

Criterios de Excelencia en la Formación de Especialistas en Medicina Familiar: Definición de primer contacto y filtro de la atención primaria

Criteria for Excellence in Training of Specialists in Family Medicine: Definition of First Contact and Filter of Primary Care

Grupo de Trabajo Colombiano-Mexicano: “Pro-Criterios de Excelencia en la Formación de Especialistas en Medicina Familiar”. **Coordinador:** Juan G. García Manrique. *Docente de la Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad de la Sabana, Chía, Colombia.* **Compiladores:** Alfonso Ávila García. *Residente de Medicina Familiar, Universidad del Valle, Colombia.* Arnulfo E. Irigoyen Coria *Profesor de la Subdivisión de Medicina Familiar. División de Estudios de Posgrado. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Alumno de la Maestría en Educación. Centro Universitario de España y México y Herlinda Morales López. Miembro del Mexican Group in Basic and Clinical Research in Internal Medicine. Adscrita al Servicio de Anestesiología del Hospital General de Ticomán, SSDF. Alumna de la Maestría en Educación. Centro Universitario de España y México. México.* **Integrantes del equipo:** Aguirre Adriana, * Bonivento Mugno Vicente, ** Herrera María Alejandra, *** Lugo Soto Claudia Janneth, * Morales Lesme Clara Inés, * Pérez Patiño Alejandra María, * Valderrama Daniel. ****

* Residente de la Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad de la Sabana, Chía, Colombia. ** Residente de la Especialidad en Medicina Familiar. Universidad del Bosque, Bogotá. Colombia. *** Residente de la Especialidad en Medicina Familiar. Universidad del Valle. Cali, Colombia. **** Docente del Programa de Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad de la Sabana, Chía, Colombia. ****

Correspondencia: Dr. Juan G. García Manrique. **Correo electrónico:** j.saurall@gmail.com

El 15 de noviembre de 2010 dio inicio el IV Congreso de Latinoamericano de Medicina Familiar a Distancia 2010 organizado por la Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C. en el cual se efectuó el Foro denominado *Hacia una definición de los principales criterios de excelencia para la formación de especialistas en Medicina Familiar en Latinoamérica* y de forma prácticamente simultánea del 18 al 20 de noviembre del mismo año 2010, en el campus de la Universidad de La Sabana en Bogotá, Colombia; se celebró el Simposium: *Criterios de Excelencia para la Formación de Especialistas en Medicina Familiar en Latinoamérica*. Este artículo especial forma parte de las conclusiones del mencionado Simposium. el cual se fundamentó en la lectura y reflexión del documento: Bucholtz JR, Matheny S, Pugno PA, David A, Bliss EB, Korin EC. Task Force Report 2. Report of the Task Force on Medical Education. *Annals of Family Medicine* 2004;2. Supplement 1. Disponible en: http://www.annfammed.org/content/2/suppl_1/S51.full.pdf+html

Primer contacto

Con respecto al tema del “primer contacto” en la Medicina Familiar, consideramos que el médico familiar debe ser la puerta de entrada de los complejos sistemas de salud de la actualidad. Así el médico familiar debe ejercer su trabajo profesional como “portero del sistema” esto es como el denominado *gatekeeper*¹ siendo así un defensor del paciente dentro el sistema, permitiendo que este

tenga la accesibilidad y las referencias adecuadas. Estas dimensiones resultan necesarias para el desempeño del médico familiar en la atención primaria; por este motivo es de vital importancia que los residentes tengan formación en competencias que le permitan desenvolverse profesionalmente en el sistema de salud.

El grupo de trabajo consideró que entre las competencias a desarrollar se encuentran:

- **Capacidad resolutive a través del uso racional de los recursos** que logrará en la medida que constantemente se actualice, conozca el sistema de salud, las nuevas tecnologías y la población en la cual se desenvuelva. Esto sin dejar de lado el enfoque biopsicosocial que con un adecuado autoconocimiento y un excelente conocimiento clínico del paciente permitirán realizar un enfoque de riesgo que permita hacer diagnósticos eficaces y oportunos.
- **Establecer una eficiente y eficaz relación médico-paciente-familia-comunidad** se constituye en una competencia que exige del residente una comunicación efectiva, confidencial y socialmente responsable. El comportamiento ético, el respeto, la prudencia y el conocimiento de las determinantes en salud serán fundamentales para lograr hacer más efectivo el trabajo del residente en medicina familiar.
- **Ejercer un legítimo liderazgo**, competencia que permitirá al residente obtener las capacidades para influir en el sistema de salud. Desde su labor con el paciente a través de la confianza y seguridad; con el personal de salud a su cargo, donde se encargará de guiar el trabajo en equipo; hasta el nivel administrativo donde aportará al sistema sus conocimientos para mejorar la calidad en la atención y el mejor manejo de los recursos.

No obstante, encontrarse en la literatura diferentes enfoques desde dónde abordar las competencias, y teniendo en cuenta las reiteradas ocasiones en las que discutiendo en las mesas de trabajo de este simposio algunas actividades se incluyeron en los diferentes objetivos que se iban construyendo para cada competencia; se planteó abordar la presentación desde tres áreas:

- Asistencia.
- Docencia.
- Investigación.

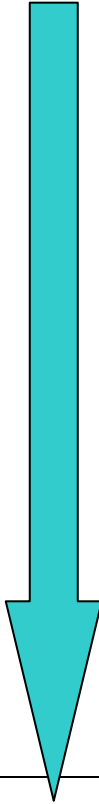
El *área asistencial* debería ser especialmente desglosada para dar cabida al grupo de principios que orientan a la medicina familiar. En el área de la administración, se deberán tener en cuenta los principios del enfoque de riesgo y de gestión clínica formulados por Ian McWhinney, tratando de impulsar el trabajo del residente desde el escenario clínico. Con relación a la distribución de las competencias por niveles, tal como sucede en España, se consideró que esta brinda oportunidad a la flexibilidad. Sin embargo, genera preocupación la inversión de tiempo, y de recursos humanos y tecnológicos, frente al impacto que se pudiera lograr. Se desea que el residente llegue a alcanzar condiciones óptimas en su ejercicio; ésta debe ser una meta que debería quedar muy clara.

Formación en docencia universitaria para el estudiante de pre y postgrado. Se debería tener en cuenta el desarrollo que ha tenido la docencia en la actualidad, así como lo compleja que resulta la formación del residente de medicina familiar. Es necesario sensibilizar al residente acerca de la importancia del papel que él, como cualquier otro profesional de la salud, puede llegar a tener en el futuro al ejercer la docencia. Se debería fomentar que el residente realice “unas primeras aproximaciones a este ejercicio” a través de la enseñanza a estudiantes de pregrado y postgrado, pero enfatizando la necesidad de una formación más completa, para desempeñarse más adelante en el escenario docente profesional.

Los resultados en salud que en las últimas décadas ha arrojado el sistema de salud de los Estados Unidos de América (EEUU) resulta un poco paradójica y genera los siguientes interrogantes: ¿Por qué a pesar de tener los EEUU una más amplia historia en lo que respecta a la educación médica, así como al desarrollo de instituciones responsabilizadas de este proceso, sigue siendo uno de los países con mayor gasto sanitario?; y con relación al médico familiar: ¿será que acaso ha habido deficiente calidad en su formación, o que el número de profesionales no es el suficiente, o tal vez, lo que saben hacer no responde a las necesidades de la Atención Primaria de Salud (APS) de su país o no está claramente reflejada la APS dentro de las políticas de su sistema de salud? Con relación al papel del médico fa-

miliar nos inclinaríamos más hacia la última posibilidad, pero dejando claro que a donde quiero llegar es a que no olvidemos que trabajar aisladamente resulta ineficiente, en consecuencia, resulta necesario fundamentar la preparación del residente en el trabajo interdisciplinario, y gestionar por la disponibilidad de todo el recurso necesario en los diferentes aspectos: humano, logístico, etc.; para que la APS brinde sus frutos. La idea sobre la cual deseamos centrarnos a continuación es sobre lo que bien pudiera llamarse problemas o necesidades, bajo las cuales se van a dirimir las competencias que debe lograr el residente de medicina familiar para Colombia. Se presenta el siguiente esquema para tratar de dar mayor claridad a la idea (Cuadro I).

Cuadro I. Problemas y Necesidades de la Medicina Familiar en Colombia.



	ACTORES PRINCIPALES	ACCIÓN
	Diferentes ministerios del Gobierno Nacional. ONGs.	Promoción de la salud: - Higiene. - Nivel educativo. - Desarrollo moral. - Hábitos nutricionales, de actividad física y de manejo del estrés. - Vivienda. - Empleo.
	Ministerio de la Protección Social Otras Instituciones: - Académicas. - ONGs vinculadas al sector. - EPS - IPS	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Se incluyen aquí las actividades desde el mal llamado “sector salud”, pues en Colombia más del 90% de nuestras acciones y recursos se dirigen hacia la enfermedad y no hacia la salud. <i>Aquí se perpetúa la historia de predominio de Esculapio sobre Hygeia.</i>
	Personal con formación académica entrenado en APS: médico, enfermera, psicólogo, trabajador social, fisioterapeuta, etc. Comunidad: - Gestores comunitarios. - Individuos.	Estrategia de la APS, entre otras estrategias o líneas de acción.
	Medicina familiar	Médicos familiares: en el marco del trabajo interpersonal con el paciente, interdisciplinario, interestratégico, intersectorial.
En el marco de:	<ul style="list-style-type: none"> - Los principios de la medicina familiar, dictados por McWhinney. Que bien pudieran llegar a ser modificados bajo una sólida justificación. - Que más allá de una especialidad médica, se debe trabajar como un Movimiento de la Medicina Familiar, gestionando políticas, empoderando a la comunidad y participando de grupos de trabajo interdisciplinario para la elaboración de Guías de práctica clínica, entre otras actividades. 	

Esperamos que esta descripción de escenarios, actores, estrategias y principios; genere inquietud acerca de la forma en que se debe identificar el problema general, los resultados esperados, así como los recursos y estrategias. El llamado, es a que dadas las preocupantes condiciones de cuidado de la salud y enfermedad en las que se encuentra el pueblo colombiano, con una estrategia de APS débilmente estructurada y con serias dificultades de acceso, y con un número de médicos familiares definitivamente pequeño comparándonos incluso con nuestros países vecinos; se debe propender por formar médicos familiares para Colombia, reconociendo la gran diversidad étnica y geográfica de nuestras regiones y las implicaciones que a su vez tienen estas características en nuestro país.

Con relación a la importancia que en los últimos años se viene dando a la visión sistémica y biopsicosocial dentro del ámbito de la epidemiología, la medicina interna y la administración en salud, entre otras, ¿Por qué no fortalecer el currículo de estas áreas de formación con relación a este enfoque, tal y como sucede en algunas instituciones de los EEUU? donde por ejemplo, brindan cátedras en las que deben participar todas los especialistas en formación, y entre las cuales se incluye la cátedra de medicina familiar. Esta situación se manifiesta con el ánimo de cuestionar acerca de si se debe seguir disipando el significado y los recursos humanos de la medicina familiar entre todas las otras disciplinas y en otros escenarios, diferentes a los propios de la “atención primaria que requiere Colombia”, o si se debe dar la oportunidad a que los principios enunciados por Bertalanffy y Engel sigan introyectándose a otras disciplinas.

Finalmente, parece que son más las inquietudes que se generan. Pero se dejó entonces a consideración algunas de ellas:

¿Sigue siendo el compromiso del médico familiar con la atención primaria, el eje central de nuestro accionar profesional?

¿Cuál sería el marco de la APS para Colombia, teniendo en cuenta su diversidad étnica y sociodemográfica, y todas las implicaciones derivadas?

¿Cómo ponderar las demandas del mercado, con las necesidades de la población, sin dejar a un lado la responsabilidad que tiene la academia de gestionar para transformar la realidad y no ser simplemente fuente de suministro de personal “capacitado”?

¿Son suficientes tres años para formar el médico especialista en atención primaria que Colombia necesita?

Así como los médicos residentes han podido participar activamente dentro de este proceso de reformulación del perfil del médico familiar. *¿Debemos promover que los otros protagonistas, como son la comunidad y los rectores de nuestro sistema de salud participen?*