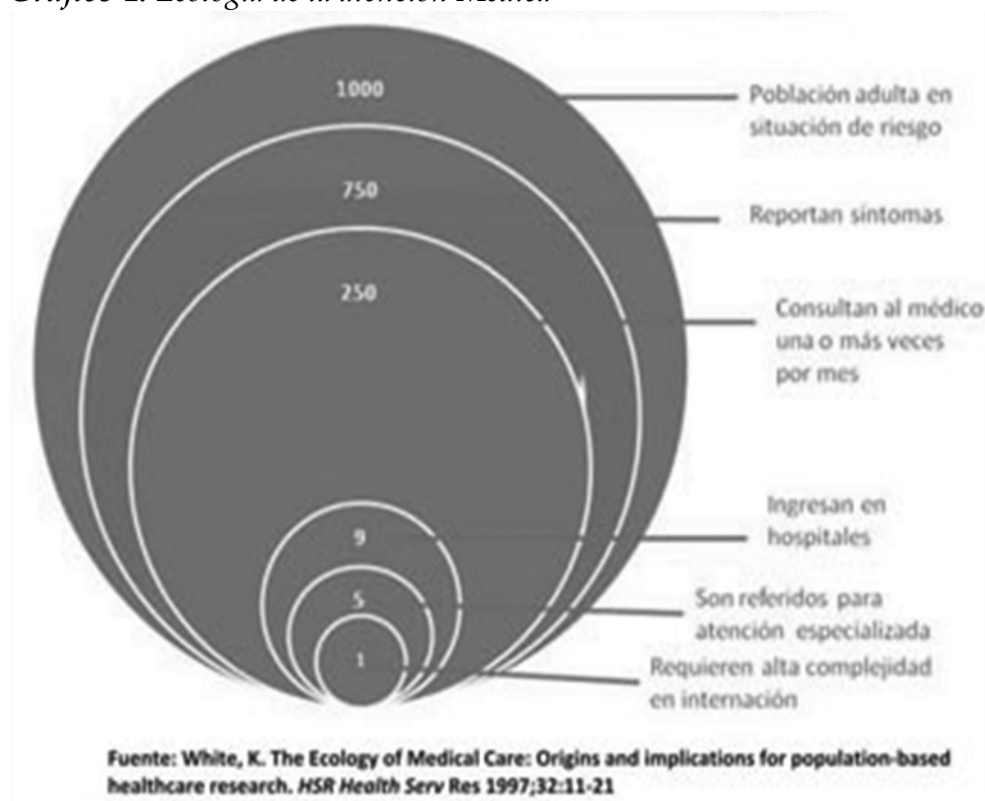
¿Cuál es el motivo de esta epidemia de enfermedades crónicas mal controladas?

Las respuestas son múltiples ya que seguramente se debe a un fenómeno complejo y multicausal. Los resultados demuestran que el modelo del radar no parece apropiado para brindar un sistema de cuidado continuado (365 días al año) y efectivo. En este modelo el paciente consulta cinco a diez veces al año y todo el resto del tiempo depende de su propio cuidado, para el cual no está preparado adecuadamente.

En términos numéricos, el paciente está 2 horas/año en contacto directo con el sistema prestacional y 6.200 Hs/año despierto y bajo su auto-cuidado. Por lo tanto, es evidente que no se puede hacer recaer sólo sobre el sistema prestacional y sus 2 horas por año de contacto ni todas las causas ni todas las soluciones de este problema tan complejo. Además, los contactos con el sistema se suelen fragmentar entre los distintos médicos, con mala fluidez de la información y con habitual heterogeneidad de propuestas terapéuticas y objetivos.

Un trabajo clásico de White²⁴, realizado en 1961 y repetido en 1973, ilustra que resulta esperable que sólo 5 pacientes de cada mil habitantes requieran de prestaciones de alta tecnología médica en un determinado mes y de ello sólo uno a nivel de internación (*Ver Gráfico 1*).

Gráfico 1: Ecología de la atención Médica



Un trabajo reciente coordinado por Green²⁵, valida estos datos detectando que los cambios más importantes han sido que la cantidad de pacientes que reporta síntomas aumenta (de 750 a 800), que de ellos unos 327 consideran realizar consultas médicas y sólo 217 lo hacen (mientras 113 visitan a médicos del primer nivel los otros 104 acuden directamente a especialistas), unos 65 pacientes optan por medicinas alternativas, 21 concurren a centros de atención primaria, 14 solicitan consultas domiciliarias, 13 reciben atención de emergencia en guardias hospitalarias, 8 son hospitalizados y sólo 0,7 requieren tratamiento de alta complejidad.

Ortún Rubio (1996)²⁶ analizó como el mayor vector de innovación en salud se registra a nivel de las decisiones clínicas que involucran la denominada microgestión sanitaria y que son responsables por la asignación del 70% de los recursos que opera el sector. El problema es que la práctica clínica resulta muy heterogénea y estas decisiones están aún muy lejos de ser totalmente racionales²⁷.

Según lo expresado anteriormente el médico de familia es un “gestor de recursos”, lo que implica solicitarle a cada paciente lo que realmente corresponde, evitando la variabilidad y el pedido innecesario de estudios, prácticas, etc., que en muchas ocasiones llevan a peores resultados en salud. Fisher y Wenberg²⁸ demostraron que la utilización de servicios médicos registra una curva de rendimientos marginales decrecientes. En un primer momento, un aumento en la cantidad se acompaña inequívocamente de mayores beneficios y de hecho, una menor utilización en esta fase es conocida como “infrautilización inadecuada”. Luego se llega a un período en el que dicho beneficio se estabiliza e incluso comienza a reducirse (“sobreutilización inadecuada”) (Ver gráfico 2).

Gráfico 2: Rendimientos Sanitarios de las prestaciones médicas en función de la utilización.



Lamentablemente, los servicios que tienen más visibilidad y alcanzan mayor fama suelen no ser los más importantes para preservar y cuidar de la salud. Durante los últimos cincuenta años y en especial con el advenimiento de la medicina hiper-especializada, los servicios del primer nivel de atención se han convertido en el patito feo de la medicina asistencial. Testimonio de ello es que en la epidemia de reformas sanitarias que desde hace unos veinte años afecta al continente (tanto como al resto del mundo) son muy pocos los casos en donde se ha privilegiado la APS. Mientras tanto, los servicios de mayor complejidad, que se dedican más a la reanimación y rehabilitación que a preservar la salud, alcanzan fama y notoriedad, son tema central de películas y series televisivas y se instalan en el imaginario social como sinónimo de salud.

En atención médica hace más ruido un árbol al caer que todo un bosque que crece en silencio. De hecho, podemos postular que la mayor parte de aquello que denominamos sistemas de salud no son tal cosa. No pasan, en realidad, más que de sistemas de cuidados de la enfermedad²⁹.

Vivimos en un país que ha experimentado cambios importantes en los últimos años. Hemos asistido a un incremento en la utilización de los servicios de AP secundario al crecimiento de la población anciana enferma, de las personas con patologías crónicas, de los cambios de la estructura familiar, de los factores ligados a los estilos de vida y al entorno o de las nuevas necesidades y expectativas originadas por los problemas que producen “infelicidad”.

Pero este aumento también es debido a la mayor calidad y oferta de los servicios, favorecidas éstas por el desarrollo tecnológico y su accesibilidad, con una mejor formación y mayor capacidad resolutoria de los médicos de familia (MF). Todo ello unido a un aumento de la demanda de información, con mayor capacidad de autonomía y de toma de decisiones y con la asunción de responsabilidades por parte de los usuarios.

OBJETIVOS

- Analizar las experiencias de implementación de servicios y residencias de medicina familiar en diferentes países haciendo especial hincapié en los antecedentes en nuestro país.
- Diseñar una recomendación de un servicio y un programa de residencia de Medicina Familiar para una institución de Salud que asiste a pacientes con alta complejidad, de la seguridad social y de medicina prepaga y que tiene anexada la presencia de centros de atención primaria o policlínicos.

METODOLOGÍA

Se realizó una **búsqueda bibliográfica** con información sobre servicios y residencias de Medicina familiar implementada en diferentes países del mundo haciendo hincapié en los programas de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) dados los alcances y experiencias con las que cuenta este programa.

Se analizaron los programas de medicina familiar de la República Argentina tanto estatales (las del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y las de la provincia de Buenos Aires con larga experiencia como la de Mar del Plata y Bahía Blanca), como los programas de Medicina familiar de instituciones privadas con prepago propio como el CEMIC y el Hospital Italiano de Buenos Aires y de instituciones que trabajan fundamentalmente con la seguridad social como es el caso de Construir Salud (OSPECOM).

Criterios de inclusión

Se incluyeron artículos relacionados a servicios y residencias de Medicina Familiar en Argentina, América Latina, Estados Unidos y países de Europa.

Las instituciones que contaban con programas de medicina familiar pudieron ser públicas o privadas, funcionar exclusivamente como centros de salud o contar también con internación propia.

Criterios de exclusión

No se detallan.

Teniendo en cuenta el objetivo de la presente tesis se enumeran a continuación aquellos elementos que se buscaron (aunque no siempre se encontraron) de las experiencias que se consultaron:

- Formación del servicio.
- Años de experiencia.
- Tipo de institución (pública, privada, seguridad social).
- Composición del servicio.
- Lugares de rotación/formación.
- Objetivos/Contenidos de los programas.
- Creación de la residencia.
- Duración del programa de residencia.
- Número de residentes por año.
- Modalidad de evaluación del programa.
- Articulación con otras áreas: docencia, investigación.
- Salida laboral.
- Modalidad de contratación de los profesionales.

RESULTADOS

Descripción de residencias de Medicina familiar en Argentina

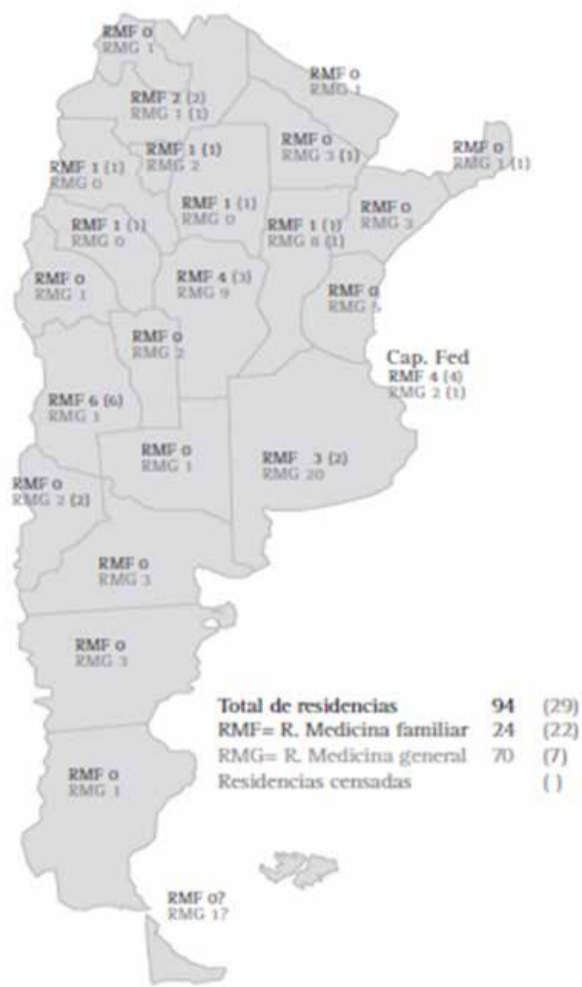
Resulta fundamental analizar un artículo publicado en el año 2005 en los Archivos de Medicina Familiar y General³⁰ donde se analiza el primer censo de residencias de medicina familiar y general en la República Argentina.

Los principales resultado de dicho trabajo destacan que en toda la República Argentina se identificaron 94 residencias de medicina familiar (MF) y/o medicina general (MG) respondiendo a múltiples denominaciones, de las cuales sólo se censaron 29 (30,8%). De las 94 residencias, 70 (74,5%) eran de MG y las 24 (25,5%) restantes de MF. Estas proporciones se invirtieron en las 29 residencias censadas, ya que 22 (75,9%) eran de MF y sólo 7 (24,1%) de MG (ver tabla).

El 86,2% (25) de los programas estaban planteados para ser realizados durante tres años y sólo cuatro duran cuatro años. De las 29 residencias censadas 9 (31%) pertenecen al ámbito privado, y 20 (69%) pertenecen al ámbito público.

El siguiente gráfico (gráfico 3) muestra la distribución de residencias de MF y MG por provincias.

Gráfico 3: Distribución de las residencias de MG y G en Argentina



Total de residencias	94	(29)
RMF= R. Medicina familiar	24	(22)
RMG= R. Medicina general	70	(7)
Residencias censadas		()

Distribución de las Residencias de Medicina Familiar y General en Argentina según datos obtenidos para mayo de 2004 (entre paréntesis pueden evidenciarse las que fueron censadas).

Todas las residencias utilizaban los Centros de Atención Primaria como lugar para su formación en el primer nivel de atención pero la localización de los mismos era variable. Durante esta actividad asistencial en los CAP, los R1 atendían en promedio 2,51 pacientes por hora. Los R2 asistían en promedio 3,44 pacientes por hora y los R3, 3,96 pacientes en el mismo tiempo.

La selección entre los aspirantes para cubrir los cargos ofertados se realizó en forma variable, el 72% de las residencias la realizan a través de un examen y una entrevista personal. Sólo tres lo hicieron exclusivamente a través del examen de preselección y ocho tuvieron en cuenta otras condiciones además del examen y la entrevista personal. Las residencias con mayor diferencia entre demanda y oferta de cargos fueron la del Sanatorio Mayo (Córdoba) con 75 inscriptos en 2002 para 2 cargos (37,5 asp/cargo), y la de Rivadavia (Mendoza) con 55 aspirantes para 2 cargos (27,5 asp/cargo). En la CABA esta relación se mantuvo en todas las residencias alrededor de 20 aspirantes por cargo (*Tabla 1*).

Tabla 1: Aspirantes y Relación Aspirante/Cargo en residencias de MF y G en Argentina

Residencia	Localidad	Cargos 1er año	Aspirantes 2002	Relación Aspirantes/cargo
MF (Htal. Francés)	Cap.Fed.	4	80	20
MF (OSPeCon)	Cap.Fed.	0	0	0
MF (Htal. Italiano)	Cap.Fed.	3	45	15
MF (CEMOC)	Cap.Fed.	3	62	20,6
MFGyC (Htal. Alvarez)	Cap.Fed.	3		?
MFyC	Salta	4	17	4,25
MGC/ APS	Gral Guemes	7	26	3,7
MFyC	Orán	3		?
MFyG	SFVdeCatamarca	3	12	4
MFyC	La Rioja	4	7	1,75
MG	Villa Ángela	3	65	21,6
MG	Posadas	8	65	8,12
MF (OSPeCon)	SM de Tucumán	0	0	0
MFyG	Sgo. Estero	0	0	0
MFyG	Córdoba	5	50	10
MFyG	Rafaela	3	11	3,6
MF (OSPeCon)	Rosario	0	0	0
MF	Mar del Plata	2	22	11
MFySC	Bahía Blanca	2	15	7,5
MG	Zapala	6		?
MG	Neuquén	10	85	8,5
MF	Guaymallén	3	28	9,3
MF	Junín	2		?
MFyC	San Martín	2		?
MF	Rivadavia	2	55	27,5
MFyC	Lavalle	3		?
MF	Godoy Cruz	3		?
MFyG	Córdoba			
MGCyF	Córdoba	2	75	37,5
TOTALES		90	720	8

A continuación, se muestran las diferentes estrategias pedagógicas utilizadas y las horas semanales promedio distribuidas para cada estrategia de acuerdo al año de residencia (Tabla 2).

Tabla 2: Estrategias pedagógicas por año de residencia.

Actividad docente	1er Año	2do Año	3er año
Clases teóricas	6,96 (1-15)	6,58 (1-15)	6,27 (1-15)
Supervisión	9,41 (0-25)	8,68 (0-25)	11,20 (0-35)
"Pase"/ Ateneos	3,17 (0-10)	3,20 (0-10)	3,03 (0-10)
Investigación/Congresos	1 (0-4)	1,14 (0-4)	1,25 (0-4)
Trabajo Comunitario	2,03 (0-15)	2,03 (0-15)	2,93 (0-20)

Análisis comparativos de diferentes programas de residencia

Resulta interesante comparar diferentes programas de medicina familiar o general. Mas aún si los mismos provienen de distintos países y si se selecciona para el análisis programas llevados a cabo en el interior del país, en instituciones públicas y privadas

Los detalles relacionados con rotaciones, con su duración correspondiente, año por año se detallan en la tabla 6.

Comparación de rotaciones y duración de las mismas de diferentes servicios de Medicina Familiar. (Tabla 3, 4, 5, 6)

Tabla 3: Comparación programas de residencia 1er año.

		SEMFyC	Hospital Italiano	CABA	CEMIC	Bahía Blanca
1° AÑO	MEDICINA FAMILIAR (MF)	3-6 meses	3 meses	Todo el año 3 meses exclusivos.	2 meses	5 meses
	MEDICINA INTERNA (MI) Y ESPECIALIDADES	5 meses	4 meses		4 meses	3 meses
	SALUD DEL NIÑO		4 meses	3 meses	3 meses	3 meses
	SALUD DE LA MUJER (SM)			3 meses	1 mes (Gineco)	
	URGENCIAS		A lo largo de año		1 mes	
	OBSTETRICIA			3 meses		
	VACACIONES	1 mes	1 mes	1 mes	1 mes	1 mes

Tabla 4: Comparación programas de residencia 2do año.

		SEMFyC	Hospital Italiano	CABA	CEMIC	Bahía Blanca
2° año	MEDICINA INTERNA	8 meses (junto con esp CX)	2 meses exclusivos			
	MEDICINA FAMILIAR (MF)	3 meses	Todo el año	5 meses		7 meses
	OBSTETRICIA		2 meses exclusivos		2 meses	2 meses
	SALUD MENTAL		5 meses			
	UCO		2 meses exclusivos			
	SALUD DE LA MUJER (SM)		5 meses	2 meses	2 meses	2 meses
	URGENCIAS		A lo largo de año		2 meses (UO)	
	SALUD DEL NIÑO			3 meses		
	NEONATOLOGÍA			1 mes		
	CARDIOLOGÍA				2 meses	
	DERMATOLOGÍA				2 meses	
	DX POR IMÁGENES				1 mes	
	VACACIONES	1 mes	1 mes	1 mes	1 mes	1 mes

Tabla 5: Comparación programas de residencia 3er año.

	SEMFyC	Hospital Italiano	CABA	CEMIC	Bahía Blanca
SALUD DEL NIÑO	2 meses	4 meses			
SALUD DE LA MUJER	3 meses	4 meses			
SALUD MENTAL	3 meses	8 meses			
ELECTIVAS	3 meses		2 meses		3 meses
URGENCIAS		A lo largo del año		2 meses	
MEDICINA FAMILIAR		9 meses	3 meses	2 meses	4 meses
TRAUMATOLOGÍA		2 mes	2 meses		
RURAL		1 mes exclusivo			
CIRUGÍA					
CARDIOLOGÍA					
SALUD DEL ANCIANO			3 meses	2 meses	
DERMATOLOGÍA		2 meses	2 meses		
C PALIATIVOS				2 meses	
DBT Y NUTRICIÓN				2 meses	
ENDOCRINOLOGÍA				1 mes	
OFTALMOLOGÍA					2 meses
ORL					2 meses
VACACIONES	1 mes	1 mes	1 mes	1 mes	1 mes
ROTACIÓN ALTERNATIVA			2 meses	2 meses	

3° año

Tabla 6: Comparación programas de residencia 4to año.

		SEMFyC	Hospital Italiano	CABA	CEMIC	Bahía Blanca
4° año	MEDICINA FAMILIAR	11 meses	9 meses	6 meses		
	VACACIONES	1 mes		1		
	ELECTIVAS		2 meses	3 meses	2 meses	
	URGENCIAS		A lo largo del año			
	SALUD DEL ANCIANO		2 meses			
	ROTACIÓN ALTERNATIVA			2 meses	2 meses	

Descripción de servicios de Medicina familiar

El **Servicio de Medicina Familiar del CEMIC** fue el primero con esa denominación en el país. Fue fundado en 1986. Desde sus inicios, presentó un fuerte compromiso académico, ya que se desarrolló el primer programa de residencia de posgrado de la especialidad. La misión del servicio de Medicina Familiar fue la de promover la salud de las personas a través del liderazgo, la innovación en la práctica médica, la educación médica, la investigación y el servicio comunitario.

El *core* de la residencia se lleva a cabo en el Centro de Salud La Unión-CEMIC, fundado en marzo de 1989 en el Barrio Aviación, partido de San Fernando y el servicio de El CEMIC es la Institución que se ocupa de brindar atención médica, a través del servicio abordando los principales problemas de salud como patología respiratoria, problemas dermatológicos, hipertensión arterial, obesidad, otitis, gastroenteritis, desnutrición, parasitosis, sarna, micosis, enfermedades de transmisión sexual, violencia familiar y adicciones.

Los problemas de tipo emocional o problemas de aprendizaje son abordados en forma interdisciplinaria con los médicos, la psicóloga, la fonoaudióloga y la psicopedagoga, quienes participan de los pases ambulatorios que se realizan todos los días al finalizar el consultorio.

Los problemas sociales son abordados por todo el equipo de salud. Existen espacios docentes con los residentes, y visitas a domicilios o a instituciones (Tribunales, Organizaciones No Gubernamentales, Comisaría de la Mujer). La enfermera y la secretaria participan activamente de las actividades antes mencionados.

La Unidad de Medicina Familiar y Preventiva (UMFyP) del Hospital Italiano de Buenos Aires fue creada el 1ro. de octubre de 1989 por decisión de las autoridades del mismo hospital³¹. En el año 2006 se crea el servicio de medicina Familiar y comunitaria (SMFyC) que actualmente cuenta con más de 120 médicos con dedicación exclusiva y de tiempo completo. La población asistida por el SMFyC es la del Plan de Salud del Hospital Italiano, que cuenta en la actualidad con aproximadamente 100.000 afiliados; y del Centro de Medicina Familiar San Pantaleón, en el cual se trabaja en convenio con la Municipalidad de San Isidro, en la atención de población de bajos recursos. En todos los casos, el modelo de atención está basado en el de médico de familia. De esta manera cada grupo familiar tiene su propio médico de familia para consultar ante cualquier problema de salud.

La Residencia de Medicina Familiar fue creada en mayo de 1990 con el ingreso de cuatro residentes en 1er año, y con un curriculum de tres años de duración. Desde entonces y hasta la actualidad, el ritmo de ingreso de residentes se ha mantenido de tres a cuatro por año, habiendo egresado más de 60 especialistas en Medicina Familiar. El curriculum de la residencia es evaluado periódicamente para ajustar sus niveles de calidad de acuerdo a los "Criterios de Excelencia de un Programa de Residencia de Medicina Familiar" del Programa de Asistencia a Residencias, del que participan las instituciones más importantes de medicina familiar de Estados Unidos y Canadá y de acuerdo al Reglamento de Acreditación de Residencias de la Asociación Argentina de Medicina Familiar (AAMF). El Programa ha sido acreditado por la AAMF en el año 1994 y reacreditado en 1998. La Universidad de Buenos Aires (UBA) ha aprobado el Programa de cuatro años como Carrera de Especialista Universitario en Medicina Familiar (el primero en el país). El Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Italiano aprobó la implementación de este curriculum de 4 años a partir del 2003.

El servicio de medicina Familiar del **Hospital privado de la Comunidad de Mar del Plata** desarrolla tanto tareas asistenciales, como docentes y de extensión comunitaria. La actividad asistencial y académica se desarrolla principalmente en el Area 1 (un centro de salud) con el objetivo de brindar la mejor accesibilidad dentro de la franja horaria de atención. Es un área que cuenta con 9 consultorios, donde además de Medicina Familiar hay otras especialidades.

Las consultas se llevan a cabo mediante consulta individual programada con un médico de familia del equipo, mediante consulta sin turno con el médico de familia, de cabecera, en los horarios de su práctica habitual, cuando el problema no puede esperar un turno, mediante consulta por demanda espontánea con algún médico del equipo disponible a tal fin en el horario de 9 a 17 hs, cuando la urgencia del problema o disponibilidad horaria de su médico no permiten esperar.

El servicio desarrolla algunos consultorios específicos como el: consultorio de prevención cardiovascular y el consultorio para dejar de fumar.

La actividad **docente** se lleva a cabo mediante el sostenimiento de un programa de residencia o entrenamiento donde se forman médicos de familia bajo la supervisión constante y conjunta con el resto de los servicios del hospital. La residencia de Medicina Familiar comenzó como un programa de entrenamiento en 1991, cuenta con egresados que se encuentran insertos en distintas actividades tanto privadas como estatales en distintas regiones del país y también en el exterior.

En la Ciudad autónoma de Buenos Aires³², la residencia de Medicina General se inició en el año 1992 con una sede ubicada en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 24, del Área Programática del Hospital Piñero. Actualmente la residencia cuenta con múltiples sedes entre las que se encuentran:

CeSAC 24 y CeSAC 19, Hospital Piñero, CeSAC 21, Hospital Fernández. CeSAC 15 y CeSAC 9, Hospital Argerich, CeSAC 35, Hospital Penna. CeSAC 34, Hospital Álvarez, CeSAC 12, Hospital Pirovano, CeSAC 36, Hospital Vélez Sarsfield, CeSAC 7, Hospital Santojanni, CeSAC 11, Hospital Ramos Mejía.

Propuesta para implementar un Servicio de Medicina Familiar

Dado de que se trata de una especialidad que por definición está vinculada a las necesidades de la población que atiende, no existe un solo tipo de Médico de Familia y Comunitario sino tantos perfiles como comunidades con características particulares.

Diseño de un servicio de medicina familiar

El diseño de un servicio de medicina familiar en una institución de salud y, más precisamente en el modelo que pretendo presentar implica una modificación profunda en el sistema de atención.

La propuesta de un nuevo modelo de atención, se realiza sobre el supuesto de que existe un modelo anterior, que está arraigado en los equipos de salud, y que ha sido transmitido a través de generaciones. Este modelo es la expresión de un paradigma que conceptúa salud y enfermedad desde una perspectiva biomédica.

Por el contrario, el paradigma biopsicosocial de la salud, ofrece una visión integral del fenómeno salud-enfermedad que, sin desconocer sus aspectos más biológicos, incorpora otras dimensiones, imprescindibles para el estudio y abordaje del complejo panorama epidemiológico que enfrenta la sociedad.

Los elementos centrales que constituyen el Modelo de Atención propuesto son los siguientes:

1. Un Modelo Centrado en la Persona

Coloca a la persona en el centro de la atención, como objeto de la misma y sujeto responsable de su propio cuidado. Implica considerar a la persona en toda su potencialidad y complejidad; con su biología, su psiquis, su cultura, sus valores y su entorno. Cualquier decisión sobre el cuidado de la salud, deberá considerar, en mayor o menor medida, estas dimensiones, irrepetibles, en cada una de las personas. En este modelo las responsabilidades están compartidas (en el entendido que el cuidado de la salud es una función no delegable, pues, en definitiva, quien debe decidir qué hacer será, siempre, la persona y su familia). El profesional puede recomendar o indicar; pero no se puede hacer cargo de las decisiones que determinan la calidad del cuidado.

2. Orientación Comunitaria y Participación

En este modelo, el médico de familia ve a cada paciente como parte de un grupo social, que comparte sus riesgos y potencialidades. La responsabilidad del médico no se agota con la respuesta a la demanda. La orientación comunitaria le obliga a tener una actitud proactiva, para el enfrentamiento de problemas de salud que, si bien no siempre son parte de la demanda, son importantes para la población.

3. Población a Cargo

La tarea cotidiana debe estar dirigida a una población específica, habitualmente ubicada en un territorio determinado.

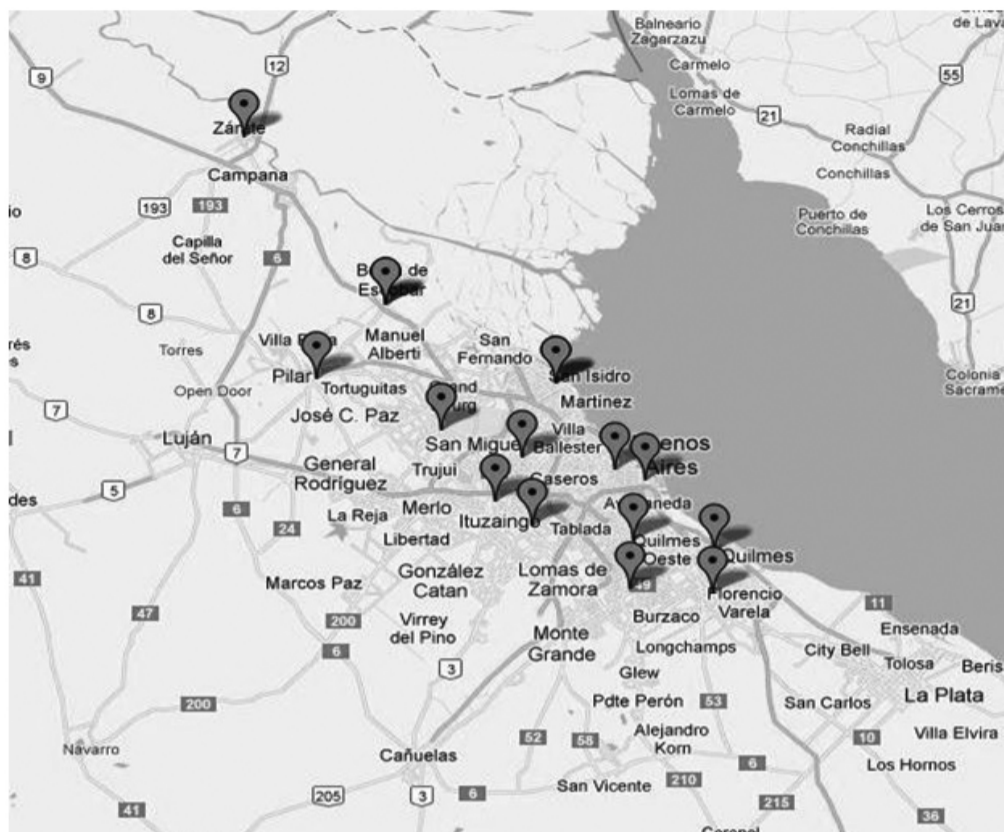
La tabla 7 demuestra el padrón poblacional de una importante Obra social de la república Argentina.

Tabla 7: Padrón poblacional de una Obra social de la República Argentina.

Rango	F	M	Total	%
00	1211	1226	2437	1,4
01 – 14	22253	23443	45696	25,9
15 – 49	49209	52989	102198	57,9
50 – 64	10495	12272	22767	12,9
> 65	1313	2034	3347	1,9
Total	84481	91964	176445	
	48%	52%		

El gráfico 4 muestra las localizaciones de los centro de atención periférica o policlínicos de una importante Obra Social de la República Argentina.

Gráfico 4: Localización de los centros de salud de una obra social en la República Argentina



Resulta importante contar con información lo más exacta posible acerca de la distribución poblacional de cada una de las zonas donde se localizan estos policlínicos.

4. Continuidad en el Cuidado de la Salud

La continuidad en el cuidado de la salud es uno de los elementos del modelo que potencia el enfoque centrado en la persona y la orientación comunitaria. Se traduce en una relación estable y continua en el tiempo, de las personas y la comunidad con los médicos de familia y con el equipo de salud.

La continuidad personal con los profesionales, específicamente en relación al médico de familia, ha demostrado tener diversos efectos positivos en salud:

Favorece la satisfacción de la población y de los profesionales.

Mejora el uso de los recursos; principalmente, a través de la disminución en los estudios solicitados (exámenes, interconsultas, etc.), los ingresos hospitalarios y, por ende, los costos totales de la atención primaria.

Permite mejores resultados en salud: mayor adherencia a tratamientos y cuidados preventivos; menos ingresos hospitalarios; disminución en "policonsulta".

Es, entonces, necesario incorporar al modelo, el concepto de continuidad personal, con un equipo de salud y con cada uno de los profesionales (médicos de familia) de éste; constituyendo un "equipo" y "profesionales de cabecera".

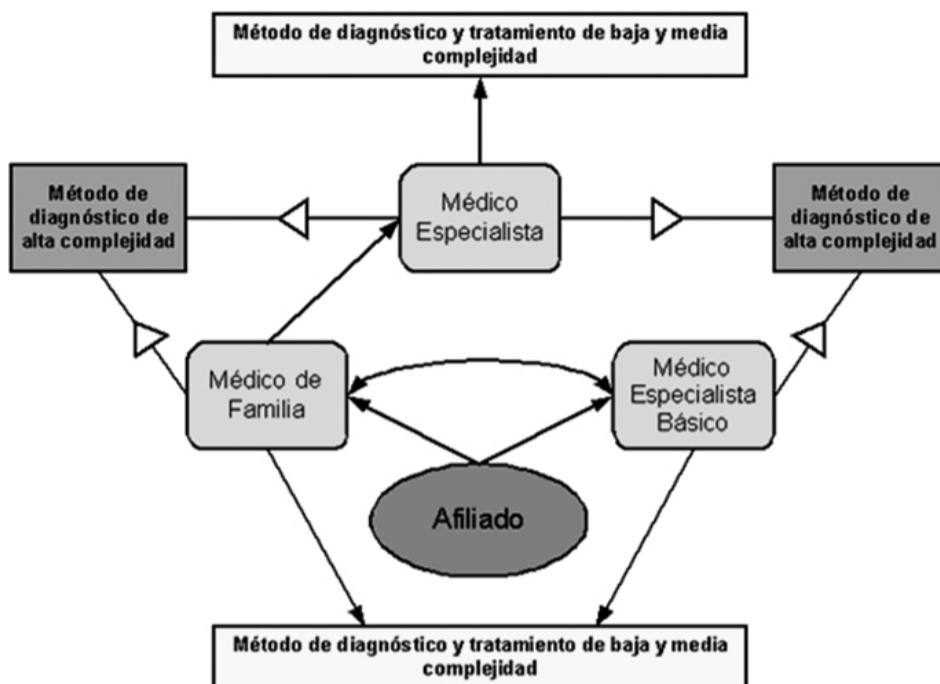
El equipo de salud, en este Modelo, también asume una responsabilidad en el cuidado a través de todo el ciclo vital de las personas; e idealmente también se extiende a la continuidad de la atención por los especialistas de referencia. En este punto, se debe destacar la importancia de una relación continua entre el médico de cabecera y los especialistas de referencia, para mejorar la eficiencia y los resultados de salud, ya mencionados anteriormente.

5. Resolutividad y efectividad

El modelo propuesto plantea la búsqueda proactiva de las mejores alternativas de intervención en el ámbito personal, familiar y comunitario, basadas en las mejores evidencias disponibles (cuidado de la salud basado en la evidencia), considerando el contexto de recursos (intervenciones costo-efectivas, contención de costos). Desde el punto de vista asistencial, implica, entre otras cosas, mejorar la capacidad diagnóstica y de manejo de casos en la atención primaria, de acuerdo a la realidad local. La gestión orientada a resultados en salud, que reemplaza a aquella que se orienta a los procesos, es una de las estrategias necesarias para operacionalizar los conceptos de efectividad y resolutividad.

La efectividad debe ser distinguida de la resolutividad. La primera se aplica en la perspectiva poblacional e incorpora criterios epidemiológicos en la definición de los problemas y la generación de soluciones “efectivas”; implica pasar de “ofrecer una prestación” a “ofrecer un resultado”. La segunda, se aplica en la perspectiva del paciente individual, y se relaciona con poner a su alcance las herramientas adecuadas para la solución de sus problemas de salud. El ser “efectivo” implica ejecutar las intervenciones en salud que han demostrado esta propiedad, en cada uno de los ámbitos de acción de ella; esto es, en la promoción y prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad.

Gráfico 5: Resumen del modelo de atención



Visión del centro de atención periférico o policonsultorio

En este modelo de servicio de medicina familiar propuesto, el ámbito laboral del médico de familia es casi exclusivo en el centro de atención periférica o policonsultorio, en cambio, el ámbito de formación se reparte entre el policonsultorio y el hospital, sanatorio o centro de alta complejidad.

La visión del policonsultorio es la de convertirse en un espacio de encuentro entre las personas y el sistema de atención de salud y de ser reconocido por las personas y familias que allí se atienden, como un lugar acogedor, donde encuentran respuesta efectiva y oportuna a sus necesidades de atención. Las personas se sienten estimuladas a hacerse responsables, en conjunto con su familia, del cuidado de su propia salud. Su conformación se basa fundamentalmente en la presencia de médicos de familia como líderes de equipo y de otros especialistas que tienen a su cargo la atención de un número adecuado de personas y familias. Esto permite una relación personalizada, cercana, continuada y resolutive, con su población a cargo.

Características de la implementación

Será necesario definir el modelo organizacional, el modelo asistencial y la constitución global del equipo de salud, teniendo en cuenta la interacción de los médicos de familia con otros especialistas y con el tamaño de la población.

1. Modelo organizacional

Se requiere una organización flexible, cuya estructura y procesos den cuenta de los requerimientos planteados. Los temas fundamentales, en relación con el modelo organizacional, son:

Orientación a resultados

La actividad de los profesionales médicos de familia deberá medirse a través del logro de resultados, por lo que será necesario avanzar en la definición de estándares para los mismos en términos de:

- Resolutividad clínica: capacidad diagnóstica, tratamiento de casos, flujo de información y prácticas del cuidado de salud basado en evidencias, etc.
- Efectividad poblacional: definición y medición de indicadores de daño y factores de riesgo adecuados a la realidad local, cambio en el perfil de estos indicadores, medición de indicadores complejos de situación de salud, etc.
- Eficiencia en el uso de los recursos: definición y monitoreo de costo-efectividad de las prestaciones, etc.
- Satisfacción usuaria: oportunidad de la atención, accesibilidad, tiempos de espera, resolución de problemas, percepción de calidad, etc.

Sistema de información

Se requiere un sistema de información ágil y moderno, que permita monitorizar y evaluar, en forma permanente, la evolución del desempeño de los profesionales en el policonsultorio y el logro de sus resultados. Este sistema será clave para una gestión informada y eficiente, sin la cual se dificulta esta orientación a resultados y la continuidad de atención.

Descentralización

La necesidad de descentralización de la gestión, deriva de la importancia de responder, eficientemente, a los problemas locales. Los médicos de familia deberán tender a un nivel de autonomía, que le permitiera ofrecer respuestas oportunas y eficientes a los problemas detectados y priorizados, localmente. Esto no significa prescindir de las características médicas tecnológicas que implica la atención o la derivación de pacientes en los sanatorios o centros de alta complejidad.

Gestión participativa

La descentralización debería extenderse, también, hacia el interior del centro del lugar de atención, en este caso el policonsultorio, traspasando niveles variables de autonomía a los médicos de familia o a los equipos de salud. Estos, al ser los conocedores más profundos de la realidad de sus usuarios, deben tener un rol protagónico en la definición de los problemas, la selección de las alternativas de intervención, la asignación de sus recursos y en la evaluación de sus procesos y resultados.

Organización de la atención

La organización de la asistencia estará basada en:

- Implementación de la consulta por cita previa: el usuario de forma anticipada, personal o telefónicamente solicita la consulta. Esto permite planificar la consulta diaria y a su vez introduce en el usuario el manejo de criterios relacionados con la urgencia frente a la presencia de problemas de salud. La educación del usuario y la presencia de un equipo de salud estable son elementos favorecedores de este proceso.
- Implementación de la consulta programada: los médicos de familia convocan a la consulta. Se utiliza para organizar controles en salud, control de patologías crónicas y seguimiento de patologías agudas. También contribuye a educar al paciente en la forma de utilizar los servicios de salud.
- Implementación de las consultas no programadas o por demanda espontánea: para poder responder a la demanda no prevista con antelación por surgimiento de un problema de salud que debe ser resuelto en forma rápida.
- Implementación de la visita domiciliaria: la visita domiciliaria es una propuesta cuya principal característica es que permite consolidar la relación con el paciente y la familia y profundizar el conocimiento de las creencias, pensamientos y temores respecto al proceso Salud – enfermedad.

Modalidad de contratación y generación de incentivos

Poderosas herramientas de gestión ya que permite operar sobre el gasto y sobre las conductas de las personas.

2. Modelo asistencial

Enfoque familiar en la atención de la Salud.

La atención familiar cuenta con numerosas herramientas que permiten su práctica. Una de ellas es la Historia Clínica Familiar (HCF).

La HCF es un documento médico legal que integra el sistema de registros que se utilizan en el primer nivel de atención, y que tiene la particularidad de cumplir con las siguientes funciones:

- La atención individual.
- La atención familiar.
- El control de calidad y la monitorización las actividades clínicas.
- El registro de las actividades comunitarias.
- Ser fuente de datos para la investigación.
- Ser elemento básico para la docencia.

La HCF no consiste en un archivo de historias clínicas individuales de las personas que comparten un mismo hogar, sino que debe incluir el registro de datos que posibiliten el abordaje familiar.

En el modelo propuesto debe ser una única historia clínica que también puede visualizarse en el centro de alta complejidad, de tal manera de asegurar la bidireccionalidad de la información.

Gestión Clínica

En este modelo, la toma de decisiones clínicas debe ser reflexiva y racional, basada en criterios comunes, sean estos científicamente probados o, bien, convenidos.

Se plantea que, al menos, el 20% del tiempo del médico de familia debería ser dedicado a actividades de gestión clínica, trabajo en equipo y otras labores de atención, no contempladas en la consulta (visitas domiciliarias, trabajo comunitario, etc.). Para esta implementación, como se planteó anteriormente, resulta fundamental la disponibilidad de un sistema de información, que permita registrar las acciones realizadas, de manera de permitir su evaluación, facilitar el manejo de la información clínica (fichas de pacientes, protocolos, interconsultas, etc.) y acceder a fuentes de información (bibliografía, internet, interconsultas de especialidades, etc.).

En una etapa inicial es recomendable definir algunos criterios de resolutiveidad, que puedan constituir las primeras metas de este proceso:

- Atención oportuna de 100% de la demanda espontánea: esto supone al mismo tiempo definir criterios de "oportunidad".
- Resolución de 90% de las consultas, con especial énfasis en: problemas de salud mental, patología respiratoria, patología infecciosa prevalente, patología osteomuscular no traumática, enfermedades crónicas no transmisibles, problemas dermatológicos frecuentes.
- Disponibilidad de equipamiento diagnóstico y terapéutico mínimo que debe manejar e interpretar el médicos de familia: arsenal farmacológico adecuado a las patologías a resolver, cirugía menor, atención de urgencias de riesgo vital, electrocardiografía, exámenes radiológicos y ecográficos.
- Atención domiciliaria para aquellos casos en que ésta se considere una intervención eficaz.
- Implementación de actividades preventivas, a escala individual y poblacional, según protocolos definidos, de manera participativa y de acuerdo a la mejor evidencia disponible.

Educación para la Salud

La Educación para la Salud no es solamente transmisión de información; es fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.

Formación continua

Los médicos de familia, además de contar con especialización en temas de atención primaria, deberán tener acceso a instancias de formación, que le permitan mantenerse actualizados en temas relacionados con su desempeño (tanto en lo clínico como en lo organizacional). Este aspecto tiene, además, una fuerte incidencia en la motivación y calidad del trabajo.

Satisfacción laboral

La satisfacción laboral es una condición esencial para lograr la estabilidad de los profesionales que tienen a cargo una comunidad. La continuidad de la atención depende, en parte, de ello.

Evaluación

El trabajo de los médicos de familia debería incorporar la evaluación de calidad. Deben definirse estándares de ésta y sistemas periódicos de evaluación del desempeño, asociado a un sistema de incentivos, que permita premiar, estimular al cambio, y, eventualmente, excluir a aquellos que no demuestren las habilidades o capacidad de aprendizaje y flexibilidad necesarias para el desarrollo de este modelo.

Propuesta para implementar una Residencia de Medicina Familiar

Objetivos del programa

La especialización en Medicina Familiar y Comunitaria tiene como objetivo que el residente adquiera el nivel de competencia (conocimientos, actitudes y habilidades) necesario para ser especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

A efectos docentes se identificaron cinco áreas competenciales sobre las que el programa pivotea:

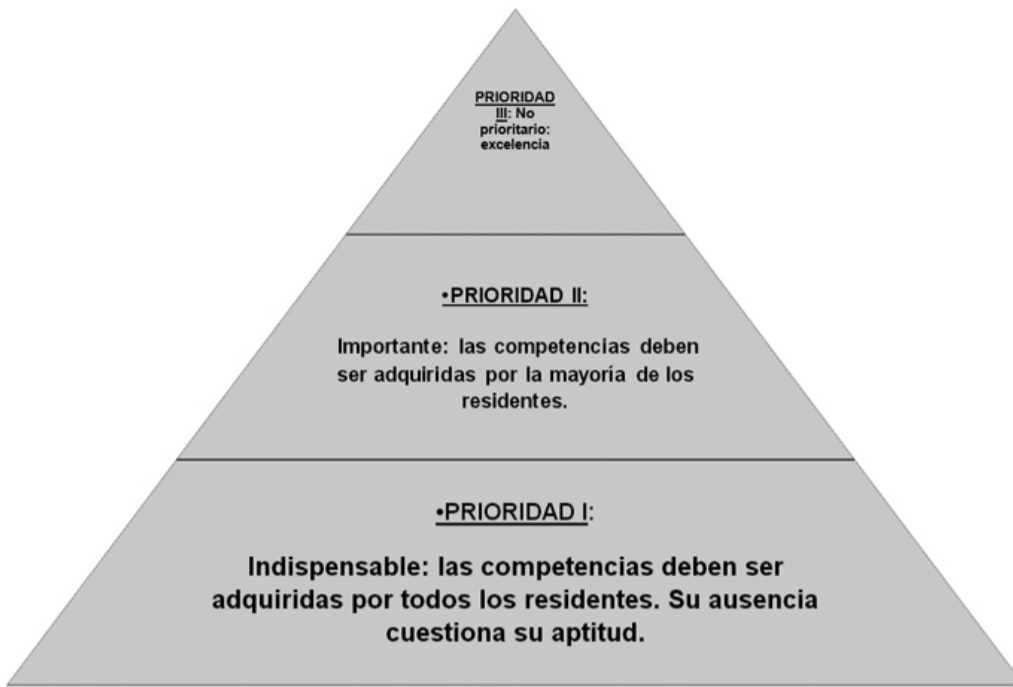
- Área de competencias esenciales, que engloba la comunicación, el razonamiento clínico, la gestión de la atención y la bioética.
- Área de competencias relacionadas con la Atención al Individuo:
 - Abordaje de problemas de salud de las personas (prevención primaria, secundaria y terciaria).
 - Abordaje de grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo.
- Área de competencias en relación con la Atención a la Familia.
- Área de competencias en relación con la Atención a la Comunidad.
- Área de competencias en relación con la Formación y la Investigación.

En cada área se definen los objetivos y las actividades a realizar para la adquisición de estas competencias, incluyendo conocimientos, habilidades y actitudes.

Para desarrollar estos aspectos se confeccionará una ficha que recoge por cada área competencial los siguientes aspectos: objetivos a conseguir, actividades docentes a realizar agrupadas según prioridad y nivel de responsabilidad (ver luego ejemplos de patologías respiratorias y de salud de la mujer).

Se establecen tres niveles de prioridad (*Gráfico 6*).

Gráfico 6: Niveles de Prioridad



Se determinan tres niveles de responsabilidad: (gráfico 7)

Gráfico 7: Niveles de responsabilidad



Para cada una de las áreas anteriormente mencionadas se determinó:

➤ **La metodología docente.**

➤ **El lugar de aprendizaje**

➤ **Tiempo de aprendizaje.**

➤ **Lecturas recomendadas.**

Pretendo hacer especial hincapié en aquellos aspectos relacionados con la metodología docente y los métodos de evaluación.

Metodología docente:

La metodología **docente recomendada**, en general, se fundamenta en:

- Autoaprendizaje.
- *Aprendizaje de campo.*
- *Clases.*
- *Trabajo grupal.*
- *Talleres.*

A) Autoaprendizaje. (Self directed learning)

Consiste en el estudio y uso de herramientas de aprendizaje individuales. Indicada especialmente para: adquisición de nuevos conocimientos, mantenimiento de las competencias, adquisición de habilidades en el uso de las herramientas básicas (inglés, informática, Internet). Diferentes expresiones:

- Estudio cotidiano a iniciativa del propio residente.
- Aprendizaje dirigido: lecturas o visualizaciones recomendadas (CD-ROM, vídeos, páginas web). Aprendizaje basado en la resolución de problemas (Problem based learning).
- Cursos a distancia.

B) Aprendizaje de campo (Learning in context)

Consiste en colocar al residente en una situación real en la que su autoaprendizaje pueda tener lugar. Indicada especialmente para: adquisición de la complejidad de las funciones y de la toma de decisiones como profesional. Diferentes expresiones:

- Observación directa (el residente ve lo que hace el tutor).
- Intervenciones tutorizadas (el residente realiza sus actividades junto al tutor).
- Intervención directa, no supervisada directamente por el tutor (se obtiene información por otras vías diferentes a la observación directa: auditoría de historias, opinión de los pacientes, opinión del resto de los compañeros del equipo o del segundo nivel).
- Vídeo-grabaciones en la consulta (con consentimiento del paciente) y posterior análisis.

C) Clases:

Consiste en transmisión unidireccional de la información, sobre una materia concreta. Indicada para: Transmisión de información compleja. Creación de un marco referencial. Diferentes expresiones:

- Clase unidireccional clásica.
- Clase participativa. Se debe, en la medida de lo posible, favorecer la clase participativa.

D) Trabajo grupal, interacción grupal (small group learning)

Consiste en: aprovechar la interacción entre los diferentes miembros del grupo. Indicada especialmente para: trabajar las actitudes. Diferentes expresiones:

- Juego de roles (*role playing*).
- Análisis de vídeos.
- Investigación.

E) Talleres

Consiste en: aprendizaje de habilidades en pequeños grupos.

Indicados especialmente para: la adquisición de habilidades o procedimientos (conductas que deben seguirse de un modo definido). Diferentes expresiones:

- Con pacientes reales o simulados.
- Con maniqués.
- Con programas informatizados (simuladores).
- Con proyectos educativos.

Métodos de Evaluación:

En todo programa correctamente planificado no puede faltar el elemento que garantiza la realización de las actividades y la consecución de los objetivos.

La evaluación del programa se desarrollará en sus dos aspectos básicos: la evaluación de los médicos residentes y la evaluación de la estructura formativa.

En la evaluación de los médicos residentes se deben utilizar aquellos métodos que, siguiendo la Pirámide de Miller (ver gráfico), nos permitan identificar si SABE (recuerda), SABE CÓMO (integra), DEMUESTRA CÓMO (lo sabe hacer) y HACE (evalúa el desempeño de la práctica cotidiana). Este concepto incluye si LO HACE BIEN (persigue la garantía de calidad y lo éticamente correcto). Existen dos tipos de evaluación: la evaluación sumativa y la evaluación formativa.

Los instrumentos evaluativos pueden clasificarse en:

Métodos indirectos que son los que valoran cómo el profesional demuestra sus conocimientos, habilidades y actitudes en situaciones parecidas a la realidad a través de pruebas diseñadas para este fin. Son pruebas que más bien se sitúan cerca de la base de la pirámide de Miller (gráfico 8) (en el "SABE" y el "SABE CÓMO") y son: los exámenes escritos, los exámenes orales estructurados, pacientes estandarizados (mide competencias) y otras simulaciones. La combinación de diferentes métodos de estas características mejora el método y se acerca más al vértice de Miller y puede conformar una EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA Y ESTRUCTURADA (ECOЕ). En cada estación de una ECOЕ se valoran diferentes competencias (habilidades clínicas básicas, comunicación, habilidades técnicas, manejo de diferentes situaciones, atención a la familia y actividades preventivas).

Gráfico 8: Pirámide de Miller



Métodos directos:

Auditoría de historias clínicas

Vídeo-grabaciones: se graba la práctica real con el consentimiento de los pacientes. Es uno de los métodos más válidos y potentes para nuestra práctica.

A continuación ejemplifico dos fichas modelo donde observan las áreas de competencia según la prioridad y el nivel de responsabilidad. Los ejemplos incluyen patología respiratoria y de salud de la mujer.

ÁREA: PROBLEMAS RESPIRATORIOS

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
PRIORIDAD I	
Conocer y saber realizar las actividades preventivas en población general y en población de riesgo.	PRIMARIO
Saber realizar el abordaje del tabaquismo.	PRIMARIO/SECUNDARIO
Manejo diagnóstico de los siguientes problemas: <ul style="list-style-type: none"> • Tos crónica • Disnea • Dolor torácico • Cianosis • Hemoptisis 	PRIMARIO
Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de: <ul style="list-style-type: none"> • Asma bronquial • EPOC • Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) • Insuficiencia respiratoria • Neumotórax • Derrame pleural 	PRIMARIO/SECUNDARIO
Manejo diagnóstico y control evolutivo de: <ul style="list-style-type: none"> • TBC • Cáncer pleuropulmonar 	PRIMARIO/SECUNDARIO
Conocer las indicaciones y saber interpretar la radiología simple de tórax	TERCIARIO
Saber hacer e interpretar: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas funcionales respiratorias • Pulsioximetría • Prueba de la tuberculina 	PRIMARIO
Conocer las indicaciones de los siguiente métodos diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de alergia respiratoria • Broncoscopia • TAC 	PRIMARIO
Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Estudio de contactos de TBC • Técnica de inhalación de fármacos • Fisioterapia respiratoria 	PRIMARIO
Manejo de la quimioprofilaxis antituberculosa	PRIMARIO
Identificar las patologías relacionadas con el trabajo. Conocer las actitudes preventivas frente a los factores de riesgo laboral	PRIMARIO
Conocer las indicaciones de oxigenoterapia y realizar el control evolutivo	PRIMARIO
Manejo del paciente en situación de urgencia <ul style="list-style-type: none"> • Disnea aguda • Hemoptisis masiva • Neumotórax • Parada respiratoria • Crisis de asma grave 	PRIMARIO/SECUNDARIO TERCIARIO
Abordaje familiar y psicosocial del paciente afecto de enfermedades respiratorias en fase avanzada	PRIMARIO

PRIORIDAD II	
Manejo diagnóstico y control evolutivo de: <ul style="list-style-type: none"> • Patología pleural • Síndrome de apnea del sueño • Enfermedades respiratorias profesionales • Enfermedades de baja prevalencia (sarcoïdosis, fibrosis pulmonar idiopática) 	TERCIARIO SECUNDARIO/TERCIARIO SECUNDARIO TERCIARIO
Conocer y saber realizar las actividades preventivas en enfermedades respiratorias profesionales.	PRIMARIO

PRIORIDAD III	
Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Gasometría arterial • Toracocentesis 	TERCIARIO TERCIARIO
Manejo diagnóstico de la repercusión pleuropulmonar de patologías sistémicas.	SECUNDARIO

Metodología Docente

La metodología sugerida para el abordaje de este grupo se basa en la combinación de todas las técnicas: autoaprendizaje, aprendizaje de campo, cursos, talleres y trabajo grupal.

Metodología evaluativa

En esta área la tutorización directa por parte del tutor o del responsable del área es la forma más adecuada de valoración del grado de adquisición de los objetivos, aunque se recomienda que se incluyan en esta metodología instrumentos objetivos y estandarizados.

ÁREA: ATENCIÓN A LA MUJER. ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA MUJER Y ATENCIÓN EN EL EMBARAZO

OBJETIVOS

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
PRIORIDAD I	
<p>Embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer y manejar las actividades que se realizan en un embarazo de bajo riesgo obstétrico • Valorar adecuadamente la presencia de factores de riesgo que requieren atención especial, por el Médico de Familia o en el segundo nivel • Detectar y actuar sobre factores de riesgo psicosocial • Conocer e informar de las técnicas diagnósticas de malformaciones fetales (screening bioquímico, biopsia corial, amniocentesis) • Conocer los principales riesgos teratógenos (fármacos, agentes físicos, agentes infecciosos, tóxicos) • Conocer los contenidos de la atención preconcepcional • Conocer el manejo de fármacos en el embarazo y puerperio • Realizar correctamente la auscultación de latidos fetales, medición de altura uterina y determinación de la presentación fetal. 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p>
<p>Puerperio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer y manejar la morbilidad más frecuente del puerperio • Apoyar la lactancia materna • Rehabilitación de musculatura del suelo pelviano 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p>
<p>Anticoncepción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejar los métodos anticonceptivos hormonales (indicación, seguimiento y contraindicaciones) • Manejar la anticoncepción intrauterina (indicación, seguimiento y retirada del DIU) • Manejar la anticoncepción farmacológica de emergencia • Manejar los métodos de barrera (técnica adecuada de uso de los preservativos, adiestramiento en el manejo del diafragma) • Asesorar sobre la vasectomía y ligadura tubárica • Asesorar sobre la interrupción voluntaria del embarazo 	<p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>
<p>Procedimientos básicos gineco-obstétricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejar adecuadamente la entrevista clínica gineco-obstétrica • Adquirir habilidad en la realización de tactos vaginales • Conocer y realizar la exploración mamaria • Saber interpretar una mamografía • Realizar citologías cérvico-vaginales para el cribado de cáncer de cérvix • Saber interpretar los resultados de una citología cérvico vaginal • Conocer las recomendaciones, su periodicidad y grado de evidencia en la prevención del cáncer ginecológico. 	<p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>
<p>Climaterio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejar los síntomas del climaterio: alteraciones del ciclo, sofocos, sequedad vaginal • Conocer e identificar los factores de riesgo de osteoporosis, conocer las indicaciones de la densitometría e interpretar sus resultados. Prevención de osteoporosis en las mujeres con riesgo • Conocer y manejar las diferentes opciones de tratamiento no farmacológico y farmacológico, sus indicaciones, efectos secundarios, beneficios, riesgos, costos y nivel de evidencia. Conocer y manejar el tratamiento hormonal sustitutivo en el Climaterio 	<p>TERCIARIO</p>
<p>Motivos de consulta prevalentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticar y tratar las vulvovaginitis • Manejar los trastornos del ciclo menstrual (dismenorrea, hiper-polimenorrea, síndrome premenstrual) • Diagnosticar cambios de posición de los genitales (prolapsos) • Manejar y tratar médicamente la incontinencia urinaria • Abordaje inicial de la pareja estéril 	<p>PRIMARIO</p>
<p>Abordaje familiar y psicosocial en crisis de desarrollo en las diferentes etapas familiares</p>	<p>PRIMARIO</p>
<p>Conocer y abordar las situaciones de riesgo y vulnerabilidad para ser víctimas de maltrato e identificar indicios y síntomas de violencia contra las mujeres.</p>	<p>PRIMARIO</p>

PRIORIDAD II

Conocer la información que se debe ofertar a las mujeres con patologías crónicas (HTA, diabetes, asma, epilepsia, alteraciones del tiroides, problemas de salud mental) en tratamiento, cuando manifiestan deseo de gestación	PRIMARIO
Conocer los contenidos de la educación maternal	PRIMARIO/SECUNDARIO
Manejar la patología cérvico-vaginal no neoplásica	PRIMARIO
Manejar la realización e interpretación de los exámenes vaginales en fresco, con microscopio óptico, para diagnóstico de las vulvovaginitis más frecuentes	PRIMARIO
Atender un parto eutócico	PRIMARIO/SECUNDARIO

PRIORIDAD III

Inserción del DIU	PRIMARIO/SECUNDARIO
Manejar la ecografía obstétrica nivel I (biometría fetal y ecografía básica del primer trimestre)	PRIMARIO/SECUNDARIO
Manejar la ecografía ginecológica básica	PRIMARIO/SECUNDARIO

Propuesta del Programa de Rotaciones en la Residencia de Medicina Familiar

Tabla 8: Propuesta del programa de rotaciones de la residencia de MF

SANATORIO GÜEMES		
1° año	MEDICINA INTERNA	3 MESES EXCLUSIVOS
	SALUD DEL NIÑO	3 MESES EXCLUSIVOS
	SALUD DE LA MUJER	3 MESES EXCLUSIVOS
	MEDICINA FAMILIAR	2 MESES EXCLUSIVOS
	DEMANDA ESPONTÁNEA EXCLUSIVO CLÍNICA	GUARDIAS TODO EL AÑO
	VACACIONES	1 MES
2° año	MEDICINA FAMILIAR	6 MESES (3 EXCLUSIVOS)
	CIRUGÍA	2 MESES EXCLUSIVOS
	UCO-CARDIOLOGÍA	1 MES EXCLUSIVO.
	TRAUMATOLOGÍA	2 MESES COMPARTIDOS CON DERMATOLOGÍA
	DERMATOLOGÍA	2 MESES COMPARTIDOS CON TRAUMATOLOGÍA
	SALUD MENTAL	3 MESES COMPARTIDOS CON MEDICINA FAMILIAR
	DEMANDA ESPONTÁNEA CIRUGÍA-PEDIATRÍA-GINECO	GUARDIAS TODO EL AÑO
	VACACIONES	1 MES

3° año	MEDICINA FAMILIAR	5 MESES (3 EXCLUSIVOS)
	ROTACIÓN RURAL	1 MES (EXCLUSIVO)
	SHOCK ROOM-URGENCIAS	1 MES (EXCLUSIVO)
	ORL	1 MES COMPARTIDO CON OFTALMOLOGIA
	OFTALMOLOGÍA	1 MES COMPARTIDO CON ORL
	DIABETOLOGÍA	1 MES COMPARTIDO CON ENDOCRINO -NUTRICIÓN
	ENDOCRINOLOGÍA	1 MES COMPARTIDO CON DIABETOLGIA-NUTRICIÓN
	NUTRICIÓN	1 MES COMPARTIDO CON DIABETOLGIA-ENDOCRINO
	SALUD MENTAL	2 MESES COMPARTIDOS CON MEDICINA FAMILIAR
	SALUD DEL NIÑO	1 MES (EXCLUSIVO)
	SALUD DE LA MUJER	1 MES (EXCLUSIVO)
	DEMANDA ESPONTANEA CLÍNICA MÉDICA-PEDIATRÍA	GUARDIAS TODO EL AÑO
	VACACIONES	1 MES
	4° año	MEDICINA FAMILIAR
ROTACIÓN ELECTIVA		2 MESES
VACACIONES		1 MES

CONCLUSIONES

Las consideraciones finales de esta tesis son las siguientes.

- 1) Volver a remarcar que no existe un solo tipo de Médico de Familia sino tantos perfiles como comunidades con características particulares existan, ya que la especialidad debe vincularse a las necesidades de la población que atiende. Por lo tanto, parte del modelo de salud propuesto, como del programa de residencia, deberán readecuarse a esta realidad.
- 2) Toda residencia debe acoplarse a un servicio que ya se encuentre en funcionamiento. Por lo tanto, para organizar una residencia en Medicina Familiar usando un centro de atención periférica o policonsultorio como *core* o parte central del programa, el mismo debe cumplir con parte de las premisas planteadas en detalle anteriormente.
- 3) El diseño de un servicio de medicina familiar en una institución de salud que no cuenta con esta especialidad, implica una modificación profunda en el sistema de atención.
- 4) Resulta primordial incorporar al modelo el concepto de continuidad personal con un médico de familia y por ende con un equipo de salud y con cada uno de los profesionales de éste, con el objetivo que cada paciente tenga un médico y cada médico un paciente.
- 5) El médico de familia debe asumir los cuidados a través de todo el ciclo vital de las personas, por lo que se debe destacar la importancia de una relación continua entre el médico de familia y los especialistas de referencia, para mejorar la eficiencia y los resultados en la salud de la población.
- 6) Se debe enfatizar en la importancia del centro de atención periférica como ámbito laboral del médico de familia, aunque también se jerarquiza el lugar del hospital como ámbito de formación.
- 7) El sistema informático resulta fundamental para mejorar la calidad de la atención y para una gestión eficiente. Dentro de este ítem la utilización de la Historia clínica electrónica (HCE) resulta imprescindible como nexo entre los diferentes lugares de atención.
- 8) La medicina familiar como especialidad también constituye una poderosa herramienta para la descentralización de la gestión, maximizando la importancia de responder, eficientemente, a los problemas a nivel local.
- 9) Por otra parte, resulta difícil poder separar el rol del médico de familia en un hospital, sanatorio o centro de alta complejidad con el rol del médico clínico, si bien, como se comentó anteriormente, las diferencias en relación a los “principios” de la especialidad son muy claras.
- 10) La educación es salud, como uno de los pilares de la medicina ocupa un rol preponderante en la formación de un servicio de Medicina Familiar y en la creación de la residencia.
- 11) La currícula propuesta para el programa de residencia supone que todas las rotaciones se llevarán a cabo dentro de la misma institución de salud, asegurando el absoluto conocimiento de los residentes, no solo de las instalaciones, sino también de los profesionales y docentes.
- 12) El servicio de medicina familiar debiera trabajar con el objetivo de asegurar la continuidad laboral de su propio *staff* y del recurso humano genuinamente formado (residentes), evitando que instituciones externas que no hayan colaborado en la formación profesional de se nutran con estos profesionales.

Para finalizar, volver a insistir que para que los servicios sean de la mejor calidad y costo efectivos la mayoría de los médicos del sistema deberían ser médicos de familia bien entrenados. Lograr este objetivo hace necesario reformar las políticas de recursos humanos para salud. El sistema de gestión de los servicios debe contribuir también a lograr el equilibrio en las proporciones respectivas de generalistas y especialistas. Cada persona debería tener un médico que le provea servicios de atención primaria y este tipo de servicios debería ser accesible a toda la población. Todo paciente se debería identificar individualmente con un médico de familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Organización mundial de Médicos de Familia (WONCA).
- 2 Grupo de trabajo semFYC. Perfil profesional básico del Médico de Familia. Documento semFYC 4. Barcelona: semFYC, 1994.
- 3 Ceitlin J. ¿Qué es la Medicina Familiar?, FEPAFEM/KELLOGG. Foundation, Caracas 1982.
- 4 Ceitlin J. Evolución histórica de la Medicina Familiar y los procesos de reforma del sector salud en las Américas, Conferencia presentada en México, julio 1996.
- 5 McWhinney IR. A textbook of Family Medicine, Oxford University Press, New York, 1989.
- 6 Thom D, Campbell C. Patient-physician trust. An exploratory study. J Fam Pract 1997; 44: 169-176.
- 7 McWhinney IR. Fundamentos filosóficos y científicos de la medicina de familia. En: McWhinney IR. Medicina de Familia (1ª ed). Barcelona: Doyma, 1995: 44-73.
- 8 J. Gervas y M. Pérez Fernández. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. Aten Primaria 2005;35(2):95-8.
- 9 Rosser WW. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference? J Fam Pract. 1996;42:139-44.
- 10 Pérez Fernández M, Gervas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. Med Clin (Barc). 2002;118:65-7.
- 11 Deyo RA. Dolor lumbar. Investigación y Ciencia. 1998;10:65-9.
- 12 Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, et al. Evaluación del impacto de la reforma de la Atención Primaria sobre la salud. Aten Primaria 1999; 24: 468-474
- 13 Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clín (Barc) 1996; 106: 97-102.
- 14 Gallo Vallejo FJ, Bonillo García MA, Gálvez Ibáñez M. El especialista en Medicina Familiar y Comunitaria: Definición y perfil profesional. En: Gallo Vallejo FJ ed. Manual del residente de Medicina Familiar y Comunitaria. (2ª ed). Madrid: IM&C; 1997: 24-30.
- 15 Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Explorations of practice characteristics influencing patient satisfaction. Br J Gen Pract 1995; 45: 654-9.
- 16 Casado V. La salud y el Médico de Familia en la Europa del siglo XXI. Centro de Salud 2001; 9: 18-24.
- 17 Gervas J. Atención primaria de salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata. Semergen. 2004; 30:245-57.
- 18 OMS-WONCA. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población: la contribución del Médico de Familia. Barcelona: semFYC, 1996.
- 19 Doménech D. Modelo de atención integral a la salud. Aporte desde la práctica de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria. Policlínico de San Antonio. Canelones. . Facultad de Medicina – UDELAR. Montevideo, diciembre de 2007.
- 20 Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994; 344: 1129-1133.
- 21 Starfield B. Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. (1ª ed) Barcelona: Masson, 2000.

- 22 Hajar, I. and T.A. Kotchen, Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000. *Jama*, 2003. 290(2): p. 199-206.
- 23 Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 2003. 26 Suppl 1: p. S33-50.
- 24 White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961;265:885-92.
- 25 Green,L; Yawn, B; Lanier, D; Dovey, S;.The Ecology of Medical Care Revisited. *N Engl J Med*. Vol 344.Nº 26. June 28, 2001:2021-2025.
- 26 Ortún Rubio, Vicente (1996). "Innovación en sanidad". En: MENEU, Ricardo & ORTÚN RUBIO, Vicente (1996) Política y gestión sanitaria: la agenda explícita. AES. Barcelona.
- 27 Tobar, F. (2008).Cambios de paradigma en Salud Pública. XII Congreso del CLAD. Buenos Aires.
- 28 Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med*. 2003;138:288-98.
- 29 Tobar Federico. Elementos de Gestión para la estrategia de Atención Primaria de la Salud. www.federicotobar.com.ar
- 30 Vallese M, Roa R. Primer censo de residencias de medicina familiar y general en la República Argentina. *Archivos de Medicina Familiar y General*. 2005. Vol 1. Nº 2: 25-39.
- 31 Hospital Italiano. Comité de Residentes y Becarios. www.hospitalitaliano.org.ar
- 32 Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Ministerio de Salud. Dirección general adjunta de atención primaria de la salud. Dirección de capacitación profesional y técnica. Programa docente de la Residencia de medicina general.