

MEDICINA FAMILIAR



**Editorial
Alfíl**

Medicina familiar

Javier Dávila Torres

Cirujano Maxilofacial, UAM. Director de Prestaciones Médicas del IMSS.
Coordinador de Políticas de Salud. Titular de la Unidad de Educación,
Investigación y Políticas de Salud. Secretario Particular del Secretario de
Salud. Miembro del Consejo Mexicano de la Especialidad.
Expresidente de la Asociación Mexicana de Cirugía Maxilofacial.

María Guadalupe Garza Sagástegui

Médico con posgrado en Medicina Familiar, IMSS.
Maestría en Administración de Calidad, Universidad de Monterrey.
Diplomados en Administración de Servicios de Salud (ITESM), Formación
Directiva (UNAM) y Gestión en Dirección (ITAM). Auditor Interno y Auditor
Líder por CSG y QMI (2002). Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas,
IMSS, Nuevo León.

Medicina familiar

Todos los derechos reservados por:
© 2013 Academia Mexicana de Cirugía, A. C.
Av. Cuauhtémoc 330, 3er. Piso, Bloque B,
Unidad de Congresos, CMN “Siglo XXI”
e-mail: amec@amc.org.mx
www.amc.org.mx

ISBN 978-607-8337-04-0

Editorial Alfil, S. A. de C. V.
Insurgentes Centro 51-A, Col. San Rafael
06470 México, D. F.
Tels. 55 66 96 76 / 57 05 48 45 / 55 46 93 57
e-mail: alfil@editafil.com
www.editafil.com

ISBN 978-607-8283-38-5

Dirección editorial:
José Paiz Tejada

Revisión editorial:
Berenice Flores, Irene Paiz

Ilustración:
Alejandro Rentería

Diseño de portada:
Arturo Delgado

Impreso por:
Impresiones Editoriales FT, S. A. de C. V.
Calle 31 de Julio de 1859 Manz. 102 Lote 1090, Col. Leyes de Reforma
09310 México, D. F.
Septiembre de 2013

Esta obra no puede ser reproducida total o parcialmente sin autorización por escrito de los editores.

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



COLECCIÓN MEDICINA DE EXCELENCIA

COMITÉ EDITORIAL

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. José Antonio González Anaya
Dr. Javier Dávila Torres

Academia Mexicana de Cirugía, A. C.

Acad. Dr. Alejandro Reyes Fuentes
Acad. Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Fundación IMSS, A. C.

Dr. Alejandro Valenzuela del Río
Dr. Jesús Kumate Rodríguez

Editores

Acad. Dr. Felipe Cruz Vega
Acad. Dr. Germán Fajardo Dolci
Acad. Dr. Francisco P. Navarro Reynoso
Acad. Dr. Raúl Carrillo Esper

Mensaje de los editores

José Antonio González Anaya

Director General del IMSS

Javier Dávila Torres

Director de Prestaciones Médicas del IMSS

El Instituto Mexicano del Seguro Social nace el 19 de enero de 1943 cubriendo cuatro ramos: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; enfermedad general y maternidad; invalidez, vejez y muerte, y desocupación en edad avanzada.

El primer director del IMSS, Ignacio García Téllez (1944–1946) afirmó: “El Seguro Social tiende a liquidar un injusto privilegio de bienestar brindando igualdad de oportunidades de defensa biológica y económica a las mayorías necesitadas”. Desde entonces podemos constatar el sentido humanitario y social que ha representado en el país.

A lo largo de sus 70 años se ha convertido en la institución de seguridad social más grande de América Latina y en pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana. En su inicio enfocó todos sus esfuerzos a propiciar bienestar a la clase trabajadora mexicana y, a partir de 1979, el Gobierno de la República le encomendó la importante misión de ofrecer atención médica a los grupos más desprotegidos de la población. Se creó entonces el Programa IMSS–Coplamar, actualmente IMSS–Oportunidades, el cual contribuye a garantizar el acceso a servicios de salud a mexicanos que carecen de seguridad social y que habitan en condiciones de marginación.

Desde su creación el Instituto ha adquirido creciente prestigio nacional e internacional en los ámbitos médico, científico y educativo. Todos los días decenas de miles de pacientes, así como publicaciones y personal de salud en formación académica, dan testimonio de la calidad y la eficiencia de los servicios.

Hoy en día es una institución ejemplar construida gracias al esfuerzo continuo de varias generaciones de profesionales que, con su dedicación diaria, hacen posible el cuidado de la salud de millones de derechohabientes; además de formar el mayor número de médicos especialistas en el país y en América Latina, cuenta con la revista médica de mayor impacto en salud de la región, y es una de las instituciones con mayor producción científica en México.

La colección de libros “Medicina de Excelencia”, integrada por 28 textos que abordan relevantes temas de salud, es un reconocimiento al esfuerzo, la labor humana y el profesionalismo que caracterizan al personal del Instituto. A través de estos libros quedan plasmados la experiencia y el conjunto de conocimientos atesorados durante siete décadas por nuestros médicos y enfermeras, buscando siempre la vanguardia en el saber.

Dentro de estos textos se incluyen temas de trascendencia por su impacto en la salud, así como en lo económico y lo social; tal es el caso de las enfermedades crónico-degenerativas, entre las que sobresalen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los padecimientos oncológicos. También se abordan la salud de la mujer y de manera específica la muerte materna; los grandes retos de la salud infantil, incluyendo la obesidad y la desnutrición, al igual que la salud del adulto mayor, problema creciente en los últimos años.

Otros temas a los que los médicos se enfrentan día con día son las consultas de urgencias, traumatología, ortopedia y cirugía, así como los retos en el diagnóstico y el tratamiento con el uso de nuevas tecnologías; tal es el caso del ultrasonido endoscópico, diversas modalidades de ventilación mecánica y el soporte nutricional del enfermo grave.

La salud pública, la investigación y la educación en salud, al igual que la calidad en la atención médica, son disciplinas que tienen repercusión en la salud de los derechohabientes, por lo que se hace un estudio de ellas.

La presencia de la mujer en el ejercicio de la medicina y la enfermería ha sido notable y en la actualidad toma especial importancia, ya que su participación ha incrementado en estos 70 años y es meritoria de reconocimiento.

Finalmente, y de gran trascendencia, tenemos al primer nivel de la atención médica como un pilar fundamental de la salud, resaltando así el peso que la medicina de familia tiene sobre la prevención y la atención oportuna de los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia, tomando en consideración los contextos biológico, social y psicológico. Hoy la reconversión de la medicina familiar representa uno de los principales retos para el Instituto, motivo por el cual está presente en esta obra.

Esperamos que esta valiosa colección académica coadyuve en la atención médica de calidad que suelen prestar los profesionales de la salud, reflejando en toda la extensión de la palabra el alto valor académico emanado del IMSS en beneficio de sus derechohabientes.

Colección “Medicina de Excelencia”

*Acad. Dr. Alejandro Reyes Fuentes
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, A. C.*

Este año 2013 es muy especial y significativo para la medicina mexicana debido a que se conmemoran los aniversarios de la fundación de dos insignes instituciones de gran trascendencia en función de su visión, misión y objetivos: la Academia Mexicana de Cirugía y el Instituto Mexicano del Seguro Social, que cumplen su octogésimo y septuagésimo aniversario, respectivamente, instituciones cuyo compromiso ha sido desde siempre con el progreso y el desarrollo de México, lo que ha permitido fortalecer la calidad y la seguridad de la medicina y, al mismo tiempo, encauzar la contribución de los profesionales de la salud al bienestar social del país.

La Academia Mexicana de Cirugía fue fundada en 1933 por un grupo de mexicanos ilustres encabezados por los Doctores Gonzalo Castañeda Escobar y Manuel Manzanilla Batista. Desde su fundación esta corporación ha mantenido ininterrumpidos sus propósitos y actividades como un foro abierto a todas las especialidades y temas médicos. Durante sus 80 años como órgano consultivo del Gobierno Federal y asesora del Consejo de Salubridad General, además del trabajo conjunto con otras instituciones, la Academia Mexicana de Cirugía ha tenido un papel decisivo en el diseño, la implementación y la evaluación de programas enfocados a alcanzar las metas nacionales de salud de los mexicanos, sobre todo en estos momentos que nuestro país está viviendo los problemas asociados a la transición epidemiológica, como son la obesidad, la diabetes, la enfermedad cardiovascular, el síndrome metabólico, el trauma y el cáncer, entidades que generan la mayor morbimortalidad en nuestro país.

La Academia Mexicana de Cirugía y el Instituto Mexicano del Seguro Social decidieron celebrar sus aniversarios en conjunto a través de un magno evento conmemorativo, el congreso “Medicina de Excelencia”, en el que se logró la participación de destacadas personalidades médicas nacionales e internacionales, quienes abordaron los temas de salud más relevantes para nuestro país. Esta magna celebración quedará grabada en la historia de la medicina mexicana por su significado y trascendencia, por lo que es menester dejar un testimonio bibliográfico en el que se conjunten el conocimiento médico referente a los problemas prioritarios de salud, sus soluciones y la perspectiva en relación a diferentes propuestas de atención y escenarios específicos, por lo que dentro de estos festejos se desarrolló un gran proyecto editorial que pone al alcance de la comunidad médica un tesoro bibliográfico que fortalecerá sus conocimientos y, por ende, la calidad y la seguridad de atención, y será la herencia para que futuras generaciones se enteren de los adelantos y esfuerzos del gremio médico de principios del siglo XXI.

Por este motivo se publica la presente serie conmemorativa, colección de 28 libros denominada “Medicina de Excelencia”, colección resultado del esfuerzo de médicos e instituciones convencidos de la fuerza y la importancia de la palabra escrita en la divulgación del conocimiento médico–científico.

En la colección “Medicina de Excelencia” se incluyen títulos que abordan los aspectos torales de la medicina contemporánea desde la perspectiva de la enfermedad: diabetes mellitus, cáncer, nutrición en el enfermo grave, trauma y lesiones por violencia extrema, muerte materna, enfermedades cardiovasculares, envejecimiento saludable y obesidad; así también, desde la perspectiva de los temas por especialidad, como son pediatría, ortopedia, cardiología y endoscopia digestiva, hasta propuestas de actualidad en lo que toca a salud pública, medicina familiar, enfermería, educación e investigación en salud y seguridad del paciente, además de la publicación del Consenso Mexicano de Cáncer Mamario y el papel de la mujer en el ejercicio de la medicina.

Cada uno de los libros que integran la colección “Medicina de Excelencia” es el resultado de la coordinación de distinguidos médicos mexicanos, líderes indiscutibles en cada una de sus áreas, y de la participación de expertos que escribieron con gran calidad y acierto cada uno de los capítulos que integran esta excelente colección que ponemos a su consideración.

Colaboradores

Dra. Miralda Aguilar Patraca

Médica especialista en Medicina Familiar. Diplomado en Formación de Profesores para el Área de la Salud. Directora del HR “S”, IMSS–Solidaridad, Delegación Veracruz Sur. Jefe de Servicios en la UMF N° 19. Directora de la UMF N° 20. Directora de la UMF N° 03. Directora de la UMF N° 28. Coordinadora Auxiliar de Atención Médica de Medicina Familiar en la Delegación Nuevo León.

Capítulos 5, 11

Dr. Jorge Aguilar Ponce

Médico cirujano partero, UANL. Médico especialista en Medicina Familiar, UAT.

Capítulo 1

Dra. Amalia Magdalena Aguirre Álvarez

Subdirectora de la Unidad de Medicina Familiar N° 26.

Capítulo 9

Dr. Hugo Alvarado Saldaña

Especialista en Medicina Familiar, IMSS. Jefe de Educación y Director de UMF. Maestro de cátedra, Escuela de Medicina, ITESM.

Capítulo 4

Dra. Criselda Álvarez Álvarez

Médica especialista en Medicina del Trabajo Operativo. Nivelación, Jefe de Zona de Salud en el Trabajo, HGZ N° 33. Jefe de Servicios MF, UMF N° 30 Nivel

51. Subdirector Médico 2008 N–52. Directora de la UMF N° 35 N–54. Médica Supervisora de Medicina Familiar.

Capítulo 11

Dr. Ricardo León Anzures Carro

Asesor en Atención Primaria de Salud del Consejo Asesor Científico Médico. Director General, ISSSTE. Exjefe de División de Medicina Familiar, CAM, IMSS. Exjefe de División de Educación Continua, CES, IMSS. Exprofesor Titular de la especialidad de Formación de Profesores de Medicina y Directivos, IMSS. Expresidente del Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar y del Colegio Mexicano de Medicina Familiar.

Capítulo 10

Dra. María Gilma Arroyave Loaiza

Economista, especialista en proyectos y maestra en Medicina Social. Miembro de grupos relacionados con el diagnóstico, grupos relacionados con la atención ambulatoria y evaluaciones económicas. Titular de la División de Economía de la Salud, IMSS.

Capítulo 20

Dr. Manuel Alberto Avilés Cura

Residente de Tercer Año de la Residencia de Medicina Familiar, Hospital Universitario “Dr. José E. González”.

Capítulo 6

Dra. Leticia Blanco Castillo

Médica Familiar. Profesora Titular de la Residencia de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar N° 16, IMSS, Querétaro.

Capítulo 19

Dra. Cynthia Yosheida Cárdenas Urquizo

Médica Cirujana Partera. Especialista en Medicina Familiar. Directora de la UMF N° 43, IMSS, Nuevo León.

Capítulo 3

Dra. María Isabel Cruz

Especialista en Medicina Familiar. Coordinadora de Educación e Investigación en Salud, UMF, ME N° 66, Apodaca, Nuevo León.

Capítulo 13

Dra. Laura Alicia Cu Flores

Médica Familiar. Candidata a Maestra en Nutrición. Médica Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 5, Pedro Escobedo, IMSS.

Capítulo 19

Dr. Arturo de Ávila Ramírez

Egresado de la UANL. Médico Familiar, IMSS, HGZ CMF N° 6, Nuevo León.

Capítulo 14

Dra. Laura Hermila de la Garza Salinas

Coordinadora Auxiliar, médica en Investigación en Salud, Delegación Nuevo León, IMSS. Maestría en Salud Pública con especialidad en Salud en el Trabajo. Maestría en Terapia Breve Sistémica. Maestría en Bioética. Doctorado en Gerencia y Políticas Educativas.

Capítulos 1, 12, 13

Dra. Verónica Escorcía Reyes

Médica Familiar, UMF N° 6, IMSS, San Juan del Río.

Capítulo 19

Dra. Sara María Estevané Díaz

Médica Familiar. Jefe de Educación e Investigación, UMF N° 15.

Capítulos 1, 13

Dra. María Delfina Elisabeth Farfán Flores

Médico Cirujano y Partero, UANL. Médico familiar encargada de la UMF N° 46. Evaluador del Premio IMSS 2005. Premio al Mérito Médico 2009. Jefe del Departamento Clínico, UMF N° 43. Directora de la UMF N° 35.

Capítulo 3

Dr. Víctor Arturo García Morales

Médico Familiar, UMF N° 32. Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar, sede UMF N° 32. Jefe de Departamento Clínico, UMF N° 32. Director de la UMF N° 43 y de la UMF N° 30.

Capítulo 2

Dra. Yolanda García Valerio

Especialista en Medicina Familia. Maestría en Ciencias de la Salud. Extitular de la División de Medicina Familiar, IMSS. Exasesora Médica, Jefatura de Prestaciones Médicas, IMSS, Chihuahua. Coordinadora de Primer Nivel en Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua.

Capítulos 15, 16

Dr. Teófilo Garza Elizondo

Médico Familiar. Profesor de la Residencia de Medicina Familiar y Coordinador de Atención Familiar del Hospital Universitario “Dr. José E. González”. Integrante del Consejo para Personas con Discapacidad del Estado de Nuevo León, de los Consejos de Administración y de Desarrollo Humano del Instituto Nuevo Amanecer, ABP. Asesor del Centro de Rehabilitación y Terapias Ecuestres HOGA.

Capítulo 6

Dra. María Guadalupe Garza Sagástegui

Médica con posgrado en Medicina Familiar, IMSS. Maestría en Administración de Calidad, Universidad de Monterrey. Diplomados en Administración de Servicios de Salud (ITESM), Formación Directiva (UNAM) y Gestión en Dirección

(ITAM). Auditor Interno y Auditor Líder por CSG y QMI (2002). Cursando la Maestría en Administración de Hospitales y Servicios de Salud, en la modalidad a distancia, Universidad Cuauhtémoc de Aguascalientes. Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas, IMSS, Nuevo León.

Capítulos 14, 18, 21

Dra. Celina Gómez Gómez

Médica Familiar y Bioeticista. Profesora del Departamento de Medicina Familiar, UANL. Doctorado en Medicina, área de bioética. *University of Texas, Health Science Center at San Antonio*, EUA y UANL. Presidente del Comité de Bioética de la Sociedad Neolonesa de Residentes y Especialistas en Medicina Familiar. Presidente del Comité de Bioética del Departamento de Psiquiatría, UANL. Miembro del Comité de Bioética de la Facultad de Odontología, UANL. Consultora en bioética e investigador nacional e internacional.

Capítulo 12

Dr. Víctor Gómez Soto

Médico Familiar, UMF N° 27 y UMF N° 15. Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la sede UMF N° 28. Jefe de Enseñanza e Investigación, UMF N° 15 y UMF N° 27. Hospital General de Zona N° 21. Director de la UMF N° 8.

Capítulo 2

Dra. María Teresa Guerra García

Facultad de Medicina, UANL. Jefe de Servicio UMF N° 26. Directora N53 UMF N° 69.

Capítulo 3

Dra. Irazema Elena Hernández Mancinas

Médica especialista en Medicina Familiar. Directora de la UMF N° 26, IMSS, Nuevo León.

Capítulo 9

Dr. Abel Refugio Hinojosa Garza

Médico Cirujano Partero, UANL, IMSS. Médico especialista en Medicina Familiar, UANL. Maestro en Investigación Clínica, UAC. Director de la Unidad de Medicina Familiar N° 14, Nuevo León.

Capítulo 7

Dra. Noemí Juárez Caballero

Médica Familiar recertificada. Jubilada, IMSS. Jefe de Servicio, UMF N° 37. Misionera en Impacto de Amor. Encargada de Casa Hogar Vida con Propósito.

Capítulo 17

Dr. Jorge Leonel Leal Lozano

Médico Cirujano y Partero, UANL. Médico especialista en Medicina Familiar.

Capítulo 7

Dra. Ana Cecilia López Enríquez

Médica Familiar, UJED, Durango. Médica Base Cadereyta, Nuevo León. Jefe de Servicio UMF N° 14, UMF N° 27 y UMF N° 15. Subdirectora UMF N° 28. Directora de la UMF N° 20 y de la UMF N° 68.

Capítulo 14

Dra. Araceli Guadalupe Luna Rosales

Coordinadora de Información y Análisis Estratégico, IMSS, Delegación Nuevo León.

Capítulo 14

Dr. Luis Guillermo Martínez Ponce de León

Consultor en Sistemas de Calidad y Seguridad del Paciente. Médico familiar jubilado, IMSS. Exdirector Unidad Médica, IMSS. Profesor invitado U. de M., UVM y UANL.

Capítulo 4

Dr. Álvaro Mathiew Quirós

Médico Familiar. Maestría en Ciencias de Sistemas en Salud. Colaborador de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, IMSS, Nuevo León.

Capítulo 18

Dr. Daniel Mendoza Martínez

Médico especialista en Medicina Familiar. Director de Microzona en el Norte del estado de Nuevo León.

Capítulo 12

Dr. Homero Morales Morales

Director de la Unidad de Medicina Familiar N° 45, IMSS, Hidalgo, Nuevo León.

Capítulo 14

Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha

Médica Familiar con doctorado en Medicina. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Docente investigadora de tiempo completo, Facultad de Salud Pública y Nutrición, UANL.

Capítulo 18

Dra. Norma Orelia Reyes Treviño

Médica familiar. Coordinadora de Educación e Investigación en Salud, UMF N° 35. Socia activa de la Sociedad de Médicos Familiares y Residentes de Medicina Familiar de Nuevo León, certificada.

Capítulo 13

Dra. Virginia Rodríguez Belmares

Médica Familiar recertificada. Jefe de Servicio. Directora en varias unidades IMSS. Evaluadora de Calidad Premio IMSS/MOCERI. Exposición de Proyectos de Mejora en Sí Calidad. Coordinadora Auxiliar de Gestión Médica.

Capítulo 17

Dra. Ariana Ludivina Rodríguez Caballero

Médica residente de Segundo Grado del Curso de Especialización en Medicina Familiar con sede en la UMF N° 15.

Capítulo 8

Dra. Irasema Rodríguez Rodríguez

Médica Familiar y Bioeticista. Profesora y coordinadora de calidad del Departamento de Medicina Familiar, UANL. Maestría en Bioética, Universidad Católica San Antonio de Murcia, España. Doctorante en Bioética, Universidad Católica San Antonio de Murcia, España. Miembro del Comité de Bioética de la Sociedad Neolonesa de Residentes y Especialistas en Medicina Familiar. Consultora en bioética e investigadora nacional e internacional.

Capítulo 12

Dra. Juana María Rojas Flores

Médica Familiar. Subdirectora de la UMF N° 15. Certificada por el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar.

Capítulo 8

Dra. Blanca Leticia Ruiz González

Especialista en Medicina Familiar. Directora de la Unidad Médica de Primer Nivel UMF N° 31, Nuevo León, San Nicolás de los Garza.

Capítulo 17

Dra. Ana María Salinas Martínez

Investigadora en Jefe de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, IMSS, Nuevo León. Médica Familiar con maestría y doctorado en Salud Pública. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores.

Capítulo 18

Dr. Shaid Santibáñez Beltrán

Médico Familiar. Médico Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 13, IMSS, Querétaro.

Capítulo 19

Dr. Abraham Rubén Tamez Rodríguez

Médico Familiar recertificado. Profesor Titular de la especialidad en Medicina Familiar en la UMF N° 7. Miembro de la Mesa Directiva de la Sociedad Neolonesa de Residentes y Especialistas en Medicina Familiar.

Capítulo 17

Dra. Luz María Valenzuela García

Médica Cirujana Partera, UANL. Médica especialista en Medicina Familiar, UANL. Maestra en Investigación Clínica, UAC. Directora de la Unidad de Medicina Familiar N° 5, Nuevo León.

Capítulos 1, 14

Dr. Gustavo Vargas Machado

Médico Familiar. Tutor del Curso de Especialización en Medicina Familiar en la UMF N° 32. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, UMF N° 30.

Capítulo 2

Dra. Martha Lorena Villanueva Ruiz

Médica Familiar. Médica Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 2, IMSS, San Cayetano.

Capítulo 19

Dr. José Julio Villarreal Morales

Egresado de la Facultad de Medicina, UANL. Especialidad en Medicina Familiar, HGZ N° 4, IMSS. Médico Familiar. Jefe de Servicio Médico, UMF N° 37. Director de la UMF N° 58. Jubilado.

Capítulo 7

Dr. Enrique Villarreal Ríos

Médico Familiar. Maestro en Ciencias en Sistemas de Salud. Director de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, IMSS, Querétaro.

Capítulo 19

Dr. Christopher Emmanuel Wissar Acosta

Especialista en Medicina Familiar. Jefe de Primer Nivel en Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua. Vocal del Comité de Ética en la Investigación del Centro Internacional de Medicina (Hospital CIMA, Chihuahua). Fundador de la Sociedad Científica de Investigación de la UAG.

Capítulos 15, 16

Contenido

Presentación	XXIII
<i>Javier Dávila Torres</i>	
1. Historia de la medicina familiar en el mundo, México y el Instituto Mexicano del Seguro Social	1
<i>Jorge Aguilar Ponce, Luz María Valenzuela García, Laura Hermila De la Garza Salinas, Sara María Estevané Díaz</i>	
2. Formación del médico familiar	13
<i>Víctor Arturo García Morales, Víctor Gómez Soto, Gustavo Vargas Machado</i>	
3. Perfil y competencias del médico familiar	23
<i>María Delfina Elisabeth Farfán Flores, María Teresa Guerra García, Cynthia Yosheida Cárdenas Urquizo</i>	
4. Liderazgo del médico familiar	37
<i>Luis Guillermo Martínez Ponce de León, Hugo Alvarado Saldaña</i>	
5. El médico familiar y el enfoque comunitario	53
<i>Miralda Aguilar Patraca</i>	
6. El médico familiar y el modelo de atención curativo	63
<i>Teófilo Garza Elizondo, Manuel Alberto Avilés Cura</i>	

7. Impacto epidemiológico y demográfico del médico familiar	79
<i>Jorge Leonel Leal Lozano, José Julio Villarreal Morales, Abel Refugio Hinojosa Garza</i>	
8. Trabajo en equipo y el médico familiar	91
<i>Juana María Rojas Flores, Ariana Ludivina Rodríguez Caballero</i>	
9. Capacidad resolutive del médico familiar	103
<i>Irazema Elena Hernández Mancinas, Amalia Magdalena Aguirre Álvarez</i>	
10. Coordinación de niveles de operación	117
<i>Ricardo León Anzures Carro</i>	
11. Gestión directiva del médico familiar	143
<i>Miralda Aguilar Patraca, Criselda Álvarez Álvarez</i>	
12. Ética en la medicina familiar	153
<i>Celina Gómez Gómez, Irasema Rodríguez Rodríguez, Laura Hermila de la Garza Salinas, Daniel Mendoza Martínez</i>	
13. Investigación en medicina familiar	169
<i>Laura Hermila de la Garza Salinas, Sara María Estevané Díaz, Norma Orelia Reyes Treviño, María Isabel Cruz</i>	
14. Proceso de mejora de medicina familiar	179
<i>María Guadalupe Garza Sagástegui, Ana Cecilia López Enríquez, Araceli Guadalupe Luna Rosales, Arturo de Ávila Ramírez, Luz María Valenzuela García, Homero Morales Morales</i>	
15. La medicina familiar frente a los retos de los avances tecnológicos	189
<i>Yolanda García Valerio, Christopher Emmanuel Wissar Acosta</i>	
16. La medicina familiar y el cambio exponencial en la información y el conocimiento de los pacientes	205
<i>Yolanda García Valerio, Christopher Emmanuel Wissar Acosta</i>	
17. El médico familiar y su entorno familiar	217
<i>Virginia Rodríguez Belmares, Blanca Leticia Ruiz González, Noemí Juárez Caballero, Abraham Rubén Tamez Rodríguez</i>	
18. Eficiencia financiera en medicina familiar	229
<i>Ana María Salinas Martínez, Álvaro Mathiew Quirós Georgina Mayela Núñez Rocha, María Guadalupe Garza Sagástegui</i>	

19. La medicina familiar en el contexto de la economía de la salud	245
<i>Enrique Villarreal Ríos, Verónica Escorcia Reyes, Leticia Blanco Castillo, Laura Alicia Cu Flores, Shaid Santibáñez Beltrán, Martha Lorena Villanueva Ruiz</i>	
20. Los usos de los GRD–GRAA en la medicina familiar	263
<i>María Gilma Arroyave Loaiza</i>	
21. Epílogo	269
<i>María Guadalupe Garza Sagástegui</i>	

Presentación

Javier Dávila Torres
Director de Prestaciones Médicas,
Instituto Mexicano del Seguro Social

A 70 años de vida de nuestra noble organización y en un reconocimiento de lo que en materia de salud ha contribuido el sistema de atención médico–familiar, hoy celebramos con orgullo sus logros y avances a favor de la salud de los derechohabientes, gracias al esfuerzo de varias generaciones de médicos, enfermeras y otros integrantes del equipo transdisciplinario de salud.

Podemos sopesar su devenir y las lecciones del pasado, mismas que abren en nuestro horizonte nuevos retos que ahora nos toca enfrentar, toda vez que la salud de una persona es un proceso altamente complejo y dinámico.

Este libro, producto del esfuerzo y talento de médicos especialistas en medicina familiar, deja en claro la trascendencia del médico familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social, ya que contiene el principio, la evolución y el estado actual del sistema de atención médico–familiar, y una visión clara de hacia dónde requiere transitar el modelo de atención, para estar acorde y cumplir los atributos de integralidad en la atención, así como las implicaciones relacionadas para cumplir tal visión al enmarcarlas en la atención primaria a la salud.

Sirva de guía esta edición del talento humano para reconocer, agradecer y renovar el compromiso de los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social con sus pacientes.

Historia de la medicina familiar en el mundo, México y el Instituto Mexicano del Seguro Social

*Jorge Aguilar Ponce, Luz María Valenzuela García,
Laura Hermila De la Garza Salinas, Sara María Estevané Díaz*

El surgimiento de la medicina familiar como especialidad fue la respuesta a las necesidades de salud que obligaron al médico a ampliar los enfoques de su práctica clínica y responder a las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad.

INTRODUCCIÓN

Para adentrarse en la historia de la medicina familiar es necesario remontarse a la historia de la medicina general (1815), es decir, a la historia del hombre contra la enfermedad y el esfuerzo de él por mantener un estado de salud. Es imposible abordar en este capítulo todos los detalles de dichos acontecimientos, por lo que bastará con explicar con un destello de memoria cómo la medicina primitiva se caracterizó por ser intuitiva, mágica y religiosa. En la Edad Antigua el arte sagrado de la práctica médica era enseñado por el sacerdote en el templo; en la Edad Media dicha práctica estuvo encabezada por los padres de la medicina: Aristóteles, Hipócrates y Galeno, seguidos por la Edad Moderna y el descubrimiento de la circulación y de la obstetricia, para finalmente llegar a la edad contemporánea con muchos hallazgos que hicieron posible los avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Este viaje relámpago por la historia nos hace partir de dos concepciones de la práctica médica:

- a. La medicina general es tan antigua como el hombre mismo.
- b. El surgimiento de las especialidades con enfoque fragmentado.

Entonces, ¿la medicina familiar es una especialidad nueva o su origen se encuentra en la medicina general? ¿Qué paso en los países de habla inglesa? ¿Se revaloró la actividad del médico general? ¿Con un posgrado se convirtieron en médicos familiares? En México, ¿cómo se desarrolló la medicina familiar?

En este capítulo se abordan las interrogantes planteadas a la par que se describe brevemente la historia de la medicina familiar en algunos lugares del mundo y en México, y en una de las instituciones de salud más queridas y emblemáticas de nuestro país: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

De la medicina general a la medicina familiar

La medicina general tuvo su auge en el siglo XIX, en el que figuró el médico de cabecera. Más tarde las clases media y alta demandaron una atención médica de mejor calidad, por lo que a finales de dicho siglo surgieron las grandes especialidades, con instrucción formal en las escuelas de medicina (de 1910 a 1930), marcando el detrimento de la medicina general.¹

Los avances en la ciencia y la tecnología llevaron al incremento de especialistas y subespecialistas, predominando las habilidades técnicas enfocadas sólo en un segmento del organismo por encima de los cuidados personales y el fomento de la cultura de las acciones preventivas de los pacientes y su familia, lo cual propició que la práctica de la medicina general se devaluara. Los pacientes buscaban especialistas y subespecialistas, y la población de médicos generales disminuía. Lo anterior dio origen a una revaloración de la medicina general en Inglaterra, Australia, Canadá y EUA, con el propósito de encontrar un especialista centrado en una atención integral al individuo.² Así, en el decenio de 1950 se formaron colegios y academias de medicina general, dedicados al desarrollo académico de la disciplina. Un ejemplo de la revaloración del médico generalista fue el informe de la Comisión Millis de 1966, en EUA, que destacaba la educación graduada de los médicos a través de un entrenamiento especializado de posgrado para todos los médicos de atención primaria.

Medicina familiar

La medicina familiar es una especialidad relativamente nueva, que surgió después de la Segunda Guerra Mundial. Se formalizó como especialidad en la década de 1960 en países como Canadá, Inglaterra y EUA, en respuesta a la fragmentación de los sistemas de salud y a una limitada práctica del médico general. Su propósito era potenciar la formación de un especialista integral capaz de dar una atención sin distinción de edad, sexo o condición socioeconómica.

En 1969 en EUA la medicina familiar fue reconocida como especialidad; en ese mismo año la Organización Mundial de la Salud, en un seminario sobre ciencias sociales y de enseñanza de la medicina familiar, concluyó que en el proceso salud–enfermedad participan factores psicológicos, sociales y culturales, que es preciso que el médico conozca para poder mantener la salud del individuo y de la sociedad. Fue entonces que se pasó de un enfoque de atención individualista a uno más socializado, visualizando lo que más tarde Engel denominaría modelo biopsicosocial (1977), pilar de la medicina familiar y modelo adoptado a nivel mundial.³

México fue el primer país en Latinoamérica en implantar la medicina familiar de manera formal como especialidad (1971). Sin embargo, el análisis de su desarrollo en nuestro país requiere hacer un alto en la historia, reflexionando incluso sobre el periodo anterior a la revaloración de la práctica clínica del médico generalista de 1960. Ya un grupo de médicos generales del IMSS había identificado la exigencia de mejorar el sistema de atención médica mediante un modelo de “médico de familia” (1954), pero no se contaba con médicos con la especialidad en medicina familiar; así, fue hasta 1971 cuando se dio el origen de la formación de especialistas de medicina familiar con el aval universitario de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).⁴

Esta breve historia del sistema de medicina familiar en el IMSS y el grupo de médicos visionarios permitió entender que la medicina familiar no era una especialidad que surgía de las ciencias básicas ni una reorientación de la medicina general. Si bien es cierto que sus orígenes se pueden encontrar en la práctica de la medicina general, su historia va más allá y para entenderla hay que comprender los problemas de salud, así como los cambios sociales, económicos, políticos y de transición epidemiológica mundial que obligan a los países a rediseñar y reformar sus sistemas de salud.

DEFINICIÓN

La medicina familiar como especialidad clínica se encarga no sólo del aspecto curativo de resolver los problemas de salud, sino que fija su horizonte en el aspecto preventivo del individuo y su familia. No se puede entender la práctica de la medicina familiar sin comprender que el ser humano es un macrosistema y que la complejidad de los padecimientos puede ser resultado de la interacción de factores genéticos, biológicos psicológicos y ambientales. Este reto clínico supera la atomización en la atención de otras especialidades y representa el factor clave para el surgimiento de una especialidad transdisciplinaria que se fundamenta en un modelo biopsicosocial capaz de responder a los desafíos de salud actuales.

Vale la pena destacar que su enfoque transdisciplinario es distintivo de la especialidad y que su surgimiento coincide con el cambio del paradigma reduccionista al sistémico y del biomédico al biopsicosocial.

DESARROLLO DEL TEMA

Hoy en día el médico familiar es un especialista clave para enfrentar los retos de salud de los sistemas de salud a nivel mundial.^{5,6} El IMSS, como la institución de seguridad social más grande de América Latina, representa un pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana, que a 70 años de servicios hace un alto y reflexiona sobre la trascendencia del médico familiar, desde la perspectiva de su rol protagónico en el desarrollo de la especialidad en medicina familiar, formación de médicos familiares y reorientación del médico familiar ante la demanda actual de salud.

1. Rol protagónico del IMSS en el desarrollo de la medicina familiar. El IMSS fue la primera institución en vislumbrar un sistema de medicina familiar del modelo “médico de familia” mucho antes de que surgiera la especialidad en medicina familiar a nivel mundial.⁷ De hecho surgió el 6 de enero de 1944 bajo un enfoque de atención curativa centrada en el individuo. Una década después (1953) se innovó el proceso de atención por diversos motivos. Entre ellos se incluyó la insatisfacción de los derechohabientes y del personal médico, testigo de que la atención se otorgaba sin control de recursos y con una falta de identificación médico-paciente. Ante esta situación, un grupo de médicos generales de la Caja Regional de Monterrey, que laboraban en Nuevo Laredo, propusieron que un solo médico atendería en forma sectorizada a una determinada población mediante consulta ambulatoria o visita a domicilio.

Finalmente, desde el nivel central, en 1954 el IMSS implementó el nuevo sistema, denominado “médico de familia”, quien tenía bajo su responsabilidad a un grupo determinado de la población adscrita a su consultorio, sin perder su carácter de empleado del IMSS, con jornadas de trabajo y horarios específicos, alternando las horas de consulta con las visitas a domicilio; algunos atendían a los niños y otros a los adultos. Sin embargo, la búsqueda de la satisfacción del derechohabiente continuó influyendo en la organización de la atención, reconociendo formalmente el sistema médico familiar en 1959, con un enfoque de atención al grupo familiar y bajo una concepción que más tarde se identificaría como modelo biopsicosocial (Engel, 1977), empatando con la concepción mundial de medicina social de esa época.

2. Rol protagónico del IMSS en la formación de médicos especialistas en medicina familiar en el IMSS. En México el modelo asistencial del IMSS de los últimos 50 años ha innovado con la transformación de su atención con un enfoque hacia la medicina familiar, por ser la primera institución a nivel nacional y de las primeras a nivel mundial en implementar el modelo de “médico de familia” (1954), así como la formación de profesionales del área de la salud al impulsar desde 1971 el Curso de Especialización en Medicina Familiar en las unidades de primer nivel y el desarrollo de programas de especialización en medicina familiar para médicos generales de base desde 1993, en conjunto con la UNAM.

3. Rol protagónico del IMSS y la reorientación del médico familiar ante la demanda actual de salud. El IMSS continúa afrontando dos grandes retos: la situación económica del país y los problemas de salud de orden mundial, resultado de la transición epidemiológica, ante los cuales ha sabido superar los retos, mostrando su capacidad de evolucionar a la par de los cambios que demanda la sociedad, encontrándose ahora ante la nueva postura del rediseño del sistema de atención del primer nivel de atención.

En el último informe sobre salud en el mundo, en 2008, en respuesta a los problemas de salud la Dra. Chan declaró que “La atención primaria de salud es la vía más inteligente para enderezar el desarrollo sanitario”, mientras que J. Showstack destacó que “Los desafíos actuales de salud pueden constituir la oportunidad de un nuevo renacimiento de la atención primaria dirigido a las necesidades de nuestra población”.

Medicina familiar y otros países

Cuba

En Latinoamérica el país emblemático en la adopción de sistemas basados en la medicina familiar es Cuba, donde se desarrolló un proceso de maduración único en su crecimiento y resultados impresionantes. El modelo cubano ha sido largamente comentado desde hace dos décadas por sus múltiples logros y organización sin parangón en el mundo, en lo que corresponde a organización y resolutivez, con una inversión tan económicamente limitada que la convierte en unas de la estrategias más costo–efectivas de la historia.

Así, en el periodo de la posrevolución —a fines del decenio de 1960 y la década de 1970—, Cuba inició la formación masiva de médicos con un perfil que combinaba la atención con la resolución en un primer nivel de complejidad y la base comunitaria, con el objetivo de compensar la carencia de recursos humanos por la fuga masiva de profesionales a EUA. Dicho proceso se acentuó desde ini-

cios de la década de 1980 con el lanzamiento del Plan del médico y la enfermera de familia y el surgimiento de la especialidad de la medicina general integral.⁸ Así, a través de un esquema compartido de ampliación del modelo y formación de recursos humanos, se implementaron los primeros policlínicos y consultorios de medicina familiar, que fueron también las primeras unidades docentes donde se formaron los mencionados especialistas en medicina general integral.⁹

El modelo cubano actúa a través de equipos básicos constituidos por un médico y una enfermera de la familia, quienes tienen como base de trabajo un consultorio vivienda ubicado en el sector que les ha sido adscrito. Ellos atienden de 150 a 300 familias, lo que corresponde a unas 700 a 1 500 personas. El contacto continuado con todos los miembros de esas familias, tanto en el consultorio como en su domicilio, humaniza la atención y la rentabiliza notablemente en lo referente a las actividades preventivo–promocionales. Se complementan con policlínicos, en los cuales existe un grupo básico de trabajo multidisciplinario, integrado por especialistas en medicina interna, ginecoobstetricia y pediatría, médico general integral, licenciado en psicología, enfermera supervisora, técnico de estadísticas, técnico en higiene y epidemiología, y técnico en trabajo social. El grupo cumple funciones asistenciales, docentes y gerenciales, dirigidas a incrementar la calidad de la atención a la salud de la población.¹⁰

Cabe indicar que la unidad básica de atención es el policlínico, el mismo que se proyecta a la comunidad a través del consultorio médico de la familia y del programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia. Ellos constituyen el centro de acción y núcleo funcional en el cual se identifican, priorizan y solucionan los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad.

Brasil

El primer modelo de salud familiar que asumió ese nombre en el continente americano surgió en Brasil a mediados de la década de 1990.¹¹

A pesar de su meteórico crecimiento, es importante precisar que dicha estrategia no se construyó en el vacío, sino en el marco de un esquema prestacional ya maduro, con muchos años de trabajo en la lógica de un sistema único de salud. Hay que hacer notar que es un programa construido “desde lo local hasta lo nacional”, ya que antes de contar con una propuesta común del Ministerio de Salud brasileño para todo su país, ya se tenían funcionando varios modelos piloto en diversas partes del territorio, algunos de los cuales se denominaron modelos del médico de familia.

Cada equipo básico, denominado equipo de salud de la familia, está compuesto por un médico general, un enfermero, un auxiliar o técnico de enfermería y de cuatro a seis promotores o agentes comunitarios de salud remunerados. Cada equipo abarca alrededor de 800 familias, dependiendo de la densidad demográfica.

ca del área donde actúa, pero en ningún caso puede superar las 4 000 personas. El proceso de trabajo no dista de los procesos comunes a otros modelos de salud familiar, en los cuales se trabaja inicialmente en la captación y adscripción de familias, desarrolladas a través de visitas domiciliarias y un trabajo constante con las organizaciones de la comunidad.

Chile

El siguiente modelo relevante de salud familiar, el cual surgió a fines de la década pasada e inicios de la presente, fue el modelo chileno, denominado Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, aunque previamente era llamado simplemente Modelo de Atención Integral. Dicho modelo sigue principios semejantes a los de Cuba y Brasil, en la medida en que mantiene como premisas básicas trabajar con un equipo de salud familiar territorializado y con una población adscrita y un accionar basado en la atención primaria, operando en centros de salud familiar que atienden a la población en general, básicamente financiados a través de impuestos, y que pretenden ofrecer una atención de salud resolutive a 90% de la demanda, mediante un plan de prevención universal garantizado y una fuerte inversión en la promoción de la salud para un país saludable.

Igual que en el caso de los países precedentes, excepto Brasil, Chile contaba con programas universitarios que desde la década de 1990 comenzaron a formar recursos humanos en salud familiar, como los de la Pontificia Universidad Católica de Chile o de la Universidad de Concepción, lo que constituía un aval importante y un capital inicial considerable a las iniciativas desarrolladas en dicho país.

Venezuela

El modelo de salud familiar surgido en los últimos años (basado en los principios anteriormente definidos) ha sido la Misión Barrio Adentro, cuyo objetivo primordial es garantizar el acceso pleno a los servicios de salud integral y de calidad, para los municipios de máxima exclusión de Venezuela. Esta misión fue desarrollada gracias a una ingente inversión social y a un convenio de cooperación binacional con Cuba y sobre la base de miles de médicos familiares cubanos que complementan o suplementan la acción de los médicos locales en áreas crónicamente subservidas. La misión, que se inició como un soporte internacional en áreas críticas, se ha expandido notablemente y ya trascendió la oferta de servicios humanitarios dispersos, constituyéndose rápidamente en el principal modelo de oferta de servicios para el primer nivel de atención de Venezuela. Recientemente se inició un sistema de formación de recursos humanos para nutrir el modelo en dicho país.

Sobre este programa hay tantos detractores como impulsores; dado lo politizado del tema no es suficientemente claro el real avance de dicha estrategia. De

acuerdo con las cifras oficiales se sabe que en el periodo de 2003 a 2007 se invirtieron 5 569 millones de dólares para la construcción de más de un millar de módulos asistenciales, decenas de consultorios populares y convencionales, 183 centros de rehabilitación integral y seis centros de alta tecnología, entre otros. Con dicha inversión el oficialismo venezolano refiere que cuenta con una cobertura de entre 90 y 100% de los municipios de máxima exclusión, con entrega gratuita de los medicamentos esenciales.

Bolivia

Este país ha estado desarrollando desde hace unos años una iniciativa con inspiración semejante a la de Venezuela, e igualmente con una fuerte inyección de recursos humanos procedentes de Cuba, denominada Modelo de salud familiar comunitaria intercultural. Esta propuesta, aun cuando no tiene el mismo nivel de avance que la venezolana, tiene un contingente amplio de equipos básicos de salud que trabajan bajo esta modalidad y un sistema propio de especialización de recursos humanos. Igual que otras experiencias, combina modalidades fijas e itinerantes para poder cubrir a la población boliviana que, debido a la naturaleza de su territorio, cuenta con amplios contingentes de poblaciones excluidas.

Perú

Perú, a diferencia de los países citados, se encuentra dentro del bloque de realidades sin trayectoria como formadores de médicos familiares y sin experiencias piloto extensas en medicina familiar o salud familiar. No obstante, un punto de partida importante para la consolidación de esta reforma en Perú ha sido la aprobación oficial del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que es el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando de manera coherente, garantiza la atención a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud dentro del marco de políticas del Ministerio de Salud. Para el MAIS, la persona se constituye en el centro del modelo, siendo reconocida en su multidimensionalidad como ser biopsicosocial.

México

En México la medicina familiar, cuyo nacimiento se remonta a los primeros años de la década de 1950,¹² ha alcanzado un notable desarrollo dentro de la atención primaria. Así, en el primer nivel de atención, que cuenta con centenares de unidades o clínicas de medicina familiar, existe una amplia cobertura de familias con adscripción poblacional a equipos de medicina familiar. En este contexto, cada

médico familiar atiende entre 2 000 y 3 000 personas que están bajo su cuidado. Para ello, los equipos de salud cuentan con amplias facilidades, como infraestructura adecuada, expediente electrónico y adecuada interrelación con los niveles secundario y terciario, para referencia tanto de pacientes como de muestras para exámenes auxiliares y otros requerimientos.¹³ En este sistema, particularmente en el IMSS, se está alcanzando el estándar óptimo —planteado por diversos autores especializados— de contar con un médico familiar por cada especialista. Así, en el IMSS, para la atención no especializada, 90% de los pacientes están adscritos a consultorios de medicina familiar y las dos terceras partes de ellos son atendidos por médicos especializados en medicina familiar, aunque existe un remanente de población atendida por médicos generales con cursos de medicina familiar. Para lograr esta gran cantidad de médicos especialistas en medicina familiar y médicos generales con conocimientos en estas materias se desarrolló un modelo exitoso de formación de profesionales con especialidad en salud familiar, tanto por la vía convencional de la residencia médica dependiente de la propia seguridad social pero con aval universitario, como por la vía alternativa de la reconversión para profesionales que laboran en establecimientos de atención primaria.¹⁴

No obstante, a pesar de los avances del sistema, la cobertura aún es insuficiente en términos de país, además de que persisten enormes brechas por ser cubiertas, de modo que el modelo realmente abarque a la población mayoritaria de una forma satisfactoria. Así, dado que en México este modelo tiene su mayor expresión en la seguridad social propiamente dicha —su desarrollo era aún incipiente en los servicios de la Secretaría de Salud, y puesto que para 2008 42.5% de la población estaba afiliada al (IMSS) o al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se puede decir que poco más de 4 de cada 10 mexicanos acceden a este tipo de servicio.¹⁵

Adicionalmente, en palabras de sus propios protagonistas, el mexicano es un modelo que si bien ha cosechado enormes frutos de su trabajo esforzado, aún tiene enormes desafíos por delante, especialmente en lo referente a calidad.

En los últimos 30 años Latinoamérica ha intentado consolidar sus procesos de reforma de salud, buscando modelos que permitan a sus países alcanzar niveles de eficiencia y equidad, y abordar la demanda creciente de respuesta a las necesidades de salud, incrementando la cobertura y el acceso a servicios resolutivos, y al mismo tiempo manteniendo controlados los costos que ello implica. Entre las múltiples propuestas e iniciativas de reforma que en el mundo han permitido lograr dichos objetivos, algunos de los más exitosos sistemas reformados han sido los basados en modelos de atención primaria, los que según diversas evidencias alcanzan la mayor equidad y costo—efectividad. Conscientes de estas ventajas, los gobiernos de Latinoamérica han puesto su mirada en este tipo de modelos y, en consecuencia, en nuestro subcontinente, inspirados en lo ocurrido en reali-

dades semejantes. La medicina familiar y su equivalente, la salud familiar, se encuentran en expansión como orientadores de las reformas sanitarias.

El Dr. Ceitlin, uno de los pioneros en la implantación de la medicina familiar en América Latina, expresa su evolución de la siguiente manera: “La historia de la medicina familiar en la América Latina es mucho más extensa de lo que muchos piensan (...), mientras que en algunos países tiene una antigüedad cercana a los 30 años, con gran inserción en la sociedad, en otros casos recién está comenzando a dar sus primeros pasos. Esta historia tiene algunos denominadores en común: la importancia que han tenido los servicios de seguridad social y del Estado en el nacimiento y desarrollo de la especialidad, así como la tarea realizada por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (FEPAFEM), el apoyo de la Fundación W. Kellogg en las etapas iniciales, y el aporte de algunas personas que nunca debieran omitirse cuando se habla de la historia de la medicina familiar en esta parte del mundo”.

CONCLUSIONES

El impacto de la medicina familiar es su posicionamiento como especialidad.

La trascendencia de la medicina familiar es su solidez como sistema de atención y su reconocido posicionamiento en México y en el mundo.

La revaloración del médico general, pasando de un enfoque reduccionista a uno sistémico, representó un paradigma en la evolución médica que pudimos resolver. Los cambios y los retos a los que nos enfrentaremos como personas, como médicos y como institución en los años por venir los resolveremos con la misma creatividad, inteligencia y esfuerzo con la que hemos superados otros obstáculos. La medicina familiar es un “hacedor”; México no está solo.

REFERENCIAS

1. **Alarid HJ, Irigoyen C:** *Fundamentos de medicina familiar*. 2ª ed. México, Francisco Méndez Cervantes, 1985.
2. **Ramos V:** Medicina general/medicina de familia en Europa. En: Gómez GT, Ceitlin J: *Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo*. Madrid, IM & C, 1997.
3. **Engel G:** The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatr* 1980.
4. **Cárdenas PE:** *La medicina familiar en México*. IMSS, 1974.
5. **Lemus ER, Borroto ER, Aneiros RR:** *Atención primaria de salud, medicina familiar y educación médica*. La Paz, Biblioteca de Medicina, 1998.
6. **Iturbide P:** La medicina familiar: calidad en la atención primaria, base del sistema nacional de salud. *Med Fam* 1987;4:23–34.
7. **Barba OR:** La participación del médico familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Bol Med IMSS* 1976;18(7):231–34.

8. **Cárdenas de la Peña E:** *Medicina familiar en México*. México, Medicina Familiar Mexicana, 2003.
9. **Irigoyen CA, Morales LH, Hamui SA, Ponce RR:** La medicina familiar en Iberoamérica. Una reflexión histórica. *Bol Mex Hist Fil Med* 2006;9(2):48–51.
10. Instituto Mexicano del Seguro Social, Medicina Social: Dos sexenios en la medicina de la Seguridad Social. *Bol Med IMSS* 1970;IX(4):261–297.
11. **Domínguez del Olmo J:** La medicina familiar en México y en el mundo. *Arch Med Fam* 2003;5(4):136–39.
12. **Ceitlín J, Gómez GT (eds.):** *Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo*. Madrid, semFYC–CIMF, 1997.
13. **Varela RCE:** La especialización en medicina familiar en México. *Bol Med IMSS* 1972;14(7):205–210.
14. **Gutiérrez CAJ, Tapia CA:** *Historia y contexto de la medicina familiar en México*.
15. **Morales LH, Irigoyen CA:** El primer programa académico de la residencia de medicina familiar en México. *Arch Med Fam* 2002;4(3):113–117.
16. **Varela RCE:** La enseñanza y la práctica de la medicina familiar en algunos países. *Bol Med IMSS* 1973;15(12):425–427.

Formación del médico familiar

*Víctor Arturo García Morales, Víctor Gómez Soto,
Gustavo Vargas Machado*

INTRODUCCIÓN

Del panorama epidemiológico actual emergen requerimientos de una preparación médica de posgrado suficiente en cuanto a calidad y cantidad para cubrir las demandas de salud que está generando la población.¹

La medicina familiar es una especialidad que se ubica en el primer nivel de atención médica en las instituciones del sector salud, que en los escenarios públicos y de la práctica privada se considera como la medicina de primer contacto.

Debido a las particularidades de la especialización en medicina familiar, y siguiendo las recomendaciones del Programa Único de Especialidades en México (PUEM), actualmente el plan de estudios de la especialidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) consta de tres años.

Las sedes se ubican en las unidades de medicina familiar del sistema, que cuentan con más de 20 consultorios, en donde se realiza la formación del médico durante 30 meses, en coordinación con hospitales generales de zona, en los que se llevan a cabo rotaciones complementarias. En el tercer año el médico residente realiza seis meses de práctica profesional en unidades médicas de campo del sistema IMSS.²

La estructura curricular aspira a desarrollar en el médico las competencias profesionales requeridas en su perfil profesional, por medio de estrategias educativas participativas y el ejercicio de la crítica que le permitan dar respuesta oportuna y de calidad a las necesidades de salud de la población mexicana.

Definición

La formación académica del especialista en medicina familiar es de predominio clínico, compartiendo el conocimiento y destrezas de otras especialidades e integrando las ciencias biomédicas, conductuales y sociales, es decir, se centra en un enfoque biopsicosocial o integral, cuyo objetivo es formar un médico capaz de resolver entre 85 y 90% de los problemas de salud, proporcionando cuidados continuos e integrales al individuo, su familia y su comunidad, e incluyendo todas las edades, sexos, sistemas o enfermedades, tomando como herramientas principales la medicina humanística y la relación médico–paciente–familia, además de participar en otros aspectos, como los educativos, los preventivos clínicos y la administración de los servicios de salud.³

Objetivo

Conocer la historia y panorama curricular del curso de especialización en medicina familiar, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, y su relación con la institución educativa que otorga el reconocimiento universitario.

Identificar las etapas del proceso de formación del especialista en medicina familiar y el perfil del médico familiar egresado del curso de especialización en medicina familiar. Así como definir las características curriculares del profesor titular y del profesor adjunto del curso de especialización.

Desarrollo

La medicina familiar surgió a nivel global como respuesta a una necesidad social, efectuándose un nuevo enfoque de la medicina, con un carácter integrador del ser humano, el cual se había fragmentado como consecuencia de un ambiente poblado cada día más por médicos especialistas y subespecialistas, así como por los vertiginosos avances tecnológicos. Sin embargo, para insertar los 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 de afrontar los cambios profundos que conlleva esta decisión, por lo que el cambio no significa sólo una redefinición del sistema, sino también la reestructuración cuantitativa y cualitativa del recurso médico.⁴

En México la medicina familiar (MF) ocurrió como consecuencia del desarrollo industrial del país y la influencia de otros países (EUA, Canadá y Reino Unido). La Ley sobre la Seguridad Social de los Trabajadores Mexicanos surgió en 1943, pero hasta el 6 de enero de 1944 se iniciaron los servicios médicos institu-

cionales. Esto no fue un comienzo nada fácil. El reclutamiento de los médicos que dieran ese servicio fue difícil, por lo que se incorporaron médicos generales; algunos de la práctica privada y otros recién egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). En estos médicos no existía un compromiso real con los objetivos que planteaba la Institución, pues su mayor motivación era la estabilidad económica y la experiencia con la que contaban no era suficiente. Pero quizá la principal dificultad a la que se enfrentó el IMSS fue cambiar la atención individualista por otra más “socializada”.⁴ Se buscaron alternativas que facilitaran la atención a los usuarios, adscribiéndolos a clínicas cercanas o a los puestos de fábrica, con funciones principalmente curativas y preventivas.

Esta situación continuó durante casi 10 años y fueron los propios trabajadores quienes intentaron darle solución a este problema. En 1953 un grupo de médicos generales de la Caja Regional de Monterrey, que laboraban en Nuevo Laredo, Tamaulipas (región geográfica limítrofe con EUA), elaboraron y aplicaron un procedimiento de trabajo para los médicos del IMSS. Al enterarse, la administración central de ese evento pidió explicaciones sobre dicho sistema de atención médica, el cual analizaron y al año siguiente implantaron. Esto dio como resultado que en 1959 se implantara el sistema de atención para menores y adultos, que consistía en grupos de médicos que otorgaban atención médica a la población de menos de 16 años de edad y otro a la población de adultos.⁴

México fue el primer país de América Latina en iniciar un programa de especialización en medicina familiar, que dio inicio el 1 de marzo de 1971 en la Clínica No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la ciudad de México; tuvo una duración de dos años con 32 alumnos. En 1974 se obtuvo el reconocimiento universitario por parte de la Universidad Autónoma de México (UNAM) y en 1975 se creó el Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM. Posteriormente, en 1977 se creó un departamento similar en la Universidad Autónoma de Nuevo León. Esto provocó que en 1980 la Secretaría de Salud (SSA) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se unieran al movimiento, iniciando sus propios cursos de especialización en medicina familiar, ambos con reconocimiento de la UNAM y una duración de tres años.^{4,5}

En 1981 en el IMSS, después de su inicio en 1971 con una sede, se presentó una expansión de 51 sedes. Este incremento se debió a la visión preventiva de que el IMSS seguiría el mismo ritmo de crecimiento económico del país con un incremento del número de asegurados y, por tanto, de la demanda de los servicios médicos. Asimismo, en ese año se decidió dar un impulso importante a la formación de médicos familiares.

Entre 1971 a 1988 se aprecian dos enfoques en el currículo. El primero, de 1971 a 1977, aborda la práctica de la especialidad con el objetivo de tener un

impacto directo en la comunidad a través de la atención médica integral a núcleos familiares en la comunidad, realizando un seguimiento a consulta externa y a hospitalización en caso necesario. La orientación era epidemiológica, enmarcada en la salud pública. La duración del proceso de formación era de dos años, con una estructura integrada por materias básicas y clínicas (ginecoobstetricia, medicina interna, pediatría y cirugía general), ciencias sociales, salud pública y estudio y desarrollo de la comunidad. Es importante señalar que en 1973 surgió el concepto de “Solidaridad” en la seguridad social mexicana, por lo que el IMSS extendió sus beneficios a la población no contributiva ubicada en el área rural a través de programas, como Programa de Solidaridad Social, Cooperación Comunitaria y Esquema Modificado del Campo; partir de esa fecha el egresado de la especialidad se incorporó un año a las unidades médicas del sistemas “Solidaridad”, durante el cual brindó atención médica integral y de calidad a la población solidario-habiente, para posteriormente incorporarse al régimen ordinario.^{4,6}

En 1978 ocurrió un cambio trascendental al fusionar las categorías laborales de médicos familiares de menores y de adultos en una sola: la de médico familiar. Así se dio inicio al segundo enfoque a la práctica de la especialidad, que tenía como objetivo la salud familiar y como resultado indirecto la salud social.

Esto le permitió al médico ser parte del análisis del entorno social, escolar, laboral y comunitario, permitiéndole identificar su interrelación con la familia, la relación médico–paciente–familia y su capacidad de introspección.

El plan de estudios se organizó por objetivos, en forma modular, además se incorporaron las ciencias de la conducta, particularmente el estudio de la dinámica familiar y su abordaje psicoterapéutico. Los escenarios eran el hospital, la consulta externa y el domicilio de la familia para estudio y seguimiento. Este periodo coincidió con las modificaciones en el sistema de atención médica institucional por niveles en unidades de medicina familiar, hospital de zona y hospitales regionales de altas especialidades.

En 1981 se revisó el plan de estudios con la participación de los profesores de las 51 sedes reconocidas, se adoptó una estructura curricular por áreas y, tomando como base el programa original, se propuso organizarlos en tres áreas, que representaban de manera más adecuada las necesidades de formación y asistencial:

1. Área técnico–médica: agrupó todos los objetivos, contenidos y destrezas esenciales para la práctica profesional.
2. Área técnico–administrativa: incluyó objetivos y contenidos necesarios para participar en la administración de los servicios de salud.
3. Área de enseñanza e investigación: indispensable para el desarrollo de la especialidad.

La promoción del crecimiento de la especialidad ha sido preocupación constante de la institución, por lo que en 1983 se creó el primer Centro de Formación de

Profesores de Medicina Familiar, en el Centro Médico Nacional, que los primeros años se dedicó íntegramente a formar la totalidad de profesores responsables del posgrado de las diferentes sedes del país. Se hicieron cambios en el enfoque educativo, haciéndolo participativo–activo (grupos operativos de aprendizaje).

En 1986 se incrementó a tres años el plan de estudios; el tercer año se desarrolló en unidades de campo, pero a partir de 1995 se redujo la actividad en las unidades de campo a un semestre durante el tercer año del posgrado, permaneciendo así hasta la actualidad.

Un tercer enfoque se inició en 2000. La estructura curricular aspiró a desarrollar en el médico las competencias profesionales requeridas en su perfil profesional, por medio de una formación integral en los escenarios clínicos y sociales idóneos para tal fin —similares a los de su práctica profesional futura—, así como ejercicio de la crítica, que le permitieran dar una respuesta oportuna y de calidad a las necesidades de salud de la población mexicana. Esta evolución y el enfoque de la especialidad han estado intrínsecamente ligados a la doctrina e historia del desarrollo de la seguridad social en México.⁷

El programa de estudios del curso se ha estado modificando, con el fin de incorporar nuevas tendencias de la educación en general y de la educación médica en particular, en busca de una mayor vinculación entre la teoría y la práctica e integración entre la docencia e investigación.⁷

Al ingresar el médico al curso de especialización de medicina familiar se enfrenta a una problemática, debido a que la preparación recibida en las diferentes universidades. Esta problemática se puede derivar de la falta de vinculación teoría–práctica en el currículo universitario, en el que se centra la formación hacia un acúmulo de conocimiento en forma individual y dirigido a la subespecialización.

En el curso de especialización en medicina familiar se enfrenta un gran reto para adecuar los programas educativos hacia un enfoque participativo, el cual aún no es el óptimo para obtener la solidez de la especialidad de medicina familiar.

En este proceso de cambio de un enfoque tradicional pasivo a un enfoque participativo se debe contar con diferentes instrumentos de evaluación de los módulos que forman el programa de la residencia, así como insistir en la realización de investigación científica, clínica, epidemiológica, de sistemas de salud y educativa, campo en el que los profesores deben comulgar con el ejemplo. Actualmente el instrumento de evaluación es de aptitud clínica en medicina familiar, en el que se abordan aspectos del manejo integral del individuo y la familia desde diferentes escenarios, tomando en cuenta los contextos ambiental, laboral y social en el abordaje familiar para poder evaluar la dinámica y funcionalidad familiar.

Esto no ha sido fácil debido a la resistencia al cambio del personal directivo y de algunos miembros del equipo de tutores; afortunadamente se ha ido modificando en forma paulatina. La idea de aprendizaje, desde esta nueva óptica, trata

de enfrentar al residente a escenarios reales, para que confronte su experiencia y se pueda lograr el conocimiento. En cuanto a la investigación científica, se debe incentivar la realización de trabajos de investigación que sean factibles y reproducibles en el ambiente laboral, para ir transformando el entorno y vencer la resistencia al cambio.

Las tareas que el residente de medicina familiar debe valorar incluyen varios tipos de necesidades físicas, psicológicas y sociales, e identificar los factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología, así como intentar una orientación psicológica de carácter preventivo o derivación a la especialidad conveniente. Por ello es importante que el residente de la especialidad en medicina familiar esté en contacto con los pacientes y los familiares, teniendo presentes las funciones básicas de la misma y tratando de considerar que la meta principal del funcionamiento familiar es la realización de las diferentes tareas. Asimismo, debe tomar en cuenta la influencia histórica dentro de la propia familia y las condiciones socioculturales prevalentes.

Otra situación que puede afectar el desarrollo del proceso educativo en la especialización en medicina familiar es que es vista como una especialidad de “último recurso”, pues fue imposible ingresar en otras especialidades. Este factor posteriormente se ve reflejado en el desarrollo laboral, ya que desde un inicio el médico que accedió a realizar esta especialidad no estuvo convencido y mucho menos identificado con el objetivo y las metas de la especialidad, por lo que sus esfuerzos nos están dirigidos a un manejo integral del paciente y su comunidad, lo cual genera resultados inadecuados en el campo profesional y en el aspecto personal.

Los egresados de la especialidad obtienen el título universitario de médico familiar por parte de una escuela con reconocimiento oficial, además de que pueden solicitar la certificación por parte del Consejo Mexicano de Certificación de Medicina Familiar mediante un examen al concluir sus estudios.²

La visión que se tiene del especialista en medicina familiar es lograr que ejerza en forma reflexiva y crítica su profesión en el máximo nivel de humanismo; asimismo, que aborde con actitud crítica su realidad social y profesional, conjuntando los esfuerzos de los diferentes especialistas para brindar una respuesta oportuna a las necesidades del paciente y su familia.

El objetivo general del curso de especialización de medicina familiar es que el médico egresado del curso sea competente para realizar con calidad el manejo integral continuo y anticipatorio del proceso salud–enfermedad del individuo y su familia en los diferentes escenarios clínicos y sociales, considerando su dimensión biopsicosocial.²

El perfil profesional del egresado de la especialización en medicina familiar es el de un profesional de la medicina, responsable de otorgar atención médica anticipatoria, integral y continua al individuo y su familia, por lo que debe ser competente en las áreas clínica, docente, administrativa y de investigación, así

como establecer vínculos de responsabilidad compartida con la familia y el equipo de salud abordando en forma crítica y reflexiva el proceso de salud–enfermedad. De igual forma deberá derivar a un segundo nivel de atención, en forma oportuna y adecuada, a los pacientes que lo ameriten; actuar con humanismo en apego a la ética profesional bajo una sólida conciencia social, caracterizada por la habilidad para ejercer su profesión con altos valores profesionales y humanísticos que le permitan establecer una relación médico–paciente y médico–familia efectiva; e integrarse y trabajar con respeto, calidad y calidez humana, y responsabilidad hacia la sociedad médica y la sociedad en general.²

El médico debe contar con los conocimientos indispensables para su ejercicio como médico familiar capaz de emplear con eficiencia y eficacia los métodos y técnicas de atención médica apropiados a las circunstancias individuales y de grupo que afronta en la práctica profesional; y debe utilizar la reflexión crítica como elemento habitual del ejercicio de su profesión, aplicándolo a los recursos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación dentro de su ámbito especializado de acción. Deberá seleccionar, analizar y valorar la literatura médica de su especialidad aplicándola con pertinencia a su quehacer cotidiano, con el fin de sustentar, profundizar y ampliar sus acciones profesionales. Será promotor de la integración de los avances de la medicina en su quehacer profesional y en sus ámbitos de trabajo para ofrecer mejores beneficios y menores riesgos a sus pacientes. Asimismo, se preocupará por integrarse e integrar a sus pacientes y equipos de trabajo en una educación continua, así como utilizar el método científico de investigación como método habitual y continuo de actualización.²

El profesor titular y adjunto de la especialidad de medicina familiar deberá contar con el siguiente perfil:

- Ser médico familiar con especialidad en medicina familiar y certificación del Consejo de Medicina Familiar.
- Participar en la elaboración del programa operativo de enseñanza del curso de especialización médica.
- Demostrar, supervisar y orientar la ejecución de las maniobras, técnicas y procedimientos que competen a su especialidad médica.
- Asesorar a sus alumnos en relación con los métodos y procedimientos para adquirir y valorar información.
- Promover la discusión para el análisis crítico de los conocimientos referentes a los problemas de salud y a la atención médica, que por su relevancia, significación y utilidad son necesarios para comprender, manejar y dominar una disciplina médica especializada.
- Estimular la participación activa del estudiante en la conducción de su propio aprendizaje y organizar las condiciones de enseñanza que favorezcan la realización adecuada de las tareas educativas.

- Valorar permanentemente el desempeño y avance académico del alumno para establecer el grado en que se han alcanzado los logros educativos postulados como deseables.

Para lograr el egreso de un especialista con el perfil adecuado para el ejercicio médico integral de alto nivel, la estructura curricular del Curso de especialización de medicina familiar se organiza en periodos anuales, conformado por cuatro actividades académicas en torno a la atención médica:

1. El trabajo de atención médica (práctica clínica).
2. Seminarios de atención médica (curso central).
3. Seminarios de investigación.
4. Seminarios de educación.

Trabajo de atención médica (práctica clínica)

Constituye el eje conductor del plan de estudios en consideración a la relevancia de las experiencias clínicas reales para la construcción de competencias profesionales. Es en los escenarios de atención médica donde el futuro especialista desarrolla las aptitudes necesarias para resolver los problemas de salud de sus pacientes y donde se confrontan de manera significativa los conocimientos teóricos con las expresiones reales del proceso salud–enfermedad. Es en ellos donde se “vive” la relación médico–paciente en toda su plenitud, observando los elementos biológicos y psicosociales que dañan a la persona enferma.

Seminario de atención médica (curso central)

Hace referencia al curso teórico (asignaturas) de la especialidad, distribuido entre los años de la residencia. Son las actividades académicas del aula las que serán fácilmente sistematizadas y controladas, pero no tan propicias para la construcción de aprendizajes significativos, como los procesos académicos que integra la atención médica.

Se utilizan estrategias educativas que propician la participación, como la modalidad de seminario, que se centran en el estudio individual sistemático y en la discusión analítica. Hay otras estrategias, como la lectura crítica de documentos teóricos y artículos de investigación factual, el aprendizaje basado en problemas, la discusión crítica de casos problematizados y la práctica supervisada por el tutor en los primeros dos años y a distancia en el tercer año.

Seminarios de investigación

Corresponden al curso de investigación, con el propósito de que los residentes desarrollen las aptitudes necesarias para recuperar y analizar sistemáticamente

la información médica, discriminar las mejores evidencias, desarrollar la investigación como una estrategia metodológica de aprendizaje y preferentemente desarrollar una investigación.

Seminario de educación

Corresponde al curso de educación; tiene el propósito de desarrollar competencias útiles para propiciar la educación continua, la de los colegas y la de los pacientes.

CONCLUSIONES

Uno de los mayores problemas de las instituciones de salud, en especial las centralizadas, son los mecanismos de control verticales, que con el tiempo degradan los ambientes laborales, porque los indicadores de productividad son cuantitativos (número de consultas, promedio de consultas, tiempos de espera, etc.). Como consecuencia, los aspectos cualitativos de las acciones se pierden de vista (relación médico–paciente, acuciosidad clínica, aptitud docente, etc.), por lo que cuando no se cometan actos inadecuados claros u omisiones necesarias que muestren repercusiones ostensibles el sistema de control no se registrarán diferencias entre lo que se debe hacer y lo que no. Esta situación erosiona poco a poco la moral y el compromiso del personal, dando lo mismo hacer las cosas al “ahí se va” que realizarlas con acuciosidad y compromiso; por desgracia estas acciones implican menos esfuerzo y son predominantes en la conducta colectiva. Los ambientes laborales en que trabajan los médicos familiares están caracterizados por el control impersonal y la rutina; así, considerando que la medicina que se aprende es la medicina que se hace, la formación de los médicos familiares difícilmente suele sustraerse a este ambiente laboral maquinizado, rutinario y burocrático. Por lo anterior, en años recientes el IMSS consideró que la formación de docentes investigadores implica la estrategia educativa más poderosa para modificar los ambientes donde se forman los médicos familiares. Con esta estrategia se pretende modificar el proceso formativo, promoviendo la reflexión sobre la experiencia (elaboración del conocimiento) y modificando los ambientes académico–laborales donde se adiestran, con lo cual se fortalece la formación de los especialistas en medicina familiar. Otra estrategia iniciada en 2005 fue la transformación del sistema de evaluación, que se centra en valorar el desarrollo de aptitudes, las cuales entrelazan las tres esferas del conocimiento (afectiva, psicomotora y cognoscitiva) de manera indisociable, logrando la evaluación integral del egresado.

En la formación del especialista en medicina familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social se observa una carga teórico-clínica abundante, dejando en segundo término la actividad asistencial integrada (teórico-práctica, biopsicosocial). En el programa se menciona repetidamente dicha integración, lo cual se refiere a profundizar el enfoque biopsicosocial del paciente no exclusivamente por patologías predominantes, sino en todas las que se presenten, enseñando al alumno a abordar al paciente, su entorno familiar y su entorno social; considerar la lectura crítica como método primordial para el aprendizaje de la especialidad y su aplicación en las labores cotidianas del quehacer del médico familiar; ahondar en la investigación enfocada en la medicina alternativa tradicional, la cual está muy arraigada en la población derechohabiente y en ocasiones por la formación académica del médico se menosprecia o se tiene ignorancia de su bondad en la recuperación del paciente; además de involucrar al médico familiar en los avances tecnológicos y las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (NTICS), consideradas como una nueva herramienta de capacitación constante y de calidad para resolver la problemática de la población adscrita.

Los profesores titulares, adjuntos y tutores deberán demostrar con ejemplos estas actividades, mediante una capacitación constante de los procedimientos que se aplican en la educación para lograr la calidad educativa y de investigación, dando lugar a que egresen médicos familiares competentes en las áreas clínica, docente, administrativa y de investigación, que establezcan vínculos de responsabilidad compartida con la familia y el equipo de salud al abordar en forma crítica y reflexiva el proceso de salud-enfermedad.

REFERENCIAS

1. **Azcunaga GF, Garza MR, García LME:** *Plan de estudios de la especialidad de posgrado de medicina familiar.* Universidad de Monterrey, 2004.
2. *Plan Único de Especialización Médica en Medicina Familiar.* 2009.
3. **Dominici LE:** *Cuidados comprensivos.* Panamá, Facultad de Medicina Universidad de Panamá, 2004.
4. **Quiroz PJR, Irigoyen CA:** Reseña histórica en medicina familiar. Una visión histórica sobre la medicina familiar en México. *MPA e-Journal Med Fam Atn Prim* 2008;2(1).
5. **Irigoyen CA, Morales LH, Hamui SA, Ponce RP:** La medicina familiar en Iberoamérica: una reflexión histórica. *Bol Mex His Fil Med* 2006;9(2).
6. **Rodríguez DJ, Fernández OMÁ, Mazón JJ, Olvera F:** La medicina familiar en México, 1954–2006. Antecedentes, situación actual y perspectivas. *Aten Primaria* 2006;38(9):519–522.
7. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Programa académico por competencias profesionales del curso de especialización en Medicina Familiar.* 1999.
8. **Viniegra VL, Alatorre HF, Chávez AV:** La formación de los médicos familiares en el IMSS. En: *La medicina familiar en los albores del siglo XXI.* México, CAMS, 2006:145–160.

Perfil y competencias del médico familiar

María Delfina Elisabeth Farfán Flores, María Teresa Guerra García, Cynthia Yosheida Cárdenas Urquizo

INTRODUCCIÓN

La medicina familiar revisa no solamente la situación en México, sino que la compara con la de otros países de América Latina y EUA. Así, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de acuerdo con los requerimientos que enfrenta el país acerca de las necesidades emergentes del médico familiar, implementó una mejora proyectada a la atención preventiva integrada (APS), que tomará un nuevo auge y lo colocará como líder de un equipo transdisciplinario, implementando una atención integral y mejorando la capacidad resolutive en beneficio de los derechohabientes.

Definición de médico familiar

La medicina familiar implica una especialidad horizontal¹ en amplitud de predominio clínico que comparte el conocimiento y las destrezas de otras especialidades, integrando las ciencias biomédicas, conductuales y sociales (biopsicosocial o integral).² El médico familiar debe ser capaz de resolver entre 90 y 95% de los problemas de salud,³ solucionando problemas continuos e integrales del individuo, su familia y su comunidad, abarcando todas las edades, sexos, sistemas o enfermedades, con particular énfasis en la medicina humanística, la relación médico-paciente-familia, los aspectos educativos, preventivos clínicos, la medicina integrada y la medicina costo-efectiva.

Necesidad de implementar un perfil del médico familiar

El perfil del médico familiar constituyó una evolución en su origen del médico general.⁴ Las obligaciones del médico incluían:

- Atender a los pacientes bajo su cuidado.
- Asistir a las juntas a la cuales era convocado.
- Consultar los problemas con el jefe inmediato.
- Rendir un informe diario de labores.
- Efectuar la visitas que se le ordenaban.
- Hacer visitas a domicilio cada vez que se requiriera.
- Cubrir guardias por incidencia.

Todo lo anterior dio como resultado una medicina curativa subalterna, individual y poco confiable. Así, los resultados frecuentes consistieron en tratamientos sintomáticos, multiplicidad de consultas, exceso del uso de medicamentos y abuso por parte de los derechohabientes, y exceso en el uso de expedición de certificados de incapacidad.

Necesidad de un perfil de médico familiar

Está dada por la demanda de servicios de salud más eficientes, eficaces y productivos.

La declaración de Alma-Ata (Organización Mundial de la Salud, 1978), Salud para todos en el año 2000, situó por primera vez en el centro de la escena el debate sobre el concepto, los objetivos y los fundamentos de la atención primaria de la salud (APS).⁵

La práctica del médico familiar se vincula en el contexto local donde éste desarrolla su ejercicio profesional. Este contexto está fuertemente influido por la estructura de la población, los nuevos retos que enfrenta la sociedad, los cambios demográficos, las condiciones socioeconómicas, la relación médico-paciente, la disponibilidad de otros servicios de atención primaria, secundaria y terciaria, y la organización administrativa de los sistemas de servicios de salud.

Factores que influyeron mundialmente al describir el perfil del médico familiar:

- Tradición humanista del médico familiar.
- Desarrollo tecnológico de la segunda mitad del siglo XX.
- Opinión de la medicina familiar a mediados del siglo XX.
- Surgimiento de las especializaciones médicas.

- Conflictos bélicos mundiales e intercambio de experiencias, técnicas, científicas y sociales.
- Necesidades propias de la salud.
- Historia mundial de servicios de salud.

La medicina familiar, actualmente enfocada en el primer nivel de atención, otorga continuidad de la atención médica y proporciona atención médica integral. Uno de los enfoques más importantes de su desempeño diario es la prevención, tratando a la familia como unidad básica de observación y trabajo médico.

El médico familiar es el médico del futuro, es el eje de un sistema de salud y su práctica es la más necesaria en los sistemas de atención.

Los profesionales en medicina familiar podrán liderar transformaciones en la reforma actual en salud, como puerta de entrada a la salud pública, la prevención y la detección de riesgos, y serán coordinadores de los servicios de mayor complejidad, con base en las experiencias en Canadá, EUA, Inglaterra, España y Europa.

La medicina familiar es la especialidad clínica que se ocupa del mantenimiento y la resolución de los problemas de salud frecuentes en los individuos, las familias o las comunidades, independientemente de la edad, el sexo o el órgano o sistema afectado. Es también la especialidad que integra las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta.

En EUA se define el perfil del médico familiar como el médico de primer contacto, con excelencia clínica y destreza para procedimientos manuales o de consultorio (cirugía o procedimientos invasivos), experto en la consulta externa, con atención continua, intradomiciliaria, comunitaria, hogar del adulto mayor, hospitalaria y de urgencias, además de los grupos poblacionales con y sin factores de riesgo, con un amplio campo de acción (sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades), capaz de ir del individuo, a la familia y la comunidad, integrador de las ciencias biológicas, de la conducta y sociales (medicina integral), y de los aspectos educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación (medicina integrada).⁶

En España se define generalmente la medicina de familia (*family practice*) como la especialidad médica cuyo objetivo es la atención médica integral sin fragmentar sus componentes biológicos, psíquicos o sociales.⁷

La definición europea de medicina de familia (WONCA, 2005)⁸ indica que es necesario traducir esta definición académica a la realidad del médico familiar que trabaja con pacientes en los sistemas de atención sanitaria en toda Europa. Señala que es una disciplina académica y científica con contenidos pedagógicos, investigación, evidencia fundamentada y actividad clínica, además de ser una especialidad orientada a la atención primaria. Es el primer punto de contacto con el sistema de atención sanitaria, pues proporciona acceso abierto y sin límites a sus usuarios

ocupándose de todos los problemas de salud, independientemente de la edad, el sexo u otra característica de la persona en cuestión. Cabe destacar que hace un uso eficiente de los recursos de atención sanitaria mediante la coordinación de la atención, trabajando con otros profesionales en el ámbito de la atención primaria y gestionando la interrelación con otros especialistas. Se desarrolla un enfoque centrado en la persona, orientado hacia el individuo su familia y la comunidad, y posee un proceso de consulta único que crea una relación a lo largo el tiempo, mediante una comunicación efectiva entre el médico y el paciente.

El médico es responsable de proveer una continuidad longitudinal de la atención, de acuerdo con las que determine las necesidades del paciente, contando con un proceso específico en la toma de decisiones determinado por el predominio y la incidencia de la enfermedad en la comunidad. Asimismo, otorga tratamiento simultáneamente a problemas médicos agudos y crónicos de manera individual, y se ocupa de los problemas de salud en sus dimensiones física, psicológica, social, cultural y existencial.

En 2004 la Universidad Nacional Autónoma de México definió al médico familiar como el gerente de los recursos de salud, con amplio liderazgo, conocedor de la realidad nacional, del impacto de sus acciones y de sus limitaciones, interesado en comprender el contexto de los problemas y en buscar soluciones plausibles y costo–efectivas (medicina costo–efectiva), capaz de resolver 95% de los problemas (desde signos y síntomas aislados hasta las complejidades derivadas de múltiples padecimientos); asimismo, es un experto en la relación médico–paciente–familia–comunidad, comprometido con la persona (comprende sus dolencias, emociones y esperanzas) y la medicina humanística con un alto nivel profesional, técnico, investigativo y académico permanentemente actualizado.⁹

Perfil del egresado de la especialidad en medicina familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social

El especialista en medicina familiar es el profesional de la medicina responsable de otorgar atención médica, integral y continua al individuo y su familia, por lo que debe poseer alta una capacitación clínica, docente, administrativa y de investigación, así como establecer vínculos de responsabilidad compartida con el equipo de salud al abordar el proceso salud–enfermedad; es quien deriva con oportunidad y adecuadamente a los pacientes que lo ameritan y actúa con humanismo y apego a la ética profesional, bajo una sólida conciencia social e institucional.

Conocimiento

Tiene conocimiento preciso del proceso de salud–enfermedad, utilizando el modelo de historia natural y los niveles de prevención, así como la capacidad de

comprender de qué manera los factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales y ambientales contribuyen al estado de salud o enfermedad del individuo y la familia.

- Aplica los aspectos teóricos en que se fundamenta la investigación médica.
- Aplica los aspectos teóricos del proceso de enseñanza–aprendizaje a la docencia en medicina familiar.
- Analiza los conocimientos existentes para comprender la filosofía, las políticas y organización del IMSS.
- Aplica los conocimientos elementales del proceso administrativo en la práctica de la medicina familiar.

Destrezas

- Se comunica en forma efectiva con el paciente y sus familiares en el proceso de la atención médica.
- Es un experto en el reconocimiento de factores de riesgo y en la metodología clínica.
- Obtiene conclusiones diagnósticas integrales.
- Tiene capacidad para identificar las disfunciones familiares, generando acciones para que la familia encuentre sus alternativas de solución.
- Coordina la atención médica de los pacientes apoyándose en el equipo de salud.
- Soluciona los problemas médicos de la población derechohabiente con los recursos institucionales y comunitarios.
- Emplea el método científico para realizar investigación que incremente el cuerpo de conocimiento de su especialidad, aplicables en su práctica médica.
- Realiza actividades docentes dirigidas al equipo de salud y a la población derechohabiente.
- Planea y evalúa continuamente su acción médica, normando con esta base sus acciones futuras.
- Utiliza diversas modalidades educativas para su actualización, entre lo que sobresale el autoaprendizaje.

Actitudes

- Posee actitud de servicio y establece una adecuada relación médico–paciente y médico–familia.
- Tiene una actitud analítica, racional, interpretativa e integradora de los problemas que le plantea el paciente y su repercusión familiar.

- Asume la responsabilidad del manejo integral de los problemas del paciente y su familia.
- Actúa responsablemente como coordinador de las acciones del equipo de salud en la atención del paciente.
- Actúa responsablemente y con oportunidad en la solicitud de interconsulta para asesoría en la atención del paciente y su familia en los otros niveles.
- Manifiesta interés en el autoaprendizaje de la medicina familiar y disposición para renovar sus conocimientos en forma continua. Participa en eventos que favorecen su desarrollo personal y el de su especialidad.
- Promueve la investigación científica en su especialidad de acuerdo con las necesidades sociales.
- Fomenta la coherencia entre sus objetivos personales, los de la especialidad y las necesidades sociales.

Campo de acción

El área de trabajo del especialista en medicina familiar lo constituyen las unidades de medicina familiar y demás áreas del primer nivel de atención y el domicilio del paciente, en donde lleva a cabo sus funciones con los integrantes del núcleo familiar, constituyendo el acceso al sistema de atención médica.

Primer nivel de atención: es el responsable directo de la atención integral y continua de todos los miembros de la familia, tanto en estado de salud como de enfermedad.

La atención médica familiar integral que proporciona implica lo siguiente:

- Vigilancia, control y tratamiento de la mujer embarazada y puérpera.
- Control y vigilancia del niño sano.
- Atención del niño enfermo.
- Seguimiento, vigilancia y atención del adolescente.
- Control, supervisión y atención de pacientes adultos y ancianos.
- Ejecución de algunos procedimientos de cirugía menor; en los casos de cirugía mayor ejerce las acciones necesarias en el estudio preoperatorio del paciente.
- Brinda atención, orientación, educación y seguimiento de las familias, favoreciendo su adecuado desarrollo y contribuyendo a mejorar sus procesos dinámicos y de comunicación.
- Acciones preventivas, curativas y de rehabilitación; aplicación del enfoque de riesgo en la evaluación del estado de salud de la población.
- Acciones en las esferas biológica, psicológica, social y familiar del individuo en forma continua, utilizando los recursos intrainstitucionales y extra-institucionales.

- Integra en su práctica la asistencia, la docencia y la investigación fundamentada en la estrategia de calidad y mejora continua.

En el libro de los *Elementos esenciales de la medicina familiar* se indica que en “el perfil del médico familiar se consideró conveniente determinar las áreas específicas que desempeñan su ejercicio profesional, así como los conocimientos, habilidades, actitudes, valores y actividades que debe desarrollar en cada una de ellas”.¹⁰

COMPETENCIA DEL MÉDICO FAMILIAR

Competencias

El uso del término competencias se remonta a la década de 1960, cuando Hyland (1994) señaló que fue hasta la década de 1980 cuando el término se estructuró para constituir un modelo de adiestramiento para las industrias.¹¹

Una competencia es la actitud que tiene una persona para desempeñar una misma función productiva en diferentes contextos de trabajo y con base en los resultados esperados.¹¹ Esto implica el establecimiento de criterios para evaluar las competencias fundamentales dentro de un sistema, con el propósito de hacer intercambiables las experiencias laborales en forma consistente, sin importar que hayan sido obtenidas en un trabajo diferente al que se esté ejecutando. La norma de la competencia es, pues, establecer lo que una persona debe saber, saber hacer y saber ser en una situación de trabajo definida, en forma repetible.

En consecuencia, una persona debe conocer los elementos teóricos indispensables para poder hacer su trabajo. Esto implica el dominio de prácticas establecidas y normas, el poder identificar y reproducir secuencias de procesos y, en general, todo aquel conocimiento medible a través de exámenes o preguntas que respondan al término conocimiento. La definición de competencia incluye la habilidad de reproducir en conductas laborales observables las distinciones del conocimiento. Ésta es una de las cuestiones centrales de las competencias: la traducción del conocimiento en acción.¹¹

Bunk explica la evolución del concepto competencia de la siguiente manera: posee competencia profesional quien dispone de los conocimientos, destrezas y aptitudes necesarios para ejercer una profesión (capacidades profesionales), puede resolver problemas profesionales de forma autónoma y flexible (cualificación), y está capacitado para colaborar en su entorno profesional y en la organización del trabajo.¹¹

Una característica del concepto de competencia es el énfasis en la habilidad en sus tres expresiones: física o manual, intelectual o mental y social o interperso-



Figura 3–1. Elementos de la competencia clínica.

nal, y se puede definir como la capacidad real para lograr un objetivo o resultados en un contexto dado.¹¹

Competencia clínica

Se entiende por competencia clínica el conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores necesarios para la ejecución de acciones relacionadas con la prevención, el diagnóstico y la cura de enfermedades, y con la interacción de los miembros del equipo de salud con las personas de manera individual o en comunidades, en la búsqueda de solución a los graves problemas de salud que las mismas enfrentan.¹¹

Dicho de otra manera, la competencia clínica requiere el dominio de conocimientos específicos, propios de cada área de la salud, de habilidades de comunicación, de organización, de destrezas para trabajar en equipo y solucionar problemas, y de razonamiento en función de las evidencias encontradas, dentro de un marco de referencia ética que enfatice la vocación de servicio, la sensibilidad social, la responsabilidad y el compromiso por parte de los profesionales, con el fin de lograr la excelencia en la formación de personal capaz de responder satisfactoriamente a las necesidades sociales en materia de salud (figura 3–1).¹¹

Competencia del médico familiar

La competencia profesional del médico familiar abarcaría no sólo los aspectos clínicos en sentido estricto, sino también otros necesarios para el desempeño de

la profesión, como relación médico–paciente, dinámica familiar, docencia, investigación, gestión clínica, actividades grupales y comunitarias, y trabajo en equipo, entre otros.¹²

En la competencia se destaca la relación entre dos elementos clave: la persona y sus atributos, y la situación o contexto profesional en el que se desarrolla. En efecto, la competencia es de la persona no sólo por cómo es, sino por cómo actúa y se comporta en situaciones profesionales o laborales determinadas, siendo el contexto laboral uno de los más adecuados para la formación de competencias y la experiencia un elemento clave para su desarrollo.¹³

Es importante tomar en consideración que si bien la competencia se demuestra en el comportamiento profesional, en ocasiones hay elementos personales o de contexto que pueden dificultar esta actuación. En otras palabras, además de saber actuar, es necesario un querer actuar que depende fundamentalmente de la motivación y un poder actuar condicionado por el contexto organizativo.¹³

Para la evaluación de competencias se proponen una amplia gama de procesos, técnicas e instrumentos, algunos más complejos y modernos que otros. Uno de ellos es la llamada prueba de evaluación de la competencia objetiva y estructurada (ECO), que es un sistema de evaluación de la competencia médica. Sin embargo, se pueden utilizar escalas o cuestionarios de opinión, lo que en el mundo empresarial se conoce como evaluación de 360°.¹³

La áreas competenciales incluyen:

- Clínica.
- Instrumental.
- Manejo.
- Comunicación.
- Familia.
- Prevención.
- Comunitaria.
- Organizativa.
- Docente.
- Investigación.¹²

Otros autores han estudiado la competencia del médico familiar, considerando que la competencia profesional es el conjunto de capacidades involucradas para realizar funciones con calidad en el ejercicio de la profesión. La definición operacionalizada con fines de investigación se define como la consecución consistente de ciertos fines predeterminados, que implica suficiencia para resolver una situación clínica problematizada en sus aspectos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, cuyos estándares específicos, desde la propuesta de competencias, son los siguientes:

- Explicación del fenómeno (determinantes de la historia natural de la enfermedad).
- Métodos para recabar información.
- Métodos para integrar la información.
- Métodos de decisión para una intervención terapéutica.
- Métodos para evaluar resultados.

Dichos estándares conformaron los siguientes indicadores, los cuales fueron la base para construir el instrumento de evaluación:

- Identificación de factores de riesgo.
- Identificación de signos y síntomas.
- Integración diagnóstica.
- Uso de recursos diagnósticos.
- Uso de recursos terapéuticos.
- Juicios valorativos.¹⁴

CERTIFICACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

La formación de profesionales es uno de los temas obligados en los eventos de educación nacionales y extranjeras, la cual es asumida como una de las políticas de desarrollo de los países de América Latina, pues se espera que las instituciones de educación superior formen individuos con un alto estándar ético y con habilidades básicas para la abstracción, el pensamiento crítico y creativo, la investigación y la proactividad, y con capacidades que incluyan la colaboración, la confianza, la perseverancia, la atención, el trabajo en equipo y la flexibilidad para adaptarse a los cambios a los que de manera constante está sometida la sociedad.

En México se cuenta con el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A. C., que es una organización con reconocimiento de idoneidad por parte del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas. La medicina familiar es la disciplina que capacita al médico familiar para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia.¹⁵

La certificación en medicina familiar, nacida en 1987, tiene el propósito de brindarle a la sociedad la certidumbre de que los médicos especialistas en medicina familiar poseen los conocimientos y habilidades necesarias y suficientes para prestar una atención integral y continua al individuo y su familia con elevados estándares de calidad.¹⁶ Al término de la residencia y al obtener el título de medicina familiar el médico tiene la opción de certificarse.

La recertificación pretende mantener el compromiso de atención médica con los mismos elevados estándares de calidad al considerar la evolución de las demandas

de salud de la población mexicana que asiste al primer nivel de atención. Cabe mencionar que la certificación tiene una vigencia de cinco años y que al término de ese periodo se tiene la opción de realizar la recertificación, que consiste en entregar las constancias de capacitación médica continua durante esos años, el estudio de salud familiar y acreditar que se es miembro activo de la Sociedad de Médicos Familiares correspondiente a su entidad federativa. El examen teórico está compuesto por reactivos anclados en casos clínicos reales de los 19 principales motivos de consulta en el primer nivel de atención, que pretenden explorar la competencia profesional del sustentante y su capacidad en la toma de decisiones mediante la aplicación de sus conocimientos. Por otro lado, el examen práctico está representado por el estudio de salud familiar, mediante el cual pretende explorar la habilidad del sustentante y su capacidad para demostrar la relación bidireccional entre la enfermedad y la salud familiar. Esta evaluación corresponde a 25% de la calificación final. Los 19 principales motivos de consulta que abarca el examen teórico son:

1. Salud familiar.
2. Diabetes mellitus.
3. Hipertensión arterial.
4. Dislipidemias.
5. Infección del tracto respiratorio en niños.
6. Síndrome diarreico en niños.
7. Trastornos psicoafectivos.
8. Enfermedad articular degenerativa.
9. Cervicovaginitis.
10. Preeclampsia, eclampsia.
11. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
12. Infección de las vías urinarias e hipertrofia prostática.
13. Cefalea y migraña.
14. Gastritis y cáncer del tubo digestivo.
15. Asma.
16. Lumbalgia.
17. Conjuntivitis.
18. Artritis reumatoide.
19. Crisis convulsivas.

La investigación y la docencia forman parte del perfil profesional.

Estudio de salud familiar

El aspirante a la certificación y a la recertificación debe presentar un estudio de salud familiar de una de las familias que atiende en la práctica cotidiana, el cual

entregará con la documentación solicitada el día de la inscripción. El estudio debe contener los siguientes datos:

1. Nombre del examinado.
2. Fecha y sede de aplicación del examen.
3. Firma del examinado.

El estudio se fundamenta en los principios y conceptos de la especialidad, a saber:

1. Atención primaria.
2. Atención integral y continua.
3. Enfoque preventivo.
4. Enfoque educativo.
5. La familia como unidad de análisis.
6. La salud familiar como eje de atención.

El estudio deberá tener un seguimiento mínimo de seis meses o 10 sesiones de abordaje.¹⁷

COMENTARIOS

Actualmente la certificación del médico familiar comprende tres ejes:

1. Continuidad: comprende una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud–enfermedad de los individuos, sin importar la edad, el sexo ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que padecen, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas y coordinando los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su óptima aplicación.
2. Acción anticipatoria: se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y el medio ambiente que los rodea produzcan en conjunto una enfermedad. El enfoque de riesgo brinda la oportunidad de planear las estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades, mediante una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales.
3. Estudio de la familia: permite el entendimiento del entorno biopsicosocial fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que

señala a la familia como un grupo social en el proceso salud–enfermedad; se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud individual o familiar.

El perfil actual del médico familiar consiste en actuar como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud. Al integrar las ciencias biológicas, sociales y de la conducta su campo de acción se desarrolla sin distinción de la edad, el sexo, los sistemas orgánicos y las enfermedades. El ejercicio de sus acciones tiene como marco de referencia la atención médica primaria. La atención que presta es integral y continua, lo cual se contrapone a la atención esporádica y fragmentada de otras especialidades; esta atención se lleva a cabo en el consultorio, el hogar del paciente y los propios servicios hospitalarios.

CONCLUSIONES

El perfil del médico familiar entiende la organización de su práctica profesional no sólo en términos de un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo. Por eso maneja el concepto epidemiológico de riesgo, mismo que aplica, tanto en lo individual como en lo colectivo.

El médico familiar realiza actividades de coordinación en forma eficiente como integrante del equipo, con una actitud preventiva, mediante conductas prácticas dirigidas a la promoción de la salud, tomando el liderazgo correspondiente del primer nivel de atención.

El desafío del futuro consiste en integrar mucho más los cuidados médicos primarios con los especializados para responder a las tensiones originadas por el incremento incesante de los costos sanitarios y la explosión tecnológica indiscriminada, el envejecimiento poblacional, la epidemia de enfermedades crónicas y la creciente exclusión de los grupos más vulnerables de la sociedad de los sistemas formales de salud, entre otros temas de la agenda global actual.

La competencia del médico familiar implica un proceso dinámico y longitudinal en el tiempo, en el cual utiliza los conocimientos, habilidades, actitudes y buen juicio asociados a su profesión, con la finalidad de poder desarrollarla de forma eficaz en todas las situaciones que corresponden al campo de su práctica, representando, por tanto, un estado de subpraxis profesional. Para lograr cumplir con las acciones de la atención primaria, venciendo la atención curativa y segmentada, el médico familiar requiere desarrollar la cualidad del “liderazgo”, con el propósito no sólo de definir la dirección de sus acciones, sino la de organizar, motivar y coordinar al resto del personal de la salud para alcanzar los propósitos de la institución.

REFERENCIAS

1. **Dominici LE et al.:** *Cuidados comprensivos*. Facultad de Medicina, Universidad de Panamá, 2004.
2. **Engel G:** The clinical application of biopsychosocial model. *Am J Psychiatr* 1980.
3. **Carmichael L, Carmichael J:** *The relational model in family practice*. 1976.
4. **McWhinney IR:** *An introduction to family medicine*. Nueva York, Oxford University Press, 1981.
5. Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR. Ginebra, World Health Organization, 6 a 12 de septiembre de 1978.
6. **Taylor RB:** *Family medicine. Principles and practice*. 2ª ed. Nueva York, Springer-Verlag, 1983.
7. **Fuentes CV:** *La especialidad de medicina familiar y comunitaria en 2004 con la aplicación del nuevo programa de formación*. Madrid, Anales de Medicina Familiar y Comunitaria. Sociedad Española de Medicina Familiar Comunitaria, 2004.
8. **Grueninger U:** *Swiss College of primary Care Medicine*. 2005.
9. Universidad Autónoma del Estado de México: *Perfil del médico familiar. Especialización en Medicina Familiar*. México, 2004.
10. *Elementos esenciales de la medicina familiar*. 2005 define el perfil del médico familiar. 2005;11(7 Supl 1):13-14.
11. *Rev Fac Med* 2003;26(1).
12. Manual de aplicación práctica del programa docente de la especialidad de MF y C. SemFYC. SEMFYC 18.
13. **Ros ME:** *Ciencias de educación i de l'Esport Blanquerna*. Barcelona, Universitat Ramon Llull, 2004;7(4):125-131.
14. **Viniegra VL, Jiménez JL, Pérez PR:** El desafío de la evaluación de la competencia clínica. *Rev Invest Clin* 1991;43:95.
15. Consejo General de Salubridad: *Estándares para la certificación de hospitales*. Versión 2011.
16. **Chávez AH:** El médico familiar en la atención primaria a la salud. *Rev Med IMSS* 1995; 33:173-176.
17. **Chávez AH:** La atención integral en medicina familiar. *Rev Med IMSS* 1995;33:167-171.

Liderazgo del médico familiar

Luis Guillermo Martínez Ponce de León, Hugo Alvarado Saldaña

INTRODUCCIÓN

En búsqueda del reto y el logro...

Rolando tiene 18 años laborando en el IMSS como médico familiar. Después de su entrenamiento como médico residente ha laborado en tres clínicas; en la última de ellas lo hace desde hace nueve años en el mismo consultorio, durante el turno matutino.

Hoy llegó 20 min antes de lo habitual. Abrió la agenda electrónica. Pensó: “Otra vez 23 pacientes de entrada, más lo que se acumule”. Procedió a abrir algunos expedientes. “Citado: control de diabetes; citado: control de hipertensión; citado: control de hipertensión; citada: control prenatal; citado: control de diabetes; espontáneo: niño de seis años, ha de venir por mocos”, pensó. Prosiguió revisando algunos casos y concluyó: “Esto nunca termina”.

Aunque ficticio, el escenario anterior no dista mucho de la realidad. Al inicio de la carrera institucional, al llegar al reloj checador se escuchaban comentarios que hacían entre sí los médicos de mayor antigüedad refiriéndose a los novatos: “cree que si los consulta a todos hoy, mañana ya no tendrá pacientes; sin embargo, mañana volverá a tener los mismos veinticinco o treinta. Nunca se acabarán\$”

Cuando no tiene clara su misión es difícil que el médico familiar encuentre desafíos y logros en su quehacer diario. Los padecimientos raros que representan un reto son poco frecuentes, por lo que se ve agobiado por la atención de padecimientos crónicos y, en menor grado, de padecimientos infecciosos agudos, en su mayoría autolimitados.

Entonces, ¿dónde está el reto? ¿Cómo facilitar el sentimiento de logro cuando la consulta nunca acaba y los casos que atiende no representan un reto? ¿Cuál es realmente el rol del médico familiar dentro de la organización y, específicamente, de su consultorio? ¿Qué es lo que el médico familiar realmente tiene que hacer en su jornada de trabajo? Hagamos una analogía. El médico familiar se transforma en gerente de su consultorio y socio de la organización. Peter Drucker señala que el trabajo en la empresa incluye dos dimensiones principales:¹

La primera de ellas tiene que ver con el aspecto económico; la segunda es la variable tiempo, que se encuentra presente en todo momento, desde la toma de decisiones hasta la implementación y el control; en el caso del médico familiar se encuentra en el proceso de la atención médica. En la toma de decisiones debe saber actuar discreta y razonadamente, teniendo en cuenta las implicaciones de las decisiones en el corto, mediano y largo plazos para el paciente, la familia del paciente y la organización.

Estos dos aspectos, la dimensión económica y la dimensión tiempo, deben ser manejados con maestría por el gerente–médico, a quien corresponde tener la discreción y la autoridad de acuerdo con la situación que confronta, lo cual lo hace responsable de una misión de consultorio y, por ende, de una misión organizacional. Surgen dos interrogantes: ¿cómo aprende el médico familiar la misión organizacional y la misión de su consultorio? y ¿cómo lidera el médico familiar el proceso de la atención?

Definición y objetivos

El liderazgo en las organizaciones sanitarias es el proceso sujeto a mejoramiento continuo mediante acciones de planeación, organización, educación, control y evaluación de la gestión en salud. El líder guía el desempeño de las actividades de los miembros de un grupo transdisciplinario e influye en ellas para propiciar la colaboración y la concertación; asimismo, amplía y facilita la comunicación y el trabajo en equipo. La meta es forjar un grupo de acción comprometido con la calidad y seguridad del paciente, dispuesto a lograr la visión y los objetivos de la organización. El objetivo de este capítulo es reflexionar sobre el rol de líder que desempeña el médico familiar como guía del equipo transdisciplinario de salud y su trascendencia en la institución, y orientar el presente hacia un futuro con orden metodológico en la formación y liderazgo de los futuros especialistas de medicina familiar, los médicos operativos y los directivos de esta disciplina.

Generalidades

En el decenio de 1990 se publicó un exitoso libro de Eliud Goldrat: *La meta*,² en el que un directivo tiene que sacar a “flote” a su empresa, ante la amenaza de cie-

re en tres meses si no se obtienen los resultados deseados. La primera tarea que le asigna un asesor es encontrar la misión de la empresa. El directivo responde inicialmente que es producir, pero recibe un “no” como respuesta. Posteriormente plantea “hacer las cosas con calidad, producir a menor costo” y otras opciones más, hasta que finalmente encuentra que la razón de la empresa es generar utilidades. Todo lo demás son sólo medios para lograrlo.

Haciendo una analogía con lo anterior, Rolando —el médico familiar— podría hacerse la misma pregunta: ¿cuál es mi misión como médico familiar?

Tiene nueve años laborando en un consultorio fijo en el turno matutino y es muy probable que siga trabajando ahí hasta que se jubile. Se puede estimar que hasta que eso suceda seguirá atendiendo al menos a 80% de la población que en la actualidad tiene asignada.

Si piensa que su misión es atender la demanda diaria de consulta tendrá un reto diario; sin embargo, es muy probable que no encuentre logro en su quehacer, pues al siguiente día tendrá que enfrentarse nuevamente a la misma demanda de consulta.

Por otra parte, puede considerar que el reto es cumplir con los estándares de atención establecidos. Esto se puede acercar a su misión; esto es sólo un medio para lograr el verdadero reto.

Dado que, junto con su equipo de trabajo tiene a su cuidado la salud de una población, la misión del médico familiar se debe enfocar en el resultado final esperado, que es incrementar el nivel de salud de la población bajo su cuidado. Esta misión está alineada con la misión de la institución.³

La misión del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tiene un mandato legal derivado del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Su misión es ser el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público, de carácter nacional, para todos los trabajadores y su familia. Es decir, el aumento en la cobertura de la población se persigue como un mandato constitucional, con un sentido social.

Por su parte, el artículo 2 de la Ley del Seguro Social (LSS) establece que la seguridad social tiene la finalidad de garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como otorgar una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado. En este sentido, el Instituto proporciona a sus derechohabientes una gama de seguros que permitan cumplir con lo establecido en la ley y sobre todo brindar tranquilidad y estabilidad a los trabajadores y su familia ante el acaecimiento de cualquiera de los riesgos especificados en la LSS. El seguro social comprende el régimen obligatorio y el régimen voluntario (los esquemas de prestaciones, requisitos y contribuciones). Para tener acceso a estos regímenes existen diferentes requerimientos, claramente establecidos en la LSS. Ésta se desplie-

ga en dos vertientes: como institución administradora de riesgos y como entidad prestadora de servicios.

Como institución administradora de riesgos administra los distintos ramos de seguro que prevé la LSS, requiriendo una adecuada gestión de las contribuciones y los recursos financieros. Para proporcionar las prestaciones en especie y en dinero, en su carácter de organismo fiscal autónomo, conducirá una recaudación eficaz, logrando la transparencia y el control en la información que genera.

Como entidad prestadora de servicios fomenta la salud de la población trabajadora asegurada y sus familiares, los pensionados y los estudiantes de manera integral, mediante la provisión de servicios preventivos y curativos, médicos, guarderías y prestaciones económicas y sociales, previstos en la LSS.

En los primeros años del ejercicio de la práctica médica institucional era prácticamente imposible pensar en que un médico contara con esta información, si ya era difícil contar con ella en la clínica, la zona médica o la delegación. Sin embargo, hoy en día los avances de la informática pueden brindarle al médico familiar información sobre indicadores —años de vida saludable perdidos, expectativa de vida en general, padecimientos (mortalidad infantil, mortalidad perinatal, mortalidad materna, etc.) y finanzas de la institución—, independientemente del cúmulo de información operativa que se despliega mensualmente mediante el análisis del desempeño de los indicadores “semaforizados” (verde–amarillo–rojo) como señal de logro de la meta establecida.

Teniendo clara esta misión, el médico familiar puede plantear sus retos y medir sus logros, lo cual a su vez permitirá fundamentar el reconocimiento que la institución debe otorgarle por su desempeño.

La misión de la organización es el objetivo de orden superior.⁴ Por tanto, las tareas se pueden orientar hacia el enfoque de la dirección por objetivos, la cual tiene un efecto sumamente importante sobre el mismo médico familiar, ya que se elimina el costo de entrenamiento escolarizado para trabajar sobre las tres pes del entrenamiento cotidiano: práctica, práctica y práctica. No son muchas las herramientas, técnicas y metodologías incluidas en los programas de entrenamiento que permitan satisfacer este requerimiento en forma tan eficaz como lo es la consulta diaria. Sin embargo, dista mucho de ser un ejercicio que al ser evaluado se pueda calificar con altos índices de efectividad. El reto se transforma en rutina.

La organización tiene una metodología sencilla teniendo objetivos y necesidades a satisfacer; la dirección por objetivos actúa como una brújula en acción.

La necesidad de coordinación resultante de la departamentalización hace forzosa la tarea de trabajar en equipo, debatiendo formas de integrarse, tomando decisiones entre los miembros del equipo y obligando, en el caso del ejercicio de la medicina institucional, a los médicos a conocer, identificar y poner en práctica mecanismos de integración donde los individuos y departamentos en particular deben tener en cuenta, principalmente, los intereses de la institución; aquí la mi-

sión surge de manera necesaria e importante. En primer lugar, es importante tener en cuenta que en el proceso de toma de decisiones no es infrecuente cometer alguno de los siguientes errores:

- **Confundir los síntomas con el problema real.** Con relativa frecuencia no se define el problema de forma adecuada, porque no se recoge información suficiente, nos dejamos llevar por prejuicios y terminamos abordando síntomas provocados por el problema, pero no la raíz de él.
- **Tendencia a buscar soluciones aun antes de comprender el problema, fruto de la impaciencia o del miedo a estudiar a fondo los problemas.** En las reuniones de equipo, con frecuencia surge el hecho de que, al cabo de pocos minutos de iniciada la reunión, cada persona está hablando de un tema diferente; es posible que sea así, pero también que cada persona esté en una fase diferente del proceso de pensamiento para el análisis de problemas y la toma de decisiones.

Así, mientras algunos pueden seguir definiendo el problema, otros estarán formulando alternativas y los de más allá estarán decidiendo. La recomendación es que hay que disciplinar al equipo para trabajar en las reuniones según este proceso de pensamiento por etapas, que no es hostil a los profesionales de la salud, ya que el médico ante el paciente empieza por hacer una exploración minuciosa (recogida y análisis de los hechos), que le sirve de base para formular un diagnóstico (definición del problema) y recomendar un tratamiento (formulación de alternativas y decisión). Dicho esto, el estado actual del conocimiento permite manejar métodos científicos de toma de decisiones que, junto con la institución y el sentido de la oportunidad, brindan una seguridad mayor.⁶

La dirección por objetivos es una efectiva “mejor práctica” para predecir, controlar y explicar lo que sucede dentro del funcionamiento organizacional. Es mejor pensar en términos de objetivos en la atención médica que en las simples palabras de contener el gasto de operación.

Con este marco referencial de la misión institucional, la ubicación de la institución dentro de la administración pública y en el contexto de una unidad de atención médica donde existen departamentos y dentro de ellos personas que trabajan en conjunto para el logro de la misión establecida se puede ubicar al médico familiar como elemento toral de las actividades para el logro de objetivos y metas en los programas de la atención a la salud y la enfermedad.

Extrapolación de objetivos a la práctica de medicina de familia desde una perspectiva organizacional

Distintos autores han identificado las áreas principales en las que necesariamente las organizaciones deben establecer objetivos bajo la orientación y diseño de sis-

Cuadro 4–1. Extrapolación de objetivos a la práctica de medicina de familia desde una perspectiva organizacional

Objetivo organizacional	Acción en el consultorio de medicina familiar
Posicionamiento en el mercado	Ser considerado como la mejor opción en la atención médica
Innovación	Mejora continua de procesos asistenciales
Productividad	Coberturas en programas de salud
Recursos físicos y financieros	Uso adecuado de recursos. Efectividad
Rentabilidad	Sostenibilidad y presupuestos
Desarrollo gerencial	Educación médica y directiva continua
Actitud del personal	Bioética y trabajo en equipo
Responsabilidad pública	Rendición de cuentas

Adaptación del autor.

temas, procesos y programas. En el cuadro 4–1 se presenta una extrapolación que infiere las acciones que en el consultorio de medicina familiar el médico hace o puede hacer como responsable del proceso de la atención a la salud y la enfermedad a su población derechohabiente consultante.

Uno de los indicadores más utilizados en la evaluación del desempeño es la efectividad, en la cual nos enfocaremos a partir de su fórmula de variables, sin dejarla olvidada. El liderazgo de una persona es aderezado por el atributo de la efectividad, mediante hábitos que permiten transformarla en una persona altamente efectiva.

Siete principios para un liderazgo efectivo

Stephen Covey señala en su libro *Liderazgo centrado en principios*⁷ dichos hábitos de transformación. Un hábito está en la intersección de tres componentes que se complementan: el conocimiento, las habilidades y el deseo (o actitud). El conocimiento le indica qué hacer y por qué. Las habilidades le enseñan cómo hacer las cosas. El deseo es la motivación, sus ganas de hacerlas.

- **Hábito 1:** ser proactivo; significa tomar la responsabilidad por la propia vida y ejercitar la habilidad de seleccionar la respuesta ante cualquier estímulo. Esto implica comportarse según la decisión consciente, con base en los valores y no en las condiciones en las que se encuentra.
- **Hábito 2:** comenzar con un fin en mente; éste es el hábito del liderazgo personal, que indica la necesidad de comenzar cada día con un claro entendimiento de la dirección y el destino deseados.
- **Hábito 3:** poner primero lo primero. En el hábito 1 se puede crear un paradigma propio. En el hábito 2 se descubren los principios básicos por los cuales se debería vivir y trabajar. Una vez aprendido esto, se estará listo para

Cuadro 4–2. Visión en la formación y fortalecimiento del liderazgo en medicina familiar

Formación médica	Formación en gestión
Toma de decisiones	
Autónoma e individual	Colaborativa: trabajo transdisciplinario
Tiempo en las decisiones	
Rápidas y de pronta implementación	Consensos y largo plazo en implementación
Solución de problemas	
Reactiva	Proactiva
Foco de atención de procesos	
Específica y parcial del paciente y familia	Sistémica y de la organización
Pensamiento y enfoque	
Lineal y analítico	Creativo e intuitivo
Aprendizaje y desarrollo profesional	
Experiencia y excelencia clínica	Éxito en gestión

Adaptación del autor.

poner primero lo primero cada día, en cada momento. En otras palabras, se practicarán los principios del ser independiente.

En estos tres primeros hábitos se consigue la “victoria privada”, se trabaja consigo mismo y se desarrolla un carácter de efectividad personal.

- **Hábito 4:** pensar en ganar/ganar; implica que ambas partes, trabajando con otro u otros, aplican sus victorias privadas para hacerlas comunes. Se reconoce que el otro puede hacer aportaciones al grupo.
- **Hábito 5:** se busca primero entender y luego ser entendido. Éste es el hábito de la comunicación efectiva. Es retador y se puede poner en funcionamiento en forma inmediata. La mayoría de las personas pasan su vida aprendiendo a comunicarse en forma escrita o hablada, pero tienen poco entrenamiento en escuchar y en entender, de manera que se fortalece el proceso de la comunicación y, por ende, se prepara para el trabajo de grupo.
- **Hábito 6:** hacer sinergia. Sinergia significa que el todo es más que la suma de sus partes. El hábito de sinergizar implica, entonces, la cooperación creativa y el trabajo en equipo. Las personas con una mentalidad de ganar/ganar y que escuchan con empatía pueden aprovechar sus diferencias para generar opciones que no existían.

Los hábitos 4 al 6 permiten “victorias públicas”, es decir, desarrollar la personalidad para tener éxito trabajando con otras personas.

- **Hábito 7:** afilar la sierra. Es el hábito de la autorrenovación, el mantenimiento básico necesario para que se conserven los hábitos restantes funcio-

nando adecuadamente. La efectividad se logra cuando se puede mantener el equilibrio entre la producción y la capacidad de producción.

Este proceso de obtención de victorias privadas y públicas atraviesa por etapas identificadas en el modelo de Covey como una dinámica de interacción que va desde la independencia y la dependencia hasta la interdependencia, etapas que no es posible ignorar en las actividades desarrolladas por los miembros de un equipo de trabajo.

Este proceso de interacción surge entre los miembros de un equipo de trabajo, en la unidades médicas donde de manera natural nace un líder. Que el equipo asigne y el médico familiar asuma dicho rol suele ser el proceso natural en la dinámica del grupo. Sin embargo, surge una interrogante: ¿el médico familiar está preparado para asumir ese papel? La respuesta debe ser “sí”. No obstante, entendido el liderazgo como algo dinámico que cada uno de los miembros del grupo puede adoptar a medida que se desarrollan las distintas tareas de la atención médica, el médico familiar debe estar atento a esta asunción y coordinar dichas tareas como un verdadero gerente de su consultorio.

El proceso de convertirse en líder es casi el mismo para convertirse en un ser humano integral. De modo que hay una conexión real entre lo que se requiere para ser líder y su proceso.

Liderazgo efectivo

Warren Bennis señala que “la mayoría de las empresas sufren exceso de gerencia y falta de liderazgo”. En este clásico tema de la literatura de los negocios, Bennis comunica la esencia del liderazgo y las características que distinguen a un líder. El proceso mediante el cual un gerente se transforma en líder no es fácil, pero es más sencillo de lo que muchos creen. Para transitar el camino hacia el liderazgo efectivo es necesario definir liderazgo efectivo, el cual consiste en:

- **Conocerse profundamente.** Se logra escuchando la voz interior, aceptando cómo se es, intentando aprender y reflexionando sobre las experiencias vividas.
- **Conocer el entorno tan bien como a sí mismo.** Esto se logra a partir de las experiencias, los viajes, la educación continua y las relaciones con mentores y diversos grupos.
- **Aprender a trabajar con el cambio.** El cambio es la única constante en la vida. Aprender a trabajar en un contexto en constante evolución y adaptación es fundamental.
- **Ganarse la confianza de sus seguidores.** Los líderes son tan exitosos como sus subordinados; en consecuencia, es necesario demostrar constancia en sus propósitos, ser confiable y transmitir integridad.⁸

El liderazgo tiene que ver con el carácter, con quiénes somos como seres humanos y qué nos determina, además de que no es estático, sino que evoluciona continuamente. El médico familiar debe tener conciencia, saber de sí y de sus capacidades técnico–médicas, de sus habilidades de comunicación, negociación y conducción de un grupo transdisciplinario, para apoyarse en el logro de sus propósitos. Es importante una firme determinación para alcanzar una meta, una convicción, una pasión e incluso una percepción de la realidad que se concentra en un punto de vista particular. Este punto de vista se ubica en el contexto de la salud y la enfermedad, pero también hay que considerar el contexto institucional en el cual se desenvuelve y del cual se obtienen honorarios para satisfacer las necesidades básicas. Es frecuente escuchar a los médicos familiares decir que el trabajo no es bien remunerado y que es suficiente llegar a la consulta y consultar, simple y llanamente, sin obsequiar nada más, aun disponiendo de la capacidad y habilidad de dar más, de ser más.

El médico familiar genera confianza, la cual debe mantener. No es necesario decir lo difícil que puede ser esto, debido a las múltiples variables que se presentan en la interacción entre los seres humanos. El mismo médico llega a su proceso asistencial–laboral con una carga de incertidumbres de confianza al darse cuenta de que puede haber limitación de recursos, que sus jefes no tienen claridad de rumbo y que su equipo transdisciplinario no está totalmente motivado para la tarea. La carga de optimismo del médico familiar debe proveer esperanza y ser motivador para el resto de las personas. No se concibe un médico sin optimismo frente a un paciente que, como ser necesitado, acude a solicitar la solución de un problema. Por ello, las acciones y los resultados deben ser efectivos; el médico debe tener la capacidad de convertir una situación en otra mejor para sus pacientes, para su equipo de trabajo, para la institución y para él mismo.

El liderazgo es un proceso humano social cuyo desarrollo se basa en aprendizajes de interacción con los que rodean a quien asume el rol de líder.

Formas en que se genera el aprendizaje

De acuerdo con el modelo de aprendizaje–innovación de Nonaka y Takeuchi el aprendizaje se genera mediante cuatro procesos de interacción:⁹

- **Socialización:** de tácito a tácito. Consiste en compartir experiencias y, por tanto, crear conocimiento tácito, tal como los modelos mentales compartidos y las habilidades técnicas. La clave para obtener conocimiento tácito es la experiencia.
- **Exteriorización:** de tácito a explícito. Es un proceso a través del cual el conocimiento tácito se vuelve explícito y adopta la forma de metáforas, analogías, conceptos, hipótesis o modelos.

- **Combinación:** de explícito a explícito. Es un proceso de sistematización de conceptos con el que se genera un sistema de conocimiento. La reconfiguración de la información existente que se lleva a cabo clasificando, añadiendo, combinando y categorizando el conocimiento explícito (como en las bases de datos) puede conducir a nuevo conocimiento.
- **Interiorización:** de explícito a tácito. Es un proceso de conversión de conocimiento explícito en conocimiento tácito, que está muy relacionado con el “aprender haciendo”.

Resulta evidente y muy particular para las disciplinas o especialidades médicas vivir estos procesos de interacción desde la formación médica básica hasta la especialización y la educación médica continua.

En este momento se presenta una interrogante relacionada con la formación del médico familiar y sus planes académicos y sobre la educación médica continua. Estos planes y programas educativos permiten generar conocimiento para liderar procesos asistenciales en el campo clínico y en la gestión de la salud.

Esto debe ser un motivo de análisis puntual para emitir un juicio de valor basado en evidencias. Todos podemos cuestionar el resultado de una apreciación basada en experiencias, por lo que se debe elaborar un protocolo de análisis de la verdadera situación en la formación del médico familiar en México, especialmente en el IMSS. Dicho análisis deberá proveer un resultado que permita decidir en cuanto a las modificaciones en la formación, de acuerdo con las circunstancias del contexto institucional y de México.

Competencias que debe poseer el médico familiar

Actualmente se han definido modificaciones en los planes académicos de la especialidad orientados hacia la formación de líderes médicos. Tal es el caso de lo propuesto por Redwood–Campbell, del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster, de Canadá, que propone una serie de competencias para el médico familiar enfocadas en la resolución de los problemas de la atención mediante un enfoque global.¹⁰

Extrapolando lo mencionado por Redwood–Campbell, es posible enunciar dichas competencias, orientándolas al medio institucional:

- **Competencia profesional:** trabajar en un entorno con diferentes contextos culturales, normas médicas y sociales, a menudo con funciones adicionales y de autoridad, puede plantear retos importantes para el establecimiento de límites y mantener el nivel de responsabilidad. El desconocimiento de estados de enfermedad y las limitaciones de recursos pueden plantear dilemas éticos y clínicos complejos e irresolubles. Cuando trabaja en un entorno sin

una definición clara de sus funciones y responsabilidades profesionales, el médico debe verse a sí mismo como un buen representante de la especialidad, actuando en cuanto a sus conocimientos y nivel de habilidad; buscando el desarrollo en la mejora de sus habilidades y en la identificación y resolución de conflictos éticos globales en poblaciones específicas.

- **Comunicador:** el papel del comunicador en el ámbito de la salud requiere médicos de familia que sean capaces de establecer una relación con todos los pacientes, independientemente del nivel socioeconómico y el grupo cultural. Es esencial que el médico sea capaz de comunicarse de manera efectiva, a pesar de las barreras sociales, económicas, culturales y de idioma, y crear conciencia de la forma en la que los pacientes y la comunidad interpretan la prestación de servicios. Los médicos también deben ser expertos en distribuir información de salud importante a través de diversos medios de comunicación y escenarios.
- **Colaborador:** la cultura local puede influir en la manera en que los miembros del equipo se relacionan y trabajan junto, con las implicaciones obvias de sus ámbitos de práctica clínica o de gestión. Independientemente del sexo y la política local, debe desempeñar un papel en la construcción y funciones del equipo de salud transdisciplinario. Del mismo modo, debe brindar apoyo social al paciente y su familia, el cual podría extenderse más allá de los límites de la unidad, fomentando la participación de los miembros de familia. Debe comprender la organización del sistema de salud a nivel nacional, regional y local. Con el fin de colaborar efectivamente, el profesional de la salud debe determinar su papel como médico individual y como representante de una organización de seguridad social en México. Esta competencia le permite desarrollar un verdadero liderazgo al asumir un rol de construcción y, por ende, tener seguidores en el equipo de salud, en las familias y en la comunidad de su ámbito de influencia.
- **Defensor-promotor:** promover y defender sus acciones dentro del sistema de salud, las cuales modifican los factores determinantes de la salud de las personas y poblaciones a las que sirve. El médico familiar reconoce la gran influencia que otros médicos pueden ejercer sobre una variedad de temas relacionados directa e indirectamente con la atención a la salud, por lo que trabaja con profesionales de otras especialidades para abogar por la mejora de la salud y el control de enfermedades. En el sistema médico familiar ejerce influencia en el sistema de referencia y contrarreferencia entre los niveles de operación.
- **Médico experto:** la experiencia en medicina familiar incluye conocimientos, habilidades y actitudes para proporcionar una atención eficaz a los pacientes individuales, los familiares y las comunidades. Es relevante el conocimiento de la prevalencia e incidencia de las enfermedades. El médico

deberá usar un proceso sistemático para evaluar a la población y considerar los recursos con que cuenta para proporcionar el cuidado más factible y efectivo.

- **Gerente:** el médico familiar se reconoce a sí mismo como participante de un sistema de salud; también puede interactuar y llevar gestiones en niveles de gobierno o con proveedores de servicios u otras instituciones de salud. Reconoce las necesidades de asignación de recursos y los administra para el uso razonado. Trabaja para la mejora de la calidad (eficacia, buena gestión y respeto por las personas) de todo el sistema sanitario y de los profesionales con los que está involucrado.

Liderazgo médico efectivo

En una adaptación de lo publicado por Carrada Bravo,¹¹ considerando los elementos señalados líneas arriba, se puede establecer que la efectividad requerida para el líder médico familiar en el primer contacto de la atención médica —en unidades de medicina familiar, donde la atención primaria a la salud es la estrategia a seguir mediante el desarrollo de un sistema en el que el equipo transdisciplinario de profesionales busca un objetivo común, que es fortalecer la salud de la población— conlleva la realización de acciones definidas con perseverancia y fuerte convicción.

1. Crear una visión compartida por todo el equipo transdisciplinario:
 - Forjar una visión inspiradora del futuro.
 - Generar motivación con el ejemplo.
 - Tener un propósito claro y acciones grupales decididas.
 - Brindar una resolución exitosa a los problemas y conflictos.
2. Energía de mejorar los procesos:
 - Transformar las amenazas en oportunidades.
 - Investigar, experimentar y correr riesgos en nuevas propuestas del modelo de atención.
 - Sumar innovación y creatividad en todos los procesos.
3. Facilitar el aprendizaje encaminado a la acción:
 - Propiciar la empatía y la colaboración.
 - Capacitar y motivar a todos como una prioridad.
 - Fortalecer el conocimiento tácito y explícito tanto en lo técnico como en lo gerencial en cada miembro del equipo.
 - Tomar la investigación y el pensamiento crítico como herramientas básicas de superación profesional.
 - Buscar una educación de calidad con mejora continua.
4. Marcar la ruta del cambio a seguir:

- Llevar a cabo acciones concretas para alcanzar coberturas en la atención a la salud y el control de enfermedades.
 - Planear metas pequeñas y ganancias cortas que involucren a las familias de los pacientes.
 - Involucrarse en la sostenibilidad de la organización mediante el uso razonado de los recursos.
5. Alentar el ánimo de los miembros del equipo:
- Propiciar oportunidades de desarrollo para todos.
 - Reconocer las contribuciones y mejora de los procesos.
 - Celebrar grupalmente los avances y logros.
 - Compartir conocimientos, emociones y experiencias.
 - Difundir logros y avances del grupo.

Retos y trascendencia para el líder en medicina familiar

El médico familiar enfrenta de manera cotidiana una serie de retos en el proceso de la atención médica del paciente y sus familiares, que deben ser superados con éxito. Cuando ello ocurre se genera una satisfacción, la cual debe ser plenamente manifestada por el médico y su equipo de trabajo; así, el médico y el resto del equipo vivirán un proceso de cohesión grupal que les permita identificar que alguien condujo al grupo hasta ese momento de satisfacción. El líder médico debe enfocar de manera sistemática y proactiva los retos que se presentan en el día a día, y considerarlos para trascender en el futuro:

- **Riesgo de vida del paciente y de los propios colaboradores:** la adecuada precepción y el conocimiento puntual de la transición epidemiológica y demográfica de la población permiten enfocar los riesgos en la salud. Establecer la estrategia y programas de atención necesarios es responsabilidad del sistema, hacer que las mismas operen es labor del equipo transdisciplinario.

Del mismo modo, el médico y los miembros del equipo son parte de una sociedad demandante de servicios de atención médica, tienen necesidades y requieren atención; si el enfoque preventivo y la atención oportuna de padecimientos no son ejemplo en la propia vida de ellos, será difícil aspirar a la victoria pública.

- **Proceso de atención continuo y prolongado:** el proceso de la atención en medicina familiar se torna continuo y prolongado, no por eso tedioso. La continuidad de la atención como atributo de calidad es un imperativo para lograr los resultados esperados en la efectividad de los servicios. El reto de los padecimientos crónico–degenerativos permite asumir con responsabilidad un esquema de continuidad con la debida atención de todos: médico, equipo transdisciplinario y paciente y familiares.

- **Satisfacción del paciente:** los pacientes y sus familiares observan que el sistema médico, representado por su médico familiar y el equipo de trabajo en la atención a la salud y control de la enfermedad, están preocupados y ocupados en el desarrollo de servicios que logran dichos objetivos. Ello genera satisfacción y, por ende, la adherencia al tratamiento y a los esquemas médico-preventivos.
- **Imagen de la institución:** colaborar en el fortalecimiento de la imagen institucional, expresando con orgullo el sentido de pertenencia a la misma. Ser representante de la institución debe motivar al cumplimiento de la misión.
- **Capacidad de atención a los pacientes:** el mejoramiento continuo de los procesos y las competencias profesionales de los integrantes del equipo constituyen la piedra angular de los retos en el sistema. Esto conlleva una intención personal de logro y desarrollo. Los avances en la medicina propician una mayor probabilidad de éxito en las intervenciones. El sistema debe responder a las necesidades de la población considerando la actualización de la infraestructura sanitaria y el uso de un equipo clínico y paraclínico de vanguardia. Lo anterior genera en los profesionales el compromiso de la actualización y del uso adecuado de los recursos para incrementar la capacidad resolutive del primer nivel de operación.
- **Costos asociados por paciente:** la sostenibilidad de la organización comienza a partir de las operaciones económicas más sencillas, en un ámbito del consultorio y de la relación médico-paciente y profesional de la salud-paciente. La conciencia económica en la atención es un elemento toral para las decisiones en la actuación cotidiana de la práctica médica. El uso razonado y adecuado de los recursos refleja el pensamiento que la economía de la salud busca en todo profesional de la medicina.
- **Avance en la técnica de calidad (estandarización):** los principales retos para lograr la calidad y seguridad del paciente se ubican en la deficiente cultura del enfoque de riesgo y de la seguridad de los pacientes, la falta de herramientas metodológicas para su análisis, la capacitación especializada para abordarlas, los problemas de comunicación entre directivos y personal operativo, la capacitación en gestión y liderazgo, la sobrecarga de trabajo, y el compromiso del paciente en su propio cuidado. Ante esto, el reto de la calidad y seguridad del paciente es prioritario; el cumplimiento de estándares como medida del desempeño esperado son el acicate necesario para estructurar y operar un modelo de gestión de la calidad y la seguridad del paciente auditable y medible para aspirar al mejoramiento continuo del sistema médico familiar.

Es posible encontrar modelos y enfoques para la transformación del estilo de liderazgo médico, variados y enriquecedores, no soslayable ninguno de ellos. Sin

embargo, el contexto de la institución requiere la transformación específica del médico familiar y su estilo de liderazgo. ¿Es escaso el liderazgo del médico familiar? Puede haber respuestas varias, consensos y disensos. Sin embargo, se piensa que la discusión hoy en día se debe centrar en fortalecer el liderazgo y buscar resultados clínicos y de gestión que permitan elevar la capacidad resolutive de los profesionales. Una definición simple de liderazgo indica que es un proceso a través del cual un individuo intenta influir intencionalmente los sistemas humanos con el fin de lograr una meta. Con base en un proceso de cambio se puede recordar que el liderazgo define lo que debe ser el futuro, alinea a la gente con esa visión y la inspira a hacerla realidad, pese a los obstáculos. Para fines prácticos, la única característica que define a un líder es que tenga seguidores. Sea entonces ese el objetivo en el ejercicio de la práctica médica en medicina familiar.

CONCLUSIONES

“Una vida sin conciencia no merece ser vivida”, dijo Sócrates. Con esta frase se entiende la necesidad de fortalecer el pensamiento crítico y reflexivo en todos los médicos familiares acerca de su responsabilidad en la práctica de la medicina.

El médico es un líder natural, aunque no tenga la investidura formal de líder. Esto le permite liderar procesos de cambio organizacional desde su rutina diaria de trabajo. Precisamente por esa razón, el médico debe asumir el desafío del contexto actual de la práctica médica sobre su forma tradicional de ejercer la medicina.

En los jóvenes médicos familiares y en aquellos ya formados se puede aplicar un proceso de cambio que implique un proceso educativo transformador. El pensamiento y el perfil tradicional del médico debe ser asociado y enriquecido con un pensamiento de gestión de los servicios de atención médica.

El médico evita depender del esfuerzo de otros para lograr sus metas profesionales y personales, pues es su propio esfuerzo el que lo guía. Aunque no sea formalmente al frente de una organización, sino en su rutina diaria, asume el liderazgo y contribuye con gran fuerza al cambio del sistema médico familiar.

Queda claro que las habilidades de liderazgo se aprenden y que esto en la formación del médico está prácticamente ausente, de ahí la necesidad de reconformar los programas de formación y desarrollo. Si por razones del destino el médico termina en una posición de gestión directiva, las habilidades de liderazgo pueden ser aprendidas, pero sería muy útil que desde la formación el médico tuviera algunos elementos que le permitieran asumir con mayor claridad esa posición.

Se debe establecer una política explícita para identificar y seleccionar médicos con perfil de líderes organizacionales, quienes serán entrenados sobre la marcha y recibirán privilegios, responsabilidades y posiciones formales de liderazgo.

El Instituto Mexicano del Seguro Social cumple 70 años de servir a la población mexicana y desde sus inicios ha contado con líderes médicos que han sido reconocidos a nivel local, nacional e internacional. El sistema médico familiar en el IMSS ha brindado una respuesta adecuada y efectiva a los derechohabientes. El médico familiar es identificado como un elemento clave en el proceso de la atención médica y se ha dicho que es el eje rector en la modificación de los niveles de salud, siempre acompañado de un equipo transdisciplinario que también es reconocido. Las condiciones sociales, políticas y económicas del país cambian vertiginosamente e influyen en las instituciones del sector público. El modelo de familia en México también cambia de acuerdo con el contexto cultural. Es momento de asumir el rol de liderazgo médico con mayor trascendencia de la que se ha obtenido hasta el momento. Tenemos una gran oportunidad. Hagámoslo. Seamos médicos familiares.

REFERENCIAS

1. **Drucker P:** *Management: task. Responsibilities, practices*. Cap. 12. Nueva York, Harper Business, 1993.
2. **Goldratt E:** *The goal: a process of ongoing improvement*. Massachusetts, North River Press, 1992.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Información institucional. Misión del IMSS*. 21 de febrero de 2103. <http://www.imss.gob.mx/instituto/Pages/index.aspx>.
4. **Campbell A, Tawadey K:** ¿Qué es misión? En: *La misión de los negocios*. Cap. 1. Madrid, Díaz de Santos, 1992.
5. **Sánchez F:** *Planificación estratégica y gestión pública por objetivos*. Serie Gestión Pública. Chile, CEPAL, Naciones Unidas, 2003.
6. **Hinchado LC:** Técnicas de trabajo en equipo: toma de decisiones. *An Pediatr Contin* 2008; 6(3):187–190.
7. **Covey S:** *Liderazgo centrado en principios*. Nueva York, Simon & Schuster, 1992.
8. **Bennis W:** *Convertirse en líder*. Nueva York, Simon & Schuster, 1994
9. **Nonaka I, Takeuchi H:** *La organización creadora de conocimiento. Cómo las compañías japonesas crean la dinámica de la innovación*. México, Oxford University Press, 1999.
10. **Redwood Campbell et al.:** *Developing a curriculum framework for global health in family medicine: emerging principles, competencias, and educational approaches*. *BMC Medical Education* 2011;11:46. <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/11/46>.
11. **Carrada T:** Liderazgo médico en sistemas de salud. *Rev Mex Patol Clin* 2003;50(3):142–156.
12. **Pointer D:** Leadership: a framework for thinking and acting. En: Shortell S, Kaluzny A (eds.): *Health care management, organization and behavior*. 5ª ed. Nueva York, Thomson Delmar Learning, 2006.
13. **McAlearney A, Fisher D, Heiser K, Robbins D:** Developing effective physician leaders: changing cultures and transforming organizations. *Hosp Top* 2005;83(2):11–18.
14. **Xirasagar S, Samuels ME, Stoskopf CH:** Physician leadership styles and effectiveness. *Med Care Res Rev* 2005;62:720–740.

El médico familiar y el enfoque comunitario

Miralda Aguilar Patraca

INTRODUCCIÓN

En 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial de Médicos Familiares (WONCA, por sus siglas en inglés) recomendaron que “cada persona debe tener acceso a un médico que la provea de servicios de atención primaria, los cuales deben ser accesibles para toda la población”; asimismo, que “toda persona debería contar con un médico de familia”. El reto ha sido y continúa siendo transformar un sistema de salud basado principalmente en hospitales, en los cuales se presta atención médica dividida en múltiples servicios y sub-especialidades, influido por los paradigmas biologicistas, para crear un sistema en el que se ofrezca a los ciudadanos atención integral que comprenda acciones curativas y preventivas, orientadas por una concepción biopsicosocial del ser humano y su salud y accesibles en un marco de continuidad de la relación médico–paciente–familia, de preferencia en su propia comunidad o sitio de trabajo.

Numerosas evidencias científicas vinculan el impacto de la atención primaria con los objetivos de un sistema de salud con determinadas características; entre ellas que sea desarrollada por un tipo específico de médico: el médico de familia. Farmer y col. fueron los primeros en demostrar, con datos obtenidos de todos los condados de EUA, que aquellos con menores tasas de mortalidad ajustada por edad eran los que tenían una mayor densidad de médicos de familia. Asimismo, otros estudios demuestran el impacto que los médicos de familia tienen sobre la globalidad, la longitudinalidad y la relación médico–paciente, así como la relación de estas características con los niveles de salud. Tales evidencias, unidas a

los nuevos factores condicionantes de salud (cronicidad, pluripatología, dependencia, transnacionalidad, necesidad de eficiencia y resolutivez), hacen que se deba evitar lo que Repullo denomina el decálogo de la práctica clínica atolondrada por la hiperespecialización:

1. Cada síntoma, una exploración.
2. Cada órgano, una especialidad.
3. Cada parámetro anormal, un medicamento corrector.
4. Cada problema, una intervención.
5. Cada efecto adverso o complicación, una nueva acción (nunca un paso atrás).
6. Nunca un adiós, sino un hasta luego.

El vigoroso desarrollo de las ciencias médicas y la tecnología del decenio de 1940 impusieron la necesidad de la especialización, situación que incrementó la complejidad en la atención e hizo necesario que progresivamente se organizara por niveles de atención: atención médica primaria, como el primer contacto de la población con el sistema de salud donde se pueden resolver casi 82% de los problemas de salud. Atención médica secundaria y terciaria para las consultas especializadas en los hospitales. Este esquema es correcto en teoría, pero en la práctica ocurrió que se concentraron esfuerzos y recursos en estos dos últimos niveles, sin dar la debida importancia a la atención médica primaria.¹

Se han reconocido ventajas en la atención en el primer nivel de atención por parte del médico familiar, en las que destaca la accesibilidad del servicio con oportunidad al usuario de revertir el ciclo de pobreza, pues facilita el acceso y la participación activa de la mujer en los servicios de salud, lo cual se traduce en recursos e información para mejorar su salud sexual y reproductiva, y prevenir la violencia.

Bajo la visión comunitaria el médico familiar se concibe como un clínico de acción predominantemente extrahospitalaria, con un enfoque global del proceso salud-enfermedad, capaz de abordar la problemática de salud con la participación activa de la comunidad.²

DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

La medicina familiar y comunitaria implica un modelo ideal competitivo en el que el médico ve al paciente en una forma holística, integral y sin olvidar su entorno biopsicosocial; desempeñando varias funciones —asistencial, administrativa, educativa y de investigación—, coordinando dichas funciones y logrando una ar-

monía en su ambiente laboral, reflejado en una calidad de atención al individuo a la familia y a la comunidad.⁴

Las actividades de prevención y promoción de la salud son los objetivos de la salud pública, las cuales giran en torno a los comportamientos de la población y la creación de entornos saludables en la comunidad.⁴

DESARROLLO DEL TEMA

Como parte de la tarea asistencial el médico familiar se debe otorgar una atención médica integral y continua, desarrollar un proceso adecuado de referencia y contrarreferencia, y realizar acciones para la promoción de la salud y la formación de grupos comunitarios. En lo que respecta a la función social, debe formar promotores y comités de salud comunitarios; como parte de las tareas administrativas realizará la planeación, organización, dirección y evaluación de los procesos comunitarios, por lo que la atención primaria de salud debe ser la base del sistema, con la finalidad de otorgarle al usuario una atención más humana, más eficiente y más integral. Es por ello que estos programas de especialización de medicina familiar y comunitarios deben ser dinámicos de acuerdo con las necesidades de la sociedad. Año con año se ha visto al médico familiar como el profesional con alta capacidad resolutoria de problemas y coordinador de recursos, por lo que es pluripotencial. Esta enseñanza la aprende desde su formación en la residencia, donde el paciente es valorado como un todo en todo su contexto.⁵

Hablar de salud comunitaria es hablar de estrategias métodos y actividades con el fin de mejorar el estado de salud de una población —que se refiere ya a un sistema de atención primaria de salud, en el que España intervino con un gran auge llamándolo medicina familiar y comunitaria. Las actividades propias de la comunidad sólo eran del dominio de un país en desarrollo, pero hoy en día se encuentran centradas en un sistema de atención primaria a la salud. Son elementos esenciales en la práctica de la atención primaria a la salud la orientación de salud a toda la comunidad y la participación de la comunidad en los diferentes procesos para identificar sus necesidades y planificar intervenciones necesarias.⁶

Si se retoma la concepción de salud emitida por la OMS en su Carta Magna en 1946 —“completo estado de bienestar físico, psíquico y social”— y la definición actual —“conjunto de condiciones físicas, psíquicas y sociales que permitan a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía y relación con su propio entorno”— se enfatiza la necesidad de entender cómo en el proceso salud–enfermedad el entorno social o familiar participa en la generación de salud o enfermedad, pudiendo reconocer que hay algunas circunstancias en las cuales las familias traen problemas colectivos que sólo podrían resolverse desde un ám-

bito más amplio que el individual o familiar. Aunque no todos los médicos familiares consideran que este foco sea una de sus responsabilidades, se acepta que una parte inherente a nuestra especialidad es la total identificación con la comunidad a la que servimos. El desarrollo más importante contemplado en la disciplina de la medicina familiar para el trabajo con este foco de acción es la denominada atención primaria orientada a la comunidad.⁶

La calidad de la formación del médico de atención primaria varía en todo el mundo. En muchos países se trata simplemente de médicos que no tienen ninguna otra especialidad y que además han recibido poca o ninguna educación de posgrado en atención primaria. Lo típico en esos países es que los estudiantes de medicina tengan muy poco contacto con pacientes ambulatorios y reciban escasa instrucción en atención primaria y medicina preventiva. Como resultado, esos estudiantes no adquieren las capacidades necesarias para desempeñarse como médicos competentes de atención primaria (figura 5-1).

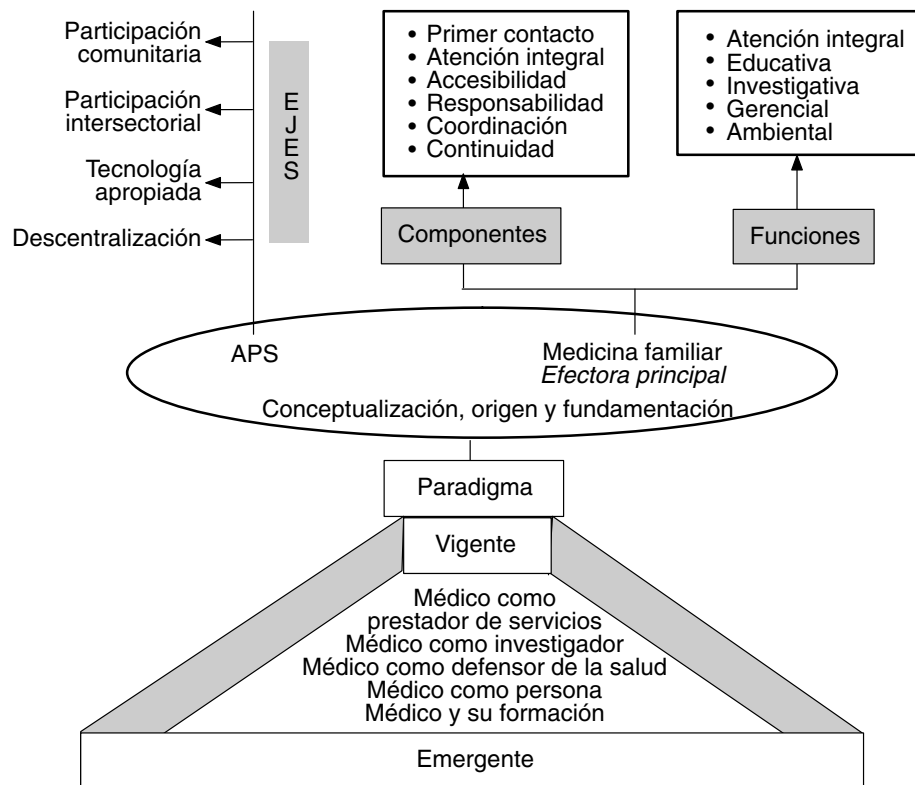


Figura 5-1. Sistema de atención primaria.

En la década de 1940 surgió en Sudáfrica el Modelo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad, como una extensión de la medicina familiar. En una forma conjunta de la epidemiología y de las ciencias sociales y del comportamiento se desarrollan los conceptos básicos y la metodología.

Los cambios en el sistema de salud han conducido a que las especialidades médicas reevalúen su pertinencia dentro de este proceso.

La medicina familiar, especialidad pionera en la asistencia médica del primer nivel de atención, necesita rescatar su liderazgo y demostrar que cuenta con trayectoria, conocimiento y experiencia para participar en la construcción de un sistema de salud accesible y costo-efectivo. El médico familiar es un especialista que brinda atención médica de calidad de cualquier problema de salud, de manera continua, integral, preventiva, curativa y de promoción de la salud a pacientes de cualquier sexo y grupo etario, así como a su familia y la comunidad.⁷

Actualmente la formación del médico familiar debe estar basada en la frecuencia de las enfermedades y en las habituales que ellos deban diagnosticar y tratar. También se debe considerar seriamente la tendencia en el desarrollo general del país. Por ello el conocimiento, la actitud y las habilidades deben ser desarrollados con gran cuidado por docentes preparados, para lo que están obligados a perfeccionar un concepto integral del hombre como persona y como parte de la familia y de la comunidad.

Para desempeñar esta labor los médicos deben tener un concepto integral del hombre y verlo como persona y como parte de un todo: familia-comunidad. La formación tiene un componente de pregrado y otro de posgrado, tanto en el conocimiento como en la actitud, así como habilidades para lograr el cuidado de la salud bajo el esquema biopsicosocial y en sentido horizontal. El médico familiar debe tener un enfoque biopsicosocial de la persona y su entorno: la familia y la comunidad. En la actualidad esta actividad se ubica en un consultorio o se acompaña de otros especialistas de nivel secundario. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) estos médicos tienen una cobertura en cuanto a número de pacientes, pero no un área geográfica limitada, y cada médico puede tener 2 400 derechohabientes adscritos, lo cual la mayoría de las veces no se cumple, debido a la sobreadscripción de la institución.⁸

La medicina de familia engloba todos los aspectos de la atención médica primaria bajo una perspectiva biopsicosocial, de forma personalizada, continuada e integrada. El médico familiar es un médico de personas no de enfermedades; su herramienta de trabajo básica es la comunicación con sus pacientes y con otros profesionales y sectores. A diferencia del médico especialista hospitalario, el médico familiar acepta a todas las personas que demandan atención independientemente de la edad, el sexo o el grupo de patologías que puedan presentar.

En México, en especial en el IMSS, la gran crítica hecha a la especialidad de medicina familiar es su supuesta “poca participación comunitaria”; esta impre-

sión quizá surge de una falta de promoción y despliegue de lo que se hace o tal vez obedezca a un estilo de trabajo callado, pero constante y perseverante. Para pocos es sabido que en los equipos de medicina familiar el trabajo comunitario se ha desarrollado en una amplia gama de opciones, que incluyen orientación a la persona sana y enferma dentro del consultorio, en salas de espera, a través de carteles y trípticos, en jornadas educativas y de pesquisa, en las visitas domiciliarias y en la formación de grupos para modificación de estilo de vida y prevención de complicaciones de las enfermedades prevalentes, como diabetes e hipertensión arterial, y para identificación y educación de poblaciones en riesgo (como a los adolescentes en las escuelas), así como consejería en planificación familiar para la embarazada, la promoción del parto y la lactancia, control del niño sano, grupos de mejoramiento de calidad de vida para personas de la tercera edad mediante el programa de envejecimiento saludable y formación de promotores o monitores de salud, entre otros.⁹

Sin embargo, en 1954, a pesar de contar con un modelo de atención médica en el consultorio y en el domicilio, la satisfacción de los derechohabientes no mejoraba de manera importante, por lo que en 1959 se rediseñó el proceso de atención médica, conocido como Sistema Médico Familiar. Con este sistema se pretendía mejorar la relación afectiva y de confianza entre el personal profesional y los derechohabientes; en él los prestadores de servicios trabajarían con el núcleo familiar, permitiéndole conocer a sus pacientes en todos sus aspectos físicos y psicológicos, y atendiendo al mayor número de ellos, hecho que todavía se persigue.

En esa época el IMSS no sólo transformó su sistema de atención médica. Las autoridades de esta institución declararon que “El médico familiar en el IMSS es una innovación que permite conservar la tradición, la conducta humanista de antaño, aunada al conocimiento de nuevas técnicas de la medicina moderna”.

La OMS realizó ese año un seminario sobre ciencias sociales y la enseñanza de la medicina, en el que concluyó que para entender la salud y la enfermedad se precisa conocer los aspectos psicológicos, sociales, culturales y del comportamiento humano, ya que éstos determinan una considerable proporción de enfermedades. En dicha conferencia se le dio una gran importancia a la medicina social, que implica la teoría y práctica de movilizar todos los recursos de que dispone una colectividad para que el médico pueda mantener la salud del individuo y la sociedad.¹⁰ Después de ese seminario, en 1970 se formó en el IMSS un programa de participación con el Gobierno Federal, denominado IMSS-COPLAMAR, para atender la salud en regiones marginadas, y seis meses después, el 15 de marzo de 1971, se inició el curso de especialización en medicina familiar. El IMSS tomó la decisión política de implantar ese curso, el cual estaría acorde con las modificaciones hechas a su sistema de atención médica con la intención de promover la salud de manera integral.

Con la finalidad de mejorar las condiciones de vida y salud, en México surgió el Programa IMSS–Oportunidades, el cual cuenta con una trayectoria de más de 35 años de servir a la población más desprotegida de nuestro país, mediante su presencia en 17 200 localidades marginadas.

En México no existe una institución de salud que aborde mejor la comunidad que el Programa IMSS–Oportunidades, empleando para su estrategia el Modelo de atención integral a la salud (MAIS). Lo que lo distingue de otros modelos — orientados exclusivamente a la medicina asistencial— es su enfoque preventivo, que hace de la participación comunitaria un aliado indispensable para abatir el surgimiento y propagación de enfermedades. Dicho modelo es la parte fundamental en la operación efectiva del programa IMSS–Oportunidades; utiliza la infraestructura del programa, de una manera organizada, regionalizada y estructurada en dos niveles de atención: las unidades médicas rurales, las unidades médicas urbanas y las brigadas de salud para el primer nivel; y los hospitales rurales para el segundo nivel. Sus acciones preventivas constituyen el apoyo que permite generar mejores condiciones de vida en beneficio de la población más desprotegida del país.¹¹

En el IMSS del régimen ordinario en 1985 se inició el programa institucional de fomento a la salud, dirigido a las causas de la enfermedad y a la búsqueda de la participación activa de la comunidad para disminuir la morbimortalidad en el país, mediante la prevención de factores de riesgo con medidas específicas, así como a enfatizar las acciones educativas para adoptar conductas saludables y mejorar el medio ambiente. No obstante las declaraciones de las bondades de la medicina familiar, existía y sigue existiendo insatisfacción en el rendimiento del Sistema Médico Familiar, debido al desconocimiento del estado de médicos a su cargo. Para salvar dicho obstáculo, los mismos médicos familiares diseñaron una hoja de concentración de datos de la familia en diversos aspectos, como el nivel cultural, económico y otras características sociales, además de incluir acciones preventivas no efectuadas, patologías padecidas y la eficacia de la intervención del médico, para ayudarle a integrar todos los datos y estar en la posibilidad de otorgar la pregonada atención médica integral.¹²

Un hecho benéfico para el crecimiento de la especialidad fue la Conferencia Mundial de Salud de Alma Ata, celebrada en 1978, en la que se priorizó la atención primaria a la salud y se evidenció que una de las especialidades médicas que mejor podría aplicarla sería la medicina familiar. En 1991 la WONCA y la OMS emitieron la declaración “El papel del médico de familia en los sistemas de atención a la salud” como parte importante de la estrategia de atención primaria. Tres años después en Ontario, Canadá, se hizo la declaración de que el médico de familia es quien mejor puede atender las necesidades de salud de la población.¹³

A la atención primaria de la salud se le ha dado diversos enfoques, pero a raíz de la conferencia internacional celebrada en Alma Ata en 1978 se despertó un

gran interés sobre la atención primaria de la salud en la comunidad, valorando un modelo de atención que se enfocara en mejorar el estado de salud de la comunidad. Este modelo de atención tiene la finalidad racionalizar, organizar y sistematizar los recursos existentes en la comunidad. En un estudio realizado en Dallas, Texas, para valorar la efectividad de este modelo se demostró que hubo un mayor índice de personas que contaban con acceso a la atención primaria de la salud, lo cual generó una reducción de la morbilidad infantil, disminución de los días de estancia hospitalaria y mejoras en la continuidad de la atención, así como mayor participación comunitaria en los programas y en la toma de decisiones en relación con las prioridades de la comunidad.¹⁴

CONCLUSIONES

En todo el mundo se percibe la necesidad de contar con médicos de familia como piezas clave de los sistemas de salud integrales que ofrezcan servicios médicos y de salud pública eficiente y de calidad a toda la población, con la finalidad de promover la prevención oportuna y las acciones curativas cuando lo requiera la enfermedad. Para satisfacer esta necesidad cada país debe valorar y financiar adecuadamente los servicios de atención médica y de salud pública que considere esenciales y ofrecer a los médicos de familia una formación óptima concentrada en los problemas de salud más relevantes de la comunidad a la que sirven.

Se han realizado estudios en los que el médico familiar lleva a cabo los programas de prevención y promoción reflejados en la disminución de los índices de morbilidad en dichas comunidades, mostrando un decremento de los días de estancia hospitalaria.

Una de las funciones propias de la medicina familiar del siglo XXI es la de mejorar la calidad del autocuidado en sus diferentes perspectivas, con especial énfasis en el establecimiento de conductas vitales saludables. Es imprescindible mejorar la información y la cultura de la población en la utilización de las herramientas de cuidado de la salud, en el contexto de una autorreponsabilización cada vez mayor.

Se puede aseverar que el desarrollo de la medicina familiar ha sido lento y que hasta en la última década ha adquirido cierta relevancia, como parte del sistema de salud y de las instituciones académicas.

En los países donde no hay médicos de familia los sistemas de salud están en general dominados por médicos sin la preparación para ofrecer atención primaria de salud preventiva y curativa que sea costo-efectiva, de calidad, integral y orientada a la comunidad.

Si bien aún hay muchas naciones que no reconocen a la medicina familiar como especialidad, el número de las que ya lo hacen es sustancial y va en aumen-

to. A pesar de que existen barreras, se tiene la certeza de que hay razones muy sólidas para que la medicina familiar se constituya en la base de la atención primaria en los sistemas médicos del mundo. En su función de docentes y figuras modelo, los médicos de familia son esenciales para el desarrollo de programas de formación en zonas donde no existe la especialidad.

REFERENCIAS

1. **Casado VV et al.:** La medicina familiar y comunitaria y la universidad. *Gac Sanit* 2012; 26(S):69–75.
2. **Ledesma SFM, Flores MO:** Medicina familiar: la auténtica especialidad en atención médica primaria. *Gac Méd Caracas* 2008;116(4):330–340.
3. **Cofiño FR, Álvarez MB, Fernández RS, Hernández AR:** Promoción de la salud basada en evidencias. *Atención Primaria* 2005;35(9):478–483.
4. *Programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria.* Denominación oficial (RD 127/84).
5. **Clemente HA, López JE, Briceño IL:** *Atención primaria de salud medicina familiar.* Vol. III. Caracas, Ateproca, 2007:313–372.
6. *Programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria.* Denominación oficial (RD 127/84).
7. **Goffin J, Goffin R:** Atención primaria orientada a la comunidad: Un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam de Salud Pública/Pan Am/Public Health* 2007;21(2/3).
8. **Barba OR:** La participación del médico familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Bol Med IMSS* 1976;18(7):231–34.
9. **Gómez VC, Herrera SJE, Solano MBV:** Acciones integrales de salud en el Programa IMSS–Oportunidades. *Rev Med IMSS* 2008;46(2):223–223.
10. **Domínguez del Olmo J:** La medicina familiar en México y en el mundo. *Arch Med Fam* 2003;5(4):136–139.
11. **Cofiño FR, Álvarez MB, Fernández RS, Hernández AR:** Promoción de la salud basada en evidencias. *Atención Primaria* 2005;35(9):478–483.
12. **Quiroz P Jr, Irigoyen CA:** A history note about family medicine in México. *MPA e-Journal Med Fam At Prim Int* 2008;2(1):49–54.
13. **Gómez GT, Mendes NJM:** Expertos de la I Cumbre iberoamericana de Medicina Familiar. Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. En: *Documentos de trabajo de la I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar.* Sevilla, semFYC–CIMEF, 2002:18–23.
14. **Susser M:** Pioneering community-oriented primary care. *Bulle World Health Organ* 1999; 77:436–438.
15. **Rasmussen C, Hidalgo S, Pérez P, Rodríguez F, López J et al.:** La participación comunitaria en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Jalisco. *Salud Públ Méx* 1992; 35:471–476.
16. Real Decreto 1753/1998, de 31–7–1998, Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria: acceso excepcional al título y ejercicio de la medicina de familia en el Sistema Nacional de Salud. (BOE 27/08/1998).
17. **Suárez BMA:** Cómo introducir a los médicos generales a nuestra especialidad: tópicos elementales en medicina familiar y atención primaria para tutores y profesores. *Salud Pública.*
18. **Cofiño FR, Álvarez MB, Fernández RS, Hernández AR:** Promoción de la salud basada en evidencias. *Atención Primaria* 2005;35(9):478–483.

El médico familiar y el modelo de atención curativo

Teófilo Garza Elizondo, Manuel Alberto Avilés Cura

INTRODUCCIÓN

Una de las justificaciones de la medicina familiar desde sus inicios fue recuperar el enfoque humanista en la atención, carencia de la cual surgía la queja más frecuente de los usuarios, de una práctica fría, despersonalizada y desinteresada. Además, era notoria la existencia de pacientes cuyas causas de consulta eran motivos psicosociales, con quejas o síntomas físicos médicamente inexplicables y usuarios frecuentes de los servicios de salud, que en ocasiones superaban 70% de su consulta, en quienes era muy difícil encontrar una causa física u orgánica que los explicara, por lo que las opciones terapéuticas eran limitadas.¹

A inicios del decenio de 1980, Janet Christie-Sealy (1983) señaló la importancia de un manejo integral o biopsicosocial, al cual llamó “trabajo con familias”, ya que su énfasis formativo estaba en el desarrollo de habilidades terapéuticas de apoyo psicológico y de habilidades para mejorar las relaciones interpersonales en la atención para el paciente y su familia.²

Durante su práctica, sea privada o institucional, el médico familiar debe decidir durante la consulta a cuál de sus pacientes le propondrá un contrato de trabajo para llevar a cabo las intervenciones psicosociales diagnósticas y terapéuticas del modelo de atención de trabajo con familias o biopsicosocial. Dominar este modelo de atención le da al médico familiar identidad y lo diferencia del resto de los especialistas médicos al agregar a su perfil profesional habilidades para efectuar intervenciones diagnósticas y terapéuticas en las relaciones interpersonales (sociales), que se agregan a las habilidades terapéuticas psicoemocionales y médi-

cas, con lo cual se completa su perfil para ser el único profesional de la medicina que puede aplicar el modelo de atención biopsicosocial.³

OBJETIVO

El objetivo de este escrito es describir los pasos del proceso para aplicar el Modelo de atención de trabajo con familias y biopsicosocial.

DESARROLLO DEL TEMA

El Modelo de atención de trabajo con familias incluye los siguientes pasos:

1. Identificar en la consulta diaria a los pacientes con los indicadores que justifiquen el trabajo con familias.
2. Negociar con el paciente su aprobación y aceptación para el trabajo con familias y elaborar el contrato de trabajo.
3. Obtener la información familiar (evaluación familiar integral).
4. Aplicar las intervenciones terapéuticas programadas.
5. Llevar a cabo la evaluación del proceso de trabajo con familias.
6. Dar seguimiento.³

Identificación de los indicadores que justifican el trabajo con familias

Familias cuyos integrantes:

- Utilizan muy frecuentemente los servicios de salud.
- Acuden a consulta por síntomas vagos o inespecíficos.
- Tienen conflictos emocionales, de conducta o de relación.
- Tienen problemas psicosomáticos.
- Tienen problemas psicosociales (alcoholismo y embarazo no deseado o no planeado, entre otros).

Familias que presentan:

- Cambios en su composición (nacimientos, muertes, huidas del hogar y adición de familiares o amigos, entre otros).

- Necesidad de involucrar a todos sus integrantes en el inicio de un programa terapéutico, sobre todo si se trata de un paciente crónico.
- Escaso apego a las indicaciones médicas.
- Hospitalización y cirugía de cualquiera de sus integrantes.
- Pacientes terminales, discapacitados y con problemas genéticos, entre otros.⁴

La presencia de uno o más de los indicadores anteriores justifican que el médico familiar programe una serie de actividades clínicas diagnóstico–terapéuticas, ampliando el foco de atención del paciente a su familia, con lo que agrega a su perfil las habilidades terapéuticas psicosociales, que le permiten alcanzar y poder ofrecer un verdadero nivel de atención integral, modelo de atención curativo ofrecido únicamente por los médicos familiares dentro de la gama de especialidades médicas.⁵

Negociación y contrato de trabajo con la familia

La negociación consiste en retroalimentar al paciente y a la familia acerca de los problemas detectados, señalar su importancia y la relación que tienen con las causas de consulta, por lo que surge la necesidad de efectuar una evaluación integral del paciente y de su familia, antes de cualquier tipo de intervención; en seguida se procede a reetiquetar el problema del nivel individual al familiar, por lo que es fundamental que el médico familiar transmita que si bien el problema es del paciente, afecta a todos, lo cual implica que las intervenciones terapéuticas pueden ser en el paciente y su familia.⁶

Contrato de trabajo

El contrato incluye los alcances de las responsabilidades del paciente, de su familia y del médico familiar.⁶

En el caso del paciente y su familia, deben acudir a las citas y a cualquier actividad programada en el consultorio o en cualquier lugar de reunión previamente acordado, por ejemplo, la sede de algún grupo de apoyo o capacitación, como Al–Anon.

Otra responsabilidad es seguir las indicaciones hechas por cualquiera de los integrantes del equipo de atención; pueden incluir la toma de medicamentos y sugerencias, que pueden ser educativas, conductuales y emocionales, para hacer algo nuevo o diferente, o dejar de hacer algo perjudicial o de riesgo. Otra responsabilidad del paciente y su familia es la de comunicar, avisar y preguntar al médico o a cualquier integrante del equipo de atención sobre dudas o conceptos no

entendidos, ya que de esta actitud nace el desarrollo de las conductas de autocuidado y autodeterminación. El paciente y su familia son los únicos responsables de las decisiones que se tomen durante su atención en el proceso diagnóstico, terapéutico o de seguimiento; si la atención es privada, deben cubrir los honorarios acordados tanto de los profesionales como de los procedimientos llevados a cabo.

Las responsabilidades del médico familiar incluyen el compromiso de poner a disposición del paciente y su familia sus capacidades profesionales en los procesos diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento, explicando que su perfil incluye intervenciones de apoyo y expresión emocional constructiva y algunas intervenciones de las relaciones entre los miembros de la familia, dirigidas a mejorar su calidad de vida, en especial en el cuidado y recuperación de su salud.

El médico familiar también debe ubicar con claridad y precisión los lugares de atención y las circunstancias para elegir cada una de las diferentes opciones, como el número de entrevistas, que no excederá de 10, la duración (aproximadamente 45 min), el horario, las personas que asistirán y los síntomas de urgencia. Los lugares de atención pueden ser el consultorio, el domicilio del paciente, el consultorio de otro colega y el hospital.

Se debe explicar en detalle las circunstancias en las que se elige una opción, como la referencia, que se da cuando es necesaria otra opinión, una evaluación y tratamiento especializados, pero dejando clara la disposición del médico familiar de continuar a cargo de la atención y coordinación de la misma en caso de que sean varios los profesionales involucrados, por ser el que conoce a toda la familia, la historia y la evolución de la enfermedad, y poseer habilidades de comunicación, negociación y diferentes técnicas de educación y de técnicas de apoyo emocional en caso necesario.

Evaluación familiar integral

Consiste en obtener la información necesaria e indispensable del paciente y de su contexto, para después de su análisis elaborar una serie de intervenciones orientadas a apoyarlo a recuperar la salud y mantenerla.

La evaluación familiar integral abarca las siguientes dimensiones:

- Estructura familiar.
- Desarrollo familiar.
- Historia familiar de crisis.
- Funcionalidad familiar.
- Recursos familiares.^{7,8}

La estructura familiar incluye:

- Estructura interna.

- Composición familiar.
- Orden o posición en la familia.
- Subsistemas.
- Límites.

La estructura familiar externa incluye las familias de origen y el contexto social; mención aparte merecen los conceptos o significados que sobre la enfermedad o problema de salud posee el grupo social, la religión del paciente —como normas de comportamiento moral y fe, y como convivencia con el grupo de personas de la comunidad religiosa—, el nivel socioeconómico y el ingreso *per capita*, las amistades y vecinos, y la familia extendida, incluida la de origen. Los instrumentos que se sugieren para obtener la información sobre la estructura familiar son:

- El familiograma.
- El ecomapa.
- El formato de datos generales de la familia.
- El formato sobre composición familiar.⁹⁻¹¹

Desarrollo familiar

Este rubro abarca:

1. Etapa del ciclo de vida. Prematrimonial, matrimonial, expansión, dispersión, independencia, retiro y muerte.
2. Tareas adaptativas de cada etapa.
3. Tipo de respuesta adaptativa o de ajuste a la nueva etapa.^{11,12}

Los instrumentos que se sugieren para obtener la información sobre el desarrollo familiar incluyen:

- a. Formato de desarrollo familiar. Contempla las etapas del ciclo de desarrollo familiar con sus respectivas tareas del desarrollo y un espacio para registrar la respuesta adaptativa del paciente.
- b. Formato de desarrollo familiar para cada etapa del ciclo de vida familiar con los mismos datos.

Historia familiar de crisis

El estrés se puede originar de un evento agudo, el cual puede resultar repentino, intenso y abrumador, como es la muerte de un hijo o de la pareja, y el desempleo repentino, entre otros. En el día a día de la vida familiar existen múltiples fuentes

de estrés que son constantes y permanecen a lo largo de años; son eventos tensionales que tal vez por sí solos no provoquen crisis, pero agrupados producen un estrés que, aunque leve de múltiples fuentes crónicas (familias multiproblemáticas), adquiere un efecto acumulativo que provoca en las personas expuestas un agotamiento emocional y físico que evoluciona a convertirse en una crisis por agotamiento en personas susceptibles, conduciendo a la aparición de síntomas psicósomáticos.

Las crisis accidentales en las familias se pueden clasificar en cuatro grupos:

1. De abandono.
2. De adición.
3. De cambio del estado social.
4. De desmoralización.¹³

Los médicos familiares están en una posición privilegiada para:

1. Identificar las fuentes de estrés de sus pacientes.
2. Aplicar un Modelo de atención integral o biopsicosocial (trabajo con familias) y ampliar el foco de atención de la persona a sus diferentes contextos.
3. Incrementar su capacidad de percepción diagnóstica junto con las opciones terapéuticas, sobre todo en las dimensiones emocionales y de relaciones.

Los instrumentos que se sugieren para obtener la información sobre la historia familiar de crisis incluyen formato sobre crisis accidentales, línea de vida e interrogatorio retrospectivo sobre acciones y procedimientos llevados a cabo por el paciente y su familia para la solución efectiva de las crisis previas o anteriores.

Funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar la integran dos grupos de funciones: las instrumentales y las afectivas o expresivas.¹⁴⁻¹⁶

Funciones instrumentales

Son todas las funciones y actividades que requieren llevarse a cabo, para que la vida en familia ocurra de una manera ordenada, adecuada y, sobre todo, que al llevarse a cabo o cubrirse satisfagan todas o la mayoría de las necesidades de sus integrantes. Las funciones instrumentales a evaluar ante la existencia de una enfermedad son:

1. Provisión de los recursos económicos y materiales para su atención.
2. Apoyo y crianza de los hijos.

3. Desarrollo de habilidades de la vida diaria (higiene personal y de la vivienda, vestido, alimentación, etc.).
4. Sistemas de control de conductas.
5. Gratificación sexual adulta, entre otras.

Los Instrumentos que se sugieren para obtener la información sobre las funciones instrumentales incluyen lista de las rutinas de vida diaria y quién las realiza, lista de las tareas asignadas, a quién y su conformidad, y lista de las tareas necesarias para el cuidado efectivo de la enfermedad de su familiar y quién las realiza.

Funciones afectivas o expresivas

Consisten en la expresión y comunicación de los sentimientos y emociones entre todos los integrantes de la familia, sobre todo aquellos que los hacen sentir aceptados y queridos, ya que implican la recompensa de la vida. Las funciones afectivas incluyen las siguientes:

- a. **Comunicación verbal:** se da a través de los mensajes de voz o hablados. Puede ser directa o desplazada—clara o enmascarada. La combinación de las cuatro variables da las siguientes cuatro opciones, de la más a la menos funcional: directa y clara, directa y enmascarada, desplazada y clara, desplazada y enmascarada; por ejemplo, la mamá de un niño con trastornos neuromotores al llegar su marido a casa:
 - Directa y clara: “Carlos tuvo un día terrible, estoy agotada, por favor cuida al niño mientras me doy un baño”.
 - Directa y enmascarada: “Carlos tuvo un día terrible, estoy agotada, no pude ni bañarme”.
 - Desplazada y clara: “Nadie me ayuda, me canso mucho, me gustaría que alguien cuidara al niño para poder bañarme”.
 - Desplazada y enmascarada: “Qué difícil es para las mamas, cuidan los niños, trabajan en casa y a pesar de quedar agotadas nadie las ayuda y a veces ni pueden ir al baño”.
- b. **Comunicación no verbal:** las personas consciente o inconscientemente reciben y envían mensajes a través del lenguaje corporal, algunos de los aspectos que se debe tener en mente son la apariencia general (vestido adecuado, limpieza, comportamiento, etc.), la postura, el contacto visual, la expresión facial, los movimientos de las manos, el tono de la voz, el silencio, el contacto físico, la distancia interaccional, la congruencia entre lo verbal y lo no verbal, la congruencia entre lo no verbal y el estado emocional y la secuencia en la que se expresa.
- c. **Comunicación emocional:** se refiere a las emociones que una familia permite que sus integrantes expresen; cuanto más amplio es el rango de emo-

ciones que se pueden expresar la familia es más funcional. Se sugiere identificar las emociones que se pueden expresar y las que no. De relevancia especial para la atención familiar es identificar las emociones asociadas a la enfermedad y cualquiera de sus síntomas, procesos diagnósticos y terapéuticos; es necesario que el médico familiar pregunte de manera directa sobre el sentir del paciente por lo que le pasa y a su familia por lo que observan que vive su familiar con la enfermedad.

- d. Comunicación circular:** se refiere al proceso de comunicación recíproca entre dos personas; puede ser con mensajes (estímulo y retroalimentación) de diferentes tipos, como son verbales, emocionales y conductuales; son repetitivos y predecibles ya que constituyen un patrón interaccional, se presentan entre tres y seis ocasiones en el tiempo de una consulta promedio; puede variar el tema o contenido pero el aspecto relacional es constante. La comprensión de un patrón de relación circular simple lo dio Tomm (1980), el cual incluye la persona 1 con una conducta (mensaje verbal, emocional o conductual) y la persona 2 con una percepción de esa conducta (elaboración cognitiva que le da un significado y genera una respuesta emocional de la que nace el impulso de una conducta como respuesta). La conducta de la persona 2 retroalimenta a la persona 1, quien inicia una elaboración cognitiva que explique la conducta de la persona 2, cerrando con ello el ciclo, el cual ya constituido como patrón relacional tiende a repetirse en ese o en cualquier momento, con lo que las personas 1 y 2 convivan e interactúen.
- e. Técnica de solución de problemas:** es la más importante de los procesos mentales cognitivos; su aplicación es útil en todas las áreas del comportamiento. Cuando es efectiva aporta un sentido de autoeficiencia y amor propio a las personas, que es difícil de igualar. Su aplicación y utilidad en el modelo de trabajo con familias es el eje central de las intervenciones terapéuticas.
1. Problema identificado.
 2. Tipo de problema:
 - Instrumental.
 - Afectivo.
 3. Comunicación del proceso de solución a las personas involucradas.
 4. Desarrollo de alternativas de solución.
 5. Identificación de las ventajas y desventajas de cada alternativa propuesta.
 6. Elección de la mejor alternativa para los participantes.
 7. Compromiso de todos de llevarla a cabo, con la conciencia plena de lo que cada uno debe hacer o cómo participará.
 8. Evaluación de los resultados:
 - Si los resultados fueron adecuados; fin del proceso.

- Si los resultados fueron inadecuados; se reanuda el proceso en el punto 6 (elegir otra alternativa).

Existen dos formas de aplicar clínicamente lo anterior:

- 1. Técnica retrospectiva:** consiste en interrogar al paciente sobre el proceso que aplicó para la solución de algún problema o crisis en el pasado. El médico familiar sigue en el diálogo los pasos del proceso, buscando que el paciente identifique los pasos que siguió y la efectividad que alcanzó; en caso de encontrar fallas se comenta la secuencia adecuada del proceso, con énfasis a que oriente su esfuerzo a la acción y a identificar otras opciones de solución potencialmente más efectivas (se sugiere utilizar durante la entrevista algunos auxiliares, como son una hoja con el proceso o un pizarrón donde se siga paso a paso.)
 - 2. Técnica prospectiva:** el médico y el paciente con un problema actual revisan la solución del mismo, siguiendo paso a paso el proceso, con énfasis en la identificación de alternativas y en la motivación para la aplicación de aquella que se eligió como la más adecuada, sin olvidar el seguimiento, la evaluación de los resultados y el reinicio del proceso.
- f. Los roles:** son patrones de conducta establecidos para los integrantes de una familia; son constantes y resultan apropiados en una situación específica y particular, son interaccionales y son complementarios, es decir, se expresan con otros o en presencia de otros integrantes de la familia, además poseen una retribución emocional. Los roles son formales e informales; los formales incluyen los aceptados y reconocidos por la sociedad, como son, esposo y esposa, padre y madre, hijo e hija, hermano y hermana, etc. Los informales son específicos de cada familia; pueden incluir el miembro de la familia bueno, el tranquilo, el responsable, la “oveja negra”, el chivo expiatorio, etc. Tienen la característica de ser complementarios, lo que implica que si hay un bueno, existe un malo y así para los demás, además poseen una carga emocional que puede ser un reconocimiento o una condena familiar. La asignación y ejecución o cumplimiento de un rol pueden tener carácter rígido o flexible, siendo esta última condición la más funcional, por lo que en las intervenciones familiares se debe promover que los roles sean intercambiables, de forma que cualquiera de los integrantes de la familia los pueda cumplir esté o no el depositario original. El objetivo es identificar los roles, en especial el de cuidador principal y secundario, el de proveedor de los recursos y el de quien toma las decisiones, así como la carga emocional negativa, para facilitar el intercambio y la flexibilidad en su ejecución, lo que ayuda a evitar el agotamiento del depositario único. Las técnicas o instrumentos sugeridos para identificar los roles familiares incluyen la observación directa durante las entrevistas y el interrogatorio directo sobre los mismos, ¿Quién de ustedes cuida al paciente y hace las curaciones?, si Erika

es la buena, por cooperar y apoyar en la atención del paciente, ¿quién no lo es o quién no lo hace?

- g. Los sistemas de control de conductas:** todas las familias tienen reglas y en todas es necesario un sistema de control que apoye en sus integrantes el aprendizaje de las reglas de comportamiento social o de socialización. El aprendizaje–enseñanza de los comportamientos sociales se da a través de dos dimensiones del ejercicio de la autoridad: la disciplina y la constancia. La disciplina se ejerce a través de dos dimensiones del comportamiento jerárquico, a saber: la exigencia, la cual se refiere al énfasis de la autoridad en el control, la supervisión y la promoción del comportamiento maduro y responsable de las personas a su cargo, esto es con reglas claras y conductas congruentes; y la responsividad o la transmisión del calor emocional o afecto, la cual se refiere al énfasis de la autoridad en el intercambio de afecto constructivo y en la aceptación de las personas a su cargo, con sus características reales. Y la constancia, que implica la persistencia en el tiempo de la aplicación de las reglas familiares.

Los sistemas de control de conductas incluyen el control Instrumental, que consiste en dar o quitar cosas, permisos, privilegios, etc.; el control psicológico, que consiste en dar o quitar elogios, reconocimientos y críticas, señalar errores, etc.; y el control corporal, que consiste en usar el contacto físico, como dar palmadas o abrazar, u otros acercamientos físicos para reconocer, premiar o estimular una conducta, o bien sujetar, golpear u otros acercamientos físicos para reprimir una conducta. El estilo de socialización democrático o autorizador (estilo de enseñanza) es el más recomendable; se ejerce con el uso de las siguientes técnicas, en el orden que aparecen:

1. Inducción (enseñar a razonar o reflexionar sobre las consecuencias de las conductas).
2. Dar, recibir y quitar afecto.
3. Dar, recibir y quitar privilegios.
4. Usar la fuerza verbal, para frenar el impulso con exhortos y frases dirigidas a pensar en las consecuencias de su conducta en sí mismo y en los demás.^{11,17–19}

- h. Creencias sobre la salud y la enfermedad:** las creencias son elaboraciones cognitivas que las personas hacen o adquieren a lo largo de los años mediante sus experiencias personales y familiares con los asuntos de salud o las enfermedades a las que se enfrentan como individuos o grupo; condicionan su comportamiento, cooperación y apego a las indicaciones y tratamientos, de ahí su importancia.

Las técnicas sugeridas para obtener la información sobre las creencias acerca de la salud y la enfermedad incluyen un interrogatorio directo y dirigido sobre los conocimientos que tienen sobre la enfermedad; un interroga-

torio directo sobre las experiencias que poseen sobre la enfermedad, en familiares y conocidos; y un interrogatorio directo sobre las expectativas que tienen sobre el tratamiento, la evolución y el pronóstico. La información obtenida será usada para la elaboración de las intervenciones educativas o cognitivas del programa de atención, sea para: modificar mitos (falsas creencias), para ofrecer conocimientos adecuados y para ofrecer capacitación específica si se requiere. La educación durante las entrevistas debe cubrir estos temas programados por áreas secuenciales, de forma que unos se conecten con los siguientes, expuestos con orientación práctica, lenguaje sencillo y de ser posible con verificación de su entendimiento y dominio. Las tareas durante la consulta o entre una y otra deben cubrir actividades nuevas o diferentes y al mismo tiempo buscar que sean motivadoras y que su ejecución incite a los pacientes a desear realizarlas de nuevo (retroalimentación positiva).

- i. **Alianzas y coaliciones:** en cualquier sistema humano, en especial en la familia, se identifican con facilidad los subsistemas o díadas, constituidas por dos personas. En 1978 Bowen describió el subsistema de tres personas, al que llamó triángulo, y lo identificó como el más estable por su propiedad para disminuir el estrés, la ansiedad, las preocupaciones y las demandas en el resto de la familia. En 1980 Ackerman agregó que el subsistema original o díada disfuncional (padre–madre) al llegar a un punto en el que el estrés era imposible de manejar, jalaban o succionaban a otro integrante de la familia, generalmente vulnerable (un hijo, un viejo o una persona con discapacidad o enferma) y dicha persona los ayudaba a disipar el estrés. En 1974 Minuchin hizo una aportación sobre la triangulación en su teoría estructural de la familia y describió tres tipos o formas —la triangulación, la coalición estable y el rodeo. Las tres descripciones disfuncionales de familias involucran a un tercero en el conflicto, con lo cual disminuye el estrés; la familia encuentra un equilibrio y estabilidad, pero sin solucionar el problema o la fuente del estrés, con lo que a mediano plazo la persona más afectada es el tercero involucrado, quién suele ser inmaduro, inefectivo, seudoindependiente y con dificultades para establecer relaciones extrafamiliares estables. La habilidad técnica más importante del médico familiar en la dimensión sobre la funcionalidad familiar es apoyar a sus pacientes y sus familiares a cumplir o llevar a cabo las funciones familiares de acuerdo con el tipo de familia y la etapa del ciclo vital que viven.

Recursos familiares

Las familias disponen de tres tipos de recursos, que son:

- Los recursos personales son las capacidades que desarrollan y poseen los integrantes de una familia, los más importantes son el amor propio o autoestima altos, el sentido de autoeficiencia —depende de la confianza y seguridad en su capacidad para un desempeño adecuado y efectivo— y—los procesos cognitivos específicos, que incluyen el proceso de solución de problemas, el proceso de toma de decisiones, el proceso de expresión de emociones constructivas y los hábitos y costumbres de vida saludables.
- Los recursos familiares incluyen sentido de pertenencia, sentido de identidad, seguridad de intercambio afectivo, apoyo y solidaridad, creencias sobre la salud y la enfermedad, fe religiosa compartida, grados educativos alcanzados por sus integrantes y disponibilidad de bienes e ingresos económicos de sus integrantes.
- Los recursos extrafamiliares comunitarios o sociales incluyen familia extendida, amigos, vecinos, compañeros del trabajo, de la escuela, de la iglesia, etc., grupos de autoayuda o de ayuda, recursos médicos institucionales y privados, organizaciones gubernamentales de ayuda y organizaciones no gubernamentales de ayuda.^{11,23}

Intervenciones

Las intervenciones consisten en compartir o transmitir información específica, adecuada y actualizada de un evento, problema o enfermedad al paciente y a su familia, con el objetivo de apoyarlos a lograr cambios en su manera de explicar lo que perciben, lo que piensan, lo que sienten y lo que deciden hacer o expresar como conductas. Las intervenciones también pueden ser identificadas como tareas o indicaciones a realizar durante la entrevista o fuera de ella entre una y otra cita. Las intervenciones, tareas o indicaciones deben ser directas, con una descripción clara y detallada de sus pasos; es recomendable verificar con los pacientes que se haya captado y entendido bien todo el proceso, ya que la siguiente cita se revisarán la ejecución de los pasos y los resultados. Las intervenciones, tareas o indicaciones deben dirigirse a que los pacientes y sus familiares se esfuercen o canalicen su energía en dos direcciones: lograr conocimientos que expresen sus sentimientos y hagan cosas nuevas o diferentes, pero mejores, y dejar de hacer las cosas inefectivas, molestas o destructivas que hacían.

Las intervenciones, tareas o indicaciones pueden ser:

1. Cognitivas o educativas.
2. Emocionales:
 - a. Aprender a identificar sus emociones.
 - b. Aprender a frenar su expresión destructiva.

- c. Aprender a expresar sus emociones de forma constructiva.
- 3. Conductuales:**
- a. A nivel personal (hábitos y costumbres).
 - b. A nivel relacional, por ejemplo, la familia con un paciente diabético con dificultades para seguir indicaciones dietéticas:
 - Apoyarlos a hacer algo nuevo o diferente:
 - Intervenciones o tareas cognitivas o educativas, ofreciéndole información verbal, escrita o audiovisual sobre una alimentación normal, en especial en personas diabéticas; recomendarle libros sobre el tema para intercambiar aspectos de su lectura orientados a superar dudas o hábitos perjudiciales; recomendar su inscripción en cursos sobre alimentación, etc.
 - Intervenciones o tareas emocionales, motivándolo a identificar las emociones, sobre todo las negativas y las asociadas a la enfermedad, y lo difícil, irritante y frustrante que pueden resultar los esfuerzos para modificar los hábitos dietéticos, así como a reflexionar sobre las formas constructivas de expresar esas emociones.
 - Intervenciones o tareas conductuales, señalándole la importancia de seguir las indicaciones y las tareas educativas, como leer, asistir a cursos o buscar y comprar un libro, los cuales implican cambios o conductas nuevas (desarrollo de hábitos personales). Si se identifican opciones diferentes de expresión emocional, motivarlo a llevarlas a la práctica como conductas nuevas más responsables (opciones constructivas). Es útil identificar y negociar con ellos pequeños cambios en la dieta, como son usar cubiertos, servir en platos más pequeños, masticar un poco más los alimentos, comer una tortilla y tomar agua de frutas de temporada (desarrollo de hábitos personales).^{24,25}

Evaluación del proceso de trabajo con familias

La evaluación se hace al reflexionar sobre el proceso de atención y los cambios obtenidos. El primer paso es recordar el contrato de trabajo y sus acuerdos de atención, los cuales fueron el punto de partida. Los resultados obtenidos se evalúan a través de los cambios alcanzados en los acuerdos del contrato. Se evalúan las tres dimensiones de las intervenciones:

- 1. Cambios cognitivos o educativos:** ¿qué conceptos aprendieron?, ¿qué conocimientos de la enfermedad o problema de salud modificaron?, ¿qué conocimientos les ayudaron a tomar mejores decisiones sobre el diagnóstico y el tratamiento?

2. Cambios emocionales: ¿qué emociones identificaron asociadas a su enfermedad y problema de salud?, ¿cuáles de las emociones identificadas son destructivas?, ¿identifica formas diferentes de expresión constructivas?, ¿identifica las ventajas personales y familiares de estas nuevas formas de expresión?

3. Cambios conductuales. Se evalúan en dos niveles:

- Personal, ¿qué actividades nuevas o diferentes lleva a cabo?, ¿qué actividades dejó de hacer?
- Familiar, ¿qué actividades nuevas o diferentes llevan a cabo?, ¿qué actividades dejaron de hacer?

Los dos se cubren en los aspectos cognitivos o educativos, emocionales y conductuales, por ejemplo, la búsqueda de libros sobre alimentación del diabético cubriendo así dos aspectos, el educativo y el conductual. La persona siente enojo y lo expresa gritando y ofendiendo a su pareja; aprende a identificar la emoción y que la forma de expresión se puede cambiar, trabaja en aprender a identificar las cosas que le enojan, detiene los gritos, aprende a alejarse y a pensar en otras formas de expresión diferentes eligiendo otra más constructiva, y cubre el aspecto cognitivo al aprender que todos sentimos las emociones pero la forma en que las expresamos es aprendida y emocional. Después de revisar e identificar los cambios realizados por el paciente y su familia se procede a concluir y terminar el proceso acordado, las opciones en este punto son terminar el proceso por buena evolución, continuar el proceso con un nuevo contrato y decidir referir a otro especialista. Ante cualquiera de las tres opciones el médico familiar debe acordar con el paciente y su familia que continúa como recurso directo de la familia en la atención de cualquier otro problema de salud de cualquiera de sus integrantes.

Seguimiento

Los objetivos son revisar la permanencia de los cambios, identificar los cambios nuevos que pueden surgir de los anteriores, motivar a continuar con los esfuerzos, señalar que la familia es y será el principal y más importante recurso de las personas, y señalar que el médico familiar está y estará a su disposición. El seguimiento permite aplicar el principio de continuidad de la atención que ofrece el médico familiar, así como parte de la disponibilidad permanente que el médico ofrece a los pacientes y sus familiares de estar siempre para ellos, a lo largo del tiempo, en el consultorio o en el lugar que se le requiera y su rol como coordinador de la atención cuando varios colegas necesitan involucrarse en el proceso de atención. La base es acordar un promedio de dos a tres citas programadas de seguimiento; la primera se puede fijar 15 días después del cierre del proceso, la segunda un mes

a partir de la primera cita de seguimiento y la última entre uno y dos meses después de la segunda.

CONCLUSIONES

Después de más de 30 años de aplicar el Modelo de atención de trabajo con familias en su práctica profesional tanto institucional como privada y como profesor del Departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario “Dr. José E. González”, desde 1980, el autor principal puede afirmar que el Modelo de atención de trabajo con familias o biopsicosocial es integral, más efectivo y de mayor satisfacción para los pacientes y sus familiares, y para los médicos familiares. Al incorporar las habilidades terapéuticas de apoyo psicológico y las habilidades terapéuticas interpersonales y familiares a sus habilidades médicas aumenta su capacidad resolutive en su práctica en atención primaria. Al aplicar dicho modelo se convierte en el único especialista médico con este perfil.

REFERENCIAS

1. **Garza ET et al.:** Proceso para llegar a ser enfermo y paciente. Su importancia para construir una relación médico–paciente–familia de colaboración. En: Garza ET: *Trabajo con familias*. UANL, 2009:89–110.
2. **Seally CJ:** *Working with the families in primary care*. Praeger, 1983.
3. **Garza ET:** Trabajo con familias. Aplicaciones. En: Garza ET: *Trabajo con familias*. México, UANL, 2009:123–124
4. **Garza ET:** Trabajo con familias. Aplicaciones. En: Garza ET: *Trabajo con familias*. UANL, 2009:125–126.
5. **Garza ET et al.:** Proceso para llegar a ser enfermo y paciente. Su importancia para construir una relación médico–paciente–familia de colaboración. En: Garza ET: *Trabajo con familias*. México, UANL, 2009:99–98.
6. **Garza ET:** Trabajo con familias. Aplicaciones. En: Garza ET: *Trabajo con familias*. México, UANL, 2009:127.
7. **Ramírez AJM:** Trabajo con familias. Conceptos. En: Garza ET: *Trabajo con familias*. México, UANL, 2009:116.
8. **Garza ET:** Trabajo con familias. Aplicaciones. En: Garza ET: *Trabajo con familias*. México, UANL, 2009:128–130.
9. **Gómez GC:** El familiograma. En: Garza ET: *Trabajo con familias*. México, UANL, 2009: 155–168.
10. **McGoldrick M, Gerson R:** *Genogramas en la evaluación familiar*. Buenos Aires, Gedisa, 1987.
11. **Garza ET:** Formato para la evaluación familiar. En: Garza ET: *Trabajo con familias*. México, UANL, 2009:207–214.
12. **Garza ET:** Desarrollo familiar. En: Garza ET: *Trabajo con familias*. México, UANL, 2009: 43–52.

13. **Martínez LF:** Eventos críticos. En: Garza ET: *Trabajo con familias*. México, UANL, 2009.
14. **Garza ET:** Conceptos básicos de familia En: Garza ET: *Trabajo con familias*. México, UANL, 2009.
15. **Bishop DS:** *The challenges of chronic illness*. Williams and Wilkins, 1980
16. **Gómez GC:** Funciones de la familia. En: Garza ET: *Trabajo con familias*. México, UANL, 2009:35–42.
17. **Garza ET et al.:** Proceso para llegar a ser enfermo y paciente, su importancia para construir una relación médico/paciente/familia de colaboración. En: Garza ET: *Trabajo con familias*. México, UANL, 2009:89–110.
18. **Garza ET:** Instrumentos para valorar la funcionalidad familiar. En: Garza ET: *Trabajo con familias*. México, UANL, 2009:179–184.
19. **Garza ET:** Entrevista familiar. En: Garza ET: *Trabajo con familias*. México, UANL, 2009: 186–194.
20. **Bowen M:** *De la familia al individuo*. Barcelona, Paidós, 1991.
21. **Ackerman NH:** *Psicoterapia de la familia neurótica*. Paidós, 1980.
22. **Minuchin S:** *Familias y terapia familiar*. México, Gedisa, 1989.
23. **Martínez LF:** Recursos familiares. En: Garza ET: *Trabajo con familias*. México, UANL, 2009:195–200.
24. **Garza ET:** Medicina familiar. 13–20 En: Garza ET: *Trabajo con familias*. México, UANL, 2009:13–20.
25. **Watzlawick P:** *Cambio*. Herder, Barcelona, 1976.
26. **Fishman HC:** *El cambio familiar. Desarrollo de modelos*. México, Gedisa, 1990.

Impacto epidemiológico y demográfico del médico familiar

*Jorge Leonel Leal Lozano, José Julio Villarreal Morales,
Abel Refugio Hinojosa Garza*

INTRODUCCIÓN

La medicina familiar dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) inició como especialidad en 1971 y fue reconocida por la Universidad Nacional Autónoma de México en 1974.¹ Ambas instituciones coincidieron con el proceso de la transición demográfica y epidemiológica en la República Mexicana; el efecto de uno sobre el otro es evidente y ambos tienen una relación sistémica, es decir, lo que sucede en una repercute en la otra. El IMSS cuenta con especialistas en medicina familiar que otorgan una atención de excelencia. Para su logro en su formación de posgrado se lleva en sí implícito en su currículo, el estudio de algunas ciencias, entre las que podemos mencionar la epidemiología, la demografía y la salud comunitaria, que refuerzan su preparación académica teórica y práctica, conllevando a la integración de un concepto más amplio de atención integral al derechohabiente y su familia, y del contorno socioeconómico en el que se desenvuelve cada uno de los individuos. Este entrenamiento previo, enriquecido con las múltiples experiencias de la actividad médica que día a día brinda el médico familiar en este gran Instituto, logra incrementar la calidad y la esperanza de vida de la población protegida por las diferentes áreas de acción de los programas institucionales.

La rápida transformación demográfica disminuyó la tasa de crecimiento en las siete décadas pasadas, principalmente las últimas cinco, también se han reducido significativamente la morbilidad y la mortalidad. Demográficamente los servicios de salud se han acercado más a la población, con lo cual se incrementó el

número de derechohabientes, alcanzando un mayor bienestar económico y social.²

DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

El médico familiar que atiende en forma continua e integral al individuo y a su familia tiene como herramienta la epidemiología, que es una ciencia que se fundamenta en el método científico para obtener una impresión del proceso salud-enfermedad. Como disciplina científica analiza la forma de distribución, la frecuencia y las causas relacionadas que determinan y predisponen el desequilibrio de la salud. En el campo de la epidemiología se interrelacionan las ciencias biomédicas y sociales para el estudio, control y cuidado de la salud, descubriendo patrones de persona, tiempo y lugar geográfico repetitivos que se pueden predecir con antelación para beneficio de los individuos, al evitar la presentación del daño, sin el perjuicio económico y social que esto implica. Dichas ciencias se unen a la demografía, que estudia la estructura, la evolución, la dimensión, el proceso, la formación, la conservación, la dinámica y las características generales de la población humana. Esta interacción permite realizar programas específicos enfocados en la población de acuerdo con la edad, el sexo, la temporada del año y una localidad determinada para prevenir y limitar el daño.

Se busca revisar el entorno de la medicina familiar y su relación con la transición demográfica y epidemiológica, señalando el impacto y la transcendencia de ambos en los indicadores de salud.

DESARROLLO DEL TEMA

En el decenio de 1970 la especialidad de medicina familiar surgió con un enfoque académico dirigido a la atención preventiva y a la salud comunitaria. El perfil del especialista estaba dirigido a la atención integral y sistémica de la familia, pretendiendo responder a las necesidades de su entorno y a las condiciones políticas y sociales. La especialidad consolidó su presencia en la siguiente década, con la formación en los primeros 10 años de aproximadamente 3 000 nuevos especialistas, impactando en lo sucesivo con sus actividades en el Sistema Nacional de Salud. Su crecimiento se fortaleció gracias a las declaraciones de Alma Ata en 1978. Los nuevos médicos familiares iniciaron su misión en el IMSS como parte de un nuevo sistema médico que pretendía transformar la atención primaria de la salud, siendo la planificación familiar uno de sus programas prioritarios.

En 1974 en el marco del artículo 4 de la Constitución General de la República, el presidente promulgó la Ley General de Población y por mandato de ésta se creó el Consejo Nacional de Población.³ Dicha ley consagró el derecho de todos los individuos o parejas para decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, y estableció la obligación al Estado y por consiguiente a sus instituciones de proporcionar los medios que se requirieran para lograrlo. La consecuencia fue trascendental en la historia de la salud del país, pues logró que las instituciones generaran acciones organizadas y fortalecidas para otorgar servicios de salud reproductiva.

Las condiciones demográficas se encontraban en su máximo histórico; la tasa de natalidad, la tasa global de fertilidad y la salud de la mujer requerían un mejor control, ya que las proyecciones eran alarmantes; incluso se llegó a prever que para 2000 la población podría llegar a 148 millones de personas.⁴

El especialista en medicina familiar, con tres años más de capacitación y educación adquirió mayor habilidad y destreza, con lo cual respondió a las condiciones y necesidades de atención primaria a la salud, contribuyendo de manera trascendental con las actividades de planificación familiar y salud reproductiva. Compartió el conocimiento con otras especialidades, integrando las ciencias biomédicas y sociales, para ver a la persona en forma integral, con todos sus aspectos biopsicosociales y un enfoque sistémico, en quien se esperaba que fuera capaz de resolver de 80 a 90% de los problemas de salud.¹

El IMSS sigue comprometido en sus políticas, programas y metas, y fortalece su infraestructura, ya que se encuentra obligado a rendir cuentas y a entregar resultados en materia de salud reproductiva y un mejor control del crecimiento de la población. En las primeras décadas el médico familiar del IMSS recién egresado de la especialidad recibió el compromiso de impactar en su población para atender el reto de la planificación familiar; consciente del descontrol del crecimiento demográfico, fue orientado para laborar en equipo con personal de otras categorías, participando significativamente en las unidades de primer nivel, en la orientación a la pareja, en la consejería reproductiva y en la detección del riesgo reproductivo mediante el uso de un formato específico (MF7), aplicado a las mujeres en edad fértil previa aceptación de la mujer. Todo esto se presentó en pacientes en edad fértil con vida sexual activa y en mujeres en el puerperio fisiológico o en intervalo, con el fin de espaciar la frecuencia de los embarazos mediante métodos temporales y definitivos puestos a disposición incluso de la población no derechohabiente. En los varones se impulsó la vasectomía.

En los albores de la medicina familiar el médico ya disponía de herramientas institucionales de control, que le permitían cuantificar la población en riesgo, las mujeres en edad fértil y la cobertura por método, como fueron las tarjetas RF 1 y SIVE (registro familiar y sistema de vigilancia epidemiológica). Cuando dichos documentos se utilizaron correctamente permitieron obtener información

del núcleo familiar, información demográfica de la población adscrita a su consultorio y de los factores de riesgo y las coberturas. Se podrían considerar los precursores del expediente electrónico y de los cuadros de salida del sistema de medicina familiar por consultorio, pero con enfoque en la salud de la familia.

Las disposiciones de la Ley General de Población trascienden a las instituciones de salud y en particular al IMSS, el cual le da prioridad al Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva, estableciendo metas que terminan contribuyendo a impactar en los principales indicadores de crecimiento demográfico. La actuación en cumplimiento de lo anterior permitió que el médico familiar y el equipo de atención primaria participaran en gran medida a cambiar, para bien los indicadores de salud.⁵

En 1970 la población en México era de 48.2 millones, pero después de 40 años se incrementó a 112.3 millones según el censo de población y vivienda 2010. El crecimiento natural de la población se redujo de 34.6 a 13.1 por cada 1 000 habitantes. La tasa de natalidad descendió drásticamente de 46.1 en 1960 a 18 por 1 000 habitantes en 2009. Por su parte, la tasa de mortalidad en el mismo periodo igualmente se redujo de 11.5 a 4.9 defunciones por 1 000 habitantes. En el caso de la mortalidad infantil (menores de un año de edad) la caída fue impactante, ya que pasó de 73.8 a 14.7. La tasa global de fecundidad mejoró de 6.56 a 2.2 hijos en 2005. Los nacimientos por cada 1 000 mujeres en edad fértil presentaron un decremento de 200 a 87 en 2005.⁶

Por su parte, la esperanza de vida al nacer sufrió un impacto positivo, al subir de 58.9 en 1960 a 75.3 años en 2009. La esperanza de vida diferenciada por el sexo ascendió en el hombre de 57.6, en 1960, a 72.9 años, en 2009, y la esperanza de vida para la mujer presentó un mayor incremento, al subir de 60.3 a 77.6 años, por lo que en la actualidad al nacer una mujer se espera que viva 15 años más que en 1960. El resultado anterior está directamente relacionado con la reducción de las tasas de la mortalidad perinatal y de la mortalidad general y específica.

Entre 1965 y 1968 la tasa global de fecundidad alcanzó su máximo histórico en México al estimarse en 7.09 hijos por mujer, producto de una política anterior de posguerra y del crecimiento económico.⁷ Esta cifra reportada es propia de los países con un mínimo o nulo uso de métodos anticonceptivos. En 2010 la Tasa General de Fecundidad fue cercana a dos hijos promedio por mujer en toda su vida fértil. En 1976 sólo 3 de cada 10 mujeres en edad fértil unidas regulaban su fecundidad mediante el uso de algún anticonceptivo. En 1987 esta proporción aumentó a 5 de cada 10 y en 2009 se elevó a poco más de 7 de cada 10.⁸

El cambio más relevante de esta época relacionado con la planificación familiar es el que se observa en el porcentaje de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos, el cual aumentó de 23.1 en 1976 a 41.5% en 1982, según la Encuesta Nacional Demográfica. Esta situación se confirmó según el reporte de la publicación *La revolución demográfica en México*, en la que se señaló que para 1976 en-

tre 21 y 26% de las mujeres utilizaban algún método. Para 2003, según la Encuesta Nacional de Coberturas realizada por el IMSS, más de la mitad de los métodos otorgados a la población fueron proporcionados por el mismo.

El final de la tercera etapa de la transición demográfica está ocurriendo al disminuir las tasas de natalidad y fecundidad y aumentar las esperanza de vida, por lo que debemos estar preparados para ingresar en las próximas décadas al régimen demográfico moderno con nulo crecimiento natural.

Al analizar la mortalidad general se observa que las causas de defunción reciben el impacto de la transición; de esta manera, en 1970 23.1% del total de causas de muerte eran las enfermedades infecciosas. En 1997 esta causa sólo representaba 3.9%, mientras que las causas no infecciosas se incrementaron, ya que en 1988 representaron 42% y para 2010 constituían 77% del total de defunciones. Como ejemplo, las enfermedades transmisibles que disminuyeron en el periodo de 1976 a 2011 como causa de mortalidad incluyen las neumonías, las infecciones del periodo perinatal, las enfermedades infecciosas intestinales y la tuberculosis pulmonar; la principal causa del incremento de la mortalidad de las enfermedades no transmisibles es la diabetes mellitus.

La muerte materna que ocurre durante el embarazo, el parto y el puerperio fue controlada en las últimas cuatro décadas a nivel nacional, dado que en 1970 las defunciones se redujeron de 143 a 42.8 por cada 100 000 nacimientos.⁹ Por lo anterior, resulta claro que la aplicación de los programas institucionales de atención materno-infantil ha sido exitosa. Por otra parte, en el primer nivel de atención en estos últimos 40 años han mejorado la oportunidad y calidad del control prenatal con el uso de guías clínicas, que son actualizadas para una mejor vigilancia médica del embarazo y el puerperio. La detección oportuna del riesgo reproductivo y obstétrico, la educación sobre datos de alarma, la solicitud de reconquistas de remisas y el trabajo en equipo son algunas de las actividades que ha realizado el médico familiar, con el fin de completar la atención médica y asegurarse de que se dé en forma integral. El diagnóstico oportuno de complicaciones del embarazo y el puerperio que ponen en riesgo de morir a la madre y a su bebé le ha permitido al médico establecer el tratamiento o efectuar la referencia a los servicios de obstetricia. El hecho de que esta actividad se haya realizado con eficiencia en incontables ocasiones en las consultas de control prenatal en medicina familiar ha sido el detonador que permitió obtener este resultado de alto impacto e indudable trascendencia para la familia, la pérdida de una mujer durante el embarazo, el parto, la cesárea o el puerperio es una tragedia para la familia y un gran impacto en salud pública. El reto será siempre lograr la atención materna sin que se presente ninguna muerte evitable.

El IMSS aplicó en 1970 poco más de tres millones y medio de vacunas, pero para 2007 se aplicaron 42 millones de inmunizaciones.¹⁰ El médico de primer nivel participó de manera importante al asegurar las coberturas de inmunizaciones

en las consultas de atención y control del niño. Las infecciones intestinales y parasitarias dejaron de ocasionar 23.1% del total de las defunciones en 1970 y fueron responsables de sólo 3.5% del total de muertes en 2007. Entre los factores que se relacionan con este impacto, además de las medidas en materia de salubridad general a la comunidad, como son la introducción de los servicios de agua potable y alcantarillado, trascendió la educación para la salud a través del programa de fomento y medidas simples pero importantes para la salud, como lavarse las manos y tomar agua potable o hervida, o los tratamientos dirigidos a toda la comunidad, como los programas de desparasitación intestinal a la población asintomática y la gran cobertura realizada durante muchos años acerca de la rehidratación oral, mediante la dotación de sobres y educación a todas las madres de niños menores de cinco años acerca del diagnóstico, la atención oportuna y la referencia de los casos de deshidratación. De la misma forma se otorgaron consultas al niño sano, con acciones programadas y específicas en razón de la edad —menores de un año, de uno a cuatro años y menores de 10 años—; todas estas acciones fueron realizadas primordialmente por el equipo de atención primaria a la salud, equipo en el cual el médico familiar ha participado individualmente en su consultorio o en equipo y como líder, al indicar y procurar la cobertura de su población adscrita en cada unidad médica.

Al reducir las tasas de fecundidad, mortalidad infantil y natalidad e incrementarse la expectativa de vida el sistema de salud, el médico familiar debe atender ahora una nueva realidad demográfica y epidemiológica. El entorno del médico familiar ha cambiado drásticamente; ahora debe continuar atendiendo enfermedades infectocontagiosas con sus pandemias, epidemias o endemias emergentes, y seguir como primer responsable de la salud materno–infantil y de la salud reproductiva, pero ahora las enfermedades crónico–degenerativas incrementan su incidencia y prevalencia como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, lo que genera mayor número de referencias y medicamentos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos más costosos.

Al mismo tiempo que la población envejece, se enferma y muere más por enfermedades crónico–degenerativas, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los tumores, el diagnóstico y tratamiento es más prolongado y se requiere mayor atención del médico y el paciente y su familia.

La diabetes mellitus dejó de representar 3.3% de todas las defunciones en 1970, para llegar a 12.6% en 2007. Los tumores se incrementaron como causa de muerte, ya que en 1970 ocasionaban 4% y en 2007 el INEGI reportó 11.8%.

La prevención, el diagnóstico oportuno, la referencia ante la presencia de complicaciones y el apego a las guías clínicas para mantener el control en su manejo es la tarea diaria del médico familiar, aunque existe una prevalencia creciente de pacientes con enfermedades crónico–degenerativas y un porcentual de defunciones por tumores en general.

Es conveniente señalar que las coberturas crecientes de detección oportuna han permitido mejorar el pronóstico y la sobrevivencia de muchos pacientes, sobre todo en el caso de cáncer de cérvix y de mama. La cobertura de detección de cáncer cervicouterino en el IMSS de primera vez se reportó por arriba de 24% entre 2003 y 2006, lo cual se relaciona con la disminución de la mortalidad en más de 30%.⁸

En el IMSS las unidades de medicina familiar inician la detección de cáncer de mama con mastografía en 2004; en 2006 su cobertura fue de 22.1%. El impacto financiero al Instituto por el gasto destinado a atender enfermedades crónico-degenerativas en virtud de su costo está representado por los recursos utilizados para atender principalmente la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la insuficiencia renal, el cáncer cervicouterino, el cáncer de mama y VIH-SIDA.¹¹ Es por ello que el factor económico se debe considerar para invertir o dirigir el gasto a la educación, prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, siendo fundamentales las actividades del médico familiar y su equipo de salud.

La suficiencia de los presupuestos y recursos financieros de las instituciones de salud es afectada en forma negativa por los cambios en la morbilidad y la mortalidad, por la mayor esperanza de vida y también por la actualización tecnológica de los equipos e insumos. En resumen, en la actualidad existe una mayor población asegurada, mayor número de consultas y procedimientos médicos, pacientes con enfermedades crónicas, medicamentos de patentes más caros y múltiples prescripciones de medicamento. Además, en el IMSS la fortaleza de las finanzas del seguro de pensiones es puesta a prueba, ya que además de subir el monto total de personas pensionadas también tendrá que pagarlas durante más años.

La proporción de la población mayor de 65 años de edad adscrita a médico familiar se incrementó dos puntos porcentuales en los últimos 10 años. La población de 45 a 64 se incrementó 4.3 puntos porcentuales en el mismo periodo.¹² Hace 30 años la morbilidad y la mortalidad estaban marcadas por altas incidencias de enfermedades agudas, infectocontagiosas y transmisibles, como gastroenteritis, influenza, neumonías, amibiasis, parasitosis, escabiasis, tuberculosis, sífilis, tos ferina, hepatitis y desnutrición, además de bajas coberturas de detección —cáncer de cérvix y cáncer de mama. Todas ellas fueron, en parte, producto de las pobres condiciones socioeconómicas y de insuficientes actividades de educación, prevención y cobertura.

La situación epidemiológica entró en transición cuando, por un lado, se abatió la mortalidad de menores por enfermedades agudas, como las infecciones respiratorias y diarreicas agudas, pero por otro lado la población adulta vive más pero también está más tiempo expuesta a factores de riesgo, por lo que presenta una mayor morbilidad de enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas, y demandan una mayor atención para evitar o controlar las complicaciones.

En este ámbito el médico familiar se encuentra como figura central del equipo de salud, ya que debe fomentar, facilitar y participar para que se oriente y eduque en temas de salud a su población; debe identificar factores que incrementan los riesgos, detectar enfermedades y complicaciones en forma oportuna, además de asegurarse de que se refiera con congruencia y eficiencia, manejando con responsabilidad los recursos destinados a mantener y recuperar la salud de los pacientes adscritos.

Además, el médico familiar debe estar atento a la aparición y diagnóstico oportuno de enfermedades transmisibles emergentes. Como fue el caso del inicio del sida en 1983 o su asociación con la tuberculosis y el repunte de la resistencia de ésta. Entre 1983 y 1995 se diagnosticaron en el IMSS 9 219 pacientes con sida y desde entonces el equipo tendría nuevas actividades preventivas educativas de detección y control. En 1989 y 1990 el médico familiar y el equipo de atención primaria enfrentaron la pandemia de sarampión con más de 6 000 defunciones en México, siendo la quinta causa de muerte en 1990, por lo que fue necesario reforzar la vacunación en los niños de entre 6 meses y 12 años de edad, así como la búsqueda y control de casos. En 1991 surgió el cólera en México, por lo que se tuvo que reforzar el fomento permanente de las actividades higiénicas de detección y control, situación que nuevamente movilizó al sistema de salud.¹¹

En 2009 y principios de 2010 se presentó la epidemia de influenza (N1H1), ante lo cual el médico de primer contacto y su equipo de salud debieron adoptar como nunca antes en la historia de la medicina familiar medidas específicas de prevención, protección específica detección oportuna, control y tratamiento. El temor del médico de contagiarse fue evidente, así como el riesgo de transmitir la influenza a su familia; en algunos casos fue inevitable, causándole angustia ante su virulencia y la gravedad de las complicaciones.

La desnutrición infantil es un problema que afortunadamente se controló, pero la mala nutrición continúa. Al mejorar algunos indicadores económicos, pero al empeorar los estilos de vida han surgido con mayor magnitud y trascendencia el sobrepeso y la obesidad. En 1988 hasta 6% de los niños menores de cinco años fueron considerados desnutridos agudos o en riesgo, en 1999 2% de los niños fueron considerados en esta etapa y en 2006 se consideró que 1.6% eran emaciados o desnutridos agudos, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición reportada por CONEVAL en julio de 2009. En este tiempo el médico familiar y su equipo realizaron el control del niño sano y la dotación de leche (ENN-1988, ENN-1999 y ENSANUT-2006).

El comportamiento histórico de la diabetes mellitus en México presenta una tendencia creciente. Este padecimiento, según el informe al Ejecutivo Federal por parte del Consejo Técnico del IMSS, donde se analiza la situación financiera y los riesgos para 2011, este año ocupó el segundo lugar entre los principales motivos de consulta en medicina familiar de la población de 65 años de edad o mayo-

res, con 4 575 966 consultas. Representó 24.7% del total de la demanda de este grupo.

Asimismo, la diabetes en la Encuesta Nacional de Coberturas 2006 de PREVENIMSS reportó una prevalencia de 14.8%; 10% no conocían su diagnóstico hasta el momento de la encuesta donde se realizó la detección. Este índice, que es de casi el doble a lo reportado en el país en la ENSA 2000, la cual reporta una prevalencia de 8.7%. Por otra parte, según los anuarios de la Secretaría de Salud en 2011, el IMSS es la institución que más consultas y casos de primera vez reportó.

La hipertensión arterial “el asesino silencioso”, es un factor importante para presentar cardiopatía isquémica. La Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000) reportó que en México había una prevalencia de 30.05% en la población de entre 20 y 69 años de edad, la cual que aumenta hasta 59.5% en la población de entre 65 y 69 años, de la cual cerca de 61% ignoraban su enfermedad.¹¹ Por lo anterior, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y sus complicaciones son los principales problemas de salud del IMSS.

La actuación de la medicina familiar en el país no se debe desvirtuar; a veces se opaca lo que se hace bien, porque siempre se puede hacer mejor. Dejando sólo un momento las cifras y los porcentajes propios de la epidemiología, el médico debe hacer un diagnóstico oportuno, con un tratamiento integral que involucre a la familia y que permita que el paciente controle en diferente, pero mejor grado su enfermedad. El médico debe mantener la confianza del paciente, tratándolo como persona y miembro de una familia, de forma permanente, para atender su enfermedad y conservar la salud, lo cual es un logro que impacta y trasciende en mejores y más años de vida.

Fue necesario elaborar una herramienta práctica (valoración geriátrica integral) que le permita al médico identificar y diferenciar a la población geriátrica que amerita atención especializada de la que no, así como la puesta en práctica de estrategias para mejorar la condición de salud y mantener la autonomía funcional del adulto mayor.

La prevalencia de sobrepeso ha aumentado significativamente en el mundo. México no es la excepción. El país y EUA ocupan los primeros lugares de prevalencia mundial. La Encuesta Nacional de Nutrición (1999) mostró que 19.5% de los niños escolares tenían sobrepeso.¹³ En la actualidad, el equipo de salud enfrenta nuevos retos que no fueron debidamente considerados en su inicio, ya que se tomaron como factores de riesgo, debiendo ser abordados como otra enfermedad. La tendencia en las diferentes encuestas en el país muestra que la prevalencia se ha triplicado en los últimos 30 años.

Los resultados de la ENSANUT 2012 muestran que el 35% de los adolescentes tienen sobrepeso y obesidad, con un índice de masa corporal mayor de 25 kg/m². En los adultos la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 71.28%, lo que re-

presenta 48.6 millones de personas.¹⁴ Esta encuesta arroja una mayor prevalencia en la población adscrita al IMSS (74.4%), pero menor en la población sin ningún tipo de aseguramiento.

Se considera que 80% de los casos de diabetes tipo 2, 55% de los casos de HTA y 35% de los casos de enfermedad cardiovascular isquémica son consecuencia del sobrepeso y la obesidad, situación que está trascendiendo significativamente en la salud de la población y es un factor determinante para la aparición temprana de complicaciones crónicas serias de la diabetes, hipertensión y de las enfermedades cardiovasculares responsables de más de un millón de muertes, y en la que el mismo médico familiar está inmerso en riesgo por los estilos de vida arraigados, sobre todo en los últimos 30 años.

De lo anterior se puede deducir que el impacto del Sistema Nacional de Salud sobre el sobrepeso y la obesidad es nulo si se analiza con estos resultados.¹⁴ Esta situación puede considerarse el principal reto no sólo para la seguridad social y para la medicina familiar, sino para el abordaje de todo el sistema de salud y de múltiples instituciones de una forma integral que permita darle continuidad en un entorno político social que siempre es complejo. En la última edición (mayo–junio de 2013) de la revista médica del IMSS fue publicada la Guía de Práctica Clínica de Prevención Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad Exógena. Por la magnitud, trascendencia, viabilidad y factibilidad de este grave problema se le debe dar prioridad en la jerarquización de la problemática de salud del país.¹⁵

CONCLUSIONES

Existe una relación directa entre el entorno político–social y las condiciones demográficas y epidemiológicas para el inicio y fortalecimiento de la medicina familiar como especialidad; asimismo, existe una relación directa entre el funcionamiento de la atención primaria a la salud y los resultados en los indicadores de salud que condicionan el inicio y el término de la transición demográfica y epidemiológica, propiciando nuevos enfoques. México debe planear e implementar estrategias multisectoriales y líneas de acción costo–efectivas dirigidas a la prevención y el control de las enfermedades crónico–degenerativas y malnutrición de los mexicanos. El médico familiar tiene el desafío de lograr atender la magnitud de la demanda creciente de su población y adquirir o mantener la competencia profesional, capacitándose en forma permanente para manejar mejor las enfermedades de una población de cada vez mayor edad, con una gran necesidad de atención y trato especial ante su creciente discapacidad para el autocuidado; esto irá en aumento cuanto más eficiente sea su trabajo e impacte en la mortalidad, aumentando la esperanza de vida.

El IMSS tiene la prioridad de enfocar y programar la atención médica para impactar en la problemática de salud. Es un reto que le exige adecuar su estructura y recursos, el cual constituye hoy uno de los más grandes retos para la medicina familiar y para el primer nivel de atención.

REFERENCIAS

1. **Saura J, Leal M, Rubio E, Monzó E, Martínez A et al.**: Evaluación de la formación en medicina de familia diferencias entre el posgrado y la formación continuada. *Arch Med Fam* 2010;12(3):93–102.
2. **Dewar VD, Villanueva GMN, Viscarra CSM**: Nueva estructura demográfica y familiar. Las megatendencias sociales actuales y su impacto. En: *La nueva estructura demográfica y familiar*. México, ITESM, 2009:95–103.
3. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: *Estadísticas históricas de México 2009*. México, 2010:15.
4. **Mendoza ME, Tapia G**: *Fondo de Población de las Naciones Unidas. Situación demográfica de México 1910–2010*. ONU, 2010.
5. Consejo Nacional de Población: *Programa Nacional de Población 2008–2012*. 1ª ed. México, CONAPO, 2008.
6. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: *Estadísticas históricas de México 2009. Tasa específica de fecundidad, global de fecundidad y bruta de reproducción. Años seleccionados de 1930 a 2005*. México, 2010.
7. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: *Estadísticas históricas de México 2009. Tasa específica de fecundidad, global de fecundidad y bruta de reproducción. Años seleccionados de 1931 a 1997*. México, 2010.
8. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: *Estadísticas históricas de México 2009. Nacimientos registrados, defunciones causadas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio y razón de mortalidad materna por entidad federativa. Serie anual de 1940 a 2007*. México, 2010.
9. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: *Estadísticas históricas de México 2009. Distribución porcentual de las defunciones generales registradas. Principales capítulos de causa de muerte y enfermedades seleccionadas. Años seleccionados de 1931 a 1997*. México, 2010.
10. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: *Estadísticas históricas de México 2009. Inmunizaciones aplicadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Años seleccionados de 1960 a 2007*. México, 2010.
11. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: *Estadísticas históricas de México 2009. Distribución porcentual de la evolución de las principales enfermedades como causa de muerte. Años seleccionados de 1922 a 2007*. México, 2010.
12. **Medina J, Pilar L, Cortés M, Durán MF, Esquivel G**: Guía de práctica clínica. Valoración geriátrica integral. *Rev Méd IMSS* 2011;49(6):669–684.
13. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: *Resultados nacionales obesidad en adultos: los retos de la cuesta abajo*. México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
14. **Vásquez E, Romero EM, Ortiz M et al.**: Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención del sobrepeso y la obesidad en pediatría. *Rev Méd IMSS* 2007;45(2):173–186.
15. **Barrera A, Ávila L, Cano E et al.**: Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. *Rev Méd IMSS* 2013;51(3):44–355.

Trabajo en equipo y el médico familiar

Juana María Rojas Flores, Ariana Ludivina Rodríguez Caballero

Si trabajamos con un objetivo común,
elevándonos por encima de nuestras individualidades,
unificamos criterios y superamos diferencias
habremos aprendido a trabajar en equipo
Gastón Arriagada Rodríguez¹

INTRODUCCIÓN

Mirando un poco hacia atrás...

Una organización es un sistema de actividades coordinadas de dos o más personas, en el que el trabajo en equipo y la búsqueda de objetivos comunes son esenciales para la subsistencia de la organización. Al final del siglo XIX el pensamiento sobre las organizaciones fue dominado por el movimiento del *management* científico, caracterizado por el trabajo de Taylor, Fayol, etc. Dichos autores clásicos se inspiraron en el principio del hedonismo, tan atractivo por los economistas liberales, en el cual los hombres trataban de obtener el máximo placer a cambio de un mínimo esfuerzo. Aplicado al mundo del trabajo, este principio llegó a una concepción de la naturaleza humana: “que los hombres sienten repugnancia por el trabajo, por el esfuerzo y la responsabilidad que implica”.

“Si trabajan”, es para obtener un salario (incitaciones económicas) que les permita satisfacer ciertas necesidades al margen del trabajo. Como son pasivos y carecen de interés por su trabajo, los hombres deben ser dirigidos y requieren un estricto control de su comportamiento. Por tanto, es una motivación económica la que empuja a los hombres a trabajar. Hacia 1925 surgió la escuela de relaciones

humanas, trayendo consigo un nuevo lenguaje en la administración: el proceso, cuyo objeto es la coordinación eficaz y eficiente de los recursos de un grupo social para lograr sus objetivos con la máxima productividad (Lourdes Münch Galindo y José García Martínez).

La experiencia de Hawthorne confirmó que las recompensas económicas no son la única motivación del hombre, sino que existen otros tipos de recompensas: las sociales, las simbólicas y las no materiales. Dicha escuela resaltó que los hombres en situación de trabajo no se encuentran aislados los unos de los otros, sino que están unidos entre sí por relaciones. Diversas circunstancias históricas, como la evolución del trabajo y la sindicalización, contribuyeron a hacer cada vez más problemático el control de lo que sería la parte social de las organizaciones; por lo cual se ha desarrollado una psicología social, centralizada principalmente en la motivación y el liderazgo. Las nuevas tendencias laborales y la necesidad de reducir costos llevaron a las empresas a pensar en los equipos como una forma de trabajo habitual. Alcanzar y mantener el éxito en las organizaciones modernas requiere talentos prácticamente imposibles de encontrar en un solo individuo. Las nuevas estructuras de las organizaciones, más planas y con menos niveles jerárquicos, requieren una interacción mayor entre las personas, que sólo se puede lograr con una actitud cooperativa y no individualista. La necesidad de trabajar en equipo llegó de la mano de propuestas, como calidad total, sistemas integrados de gestión, reingenierías y procesos de cambios, el Premio Nacional a la Calidad y los programas de integración regional, por mencionar algunos, que requieren la participación e interrelación de diversos sectores funcionales de las empresas.^{2,3} En el mundo actual, en el que con frecuencia se aplaude al que sobresale, al que por méritos propios logra ser “el mejor”, se le llega a minimizar y en muchas ocasiones se olvida la importancia del trabajo en equipo.⁴ Sin importar su desarrollo humano y la especialización, el médico no puede, con sus propias fuerzas y recursos, lograr el objetivo; aunque contara con la preparación para efectuar las tareas no tendría el tiempo suficiente para atender a todos los usuarios. Es imposible abarcar todas las áreas, por lo que el trabajo en equipo es imprescindible. En España, en el Modelo de atención primaria a la salud (1984–1996) se han identificado siete elementos básicos: abordaje integral de los problemas de salud, enfoque individual y comunitario, integración de las actividades curativas y de promoción/prevenición, programación y protocolización de la asistencia, utilización de soportes documentales y de registro específico, y desarrollo de actividades docentes y de investigación —en primer lugar se cita el trabajo en equipo.^{5,6}

Un equipo es una forma de organización particular del trabajo, en el que se busca en conjunto que aflore el talento colectivo y la energía de las personas. Esta forma de organización es particularmente útil para alcanzar altos niveles de calidad en la gestión de una institución o empresa. Para obtener resultados satisfactorios es imprescindible trabajar en equipo.

Cuadro 8-1.

Grupo de trabajo	Equipo de trabajo
Trabajan juntos	Trabajan de forma coordinada
Metas individuales	Meta común
Miembros intercambiables	Miembros complementarios

DEFINICIÓN

El trabajo en equipo se define como una integración armónica de funciones y actividades desarrolladas por diferentes personas.

El trabajo en equipo no se debe confundir con el trabajo en grupo. En el trabajo en grupo cada uno es responsable, únicamente, de las tareas que le corresponden, procurando metas individuales y esforzándose motivados por su propio beneficio. Cuando se trabaja en equipo todos comparten la responsabilidad de cumplir con las metas de la organización, llevando a cabo al unísono la misión de la organización.^{7,8} Esta motivación lleva a anteponer el éxito del equipo al propio lucimiento personal. Cada miembro trata de aportar lo mejor de sí mismo, no buscando destacar entre sus compañeros, sino confiando en que ellos harán lo mismo.

Faria de Mello (1998) señaló claramente las diferencias entre el trabajo en grupo y el trabajo en equipo (cuadro 8-1).

OBJETIVOS

Describir los elementos necesarios para desarrollar el trabajo en equipo y alcanzar las metas de la organización o institución.

1. Características del trabajo en equipo.
2. Propósitos del trabajo en equipo.
3. Trabajo en equipo y su organización
4. Trabajo en equipo y sus elementos fundamentales
5. Trabajo en equipo y sus adversidades.
6. Trabajo en equipo y sus beneficios.

El objetivo de trabajar en equipo representa un verdadero reto para el médico familiar, ya que en caso de no contar con las habilidades y capacidades necesarias deberá desarrollarlas para ejercer el papel de líder en el sistema de atención primaria.

Trabajo en equipo: generalidades

Para implementar el trabajo en equipo se requiere que las responsabilidades sean compartidas por sus miembros; se necesita que las actividades desarrolladas se realicen en forma coordinada, que se planifiquen los programas y que apunten a un objetivo común. Aprender a trabajar de forma efectiva como equipo requiere su tiempo, dado que se han de adquirir habilidades y capacidades especiales necesarias para el desempeño armónico de su labor.

El equipo de salud es la unidad fundamental para cumplir nuestra misión de proveer atención integral. Los equipos de salud deben ser “transdisciplinarios”, cuyo término constituye un concepto sobre el desarrollo de la función profesional e implica un cambio significativo en la dinámica del equipo. Una definición breve y completa es: “Relativo o perteneciente a una transferencia de información, conocimientos o técnicas a través de fronteras o campos disciplinarios”. En consecuencia, la acción transdisciplinaria promueve un intercambio y puesta en común de información, conocimientos, técnicas y entrecruzamiento reiterado de los campos tradicionales. El enfoque transdisciplinario supone el compromiso de enseñar–aprender–trabajar junto con las otras personas más allá de los límites de cada campo disciplinario. Cada equipo de salud debe estar integrado por los componentes que posibiliten el logro de los objetivos: médicos, enfermeras o auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales, asistentes de consultorio, nutricionistas, psicólogos, epidemiólogos, coordinadores de educación, etc.^{7,9}

Trabajo en equipo y su organización

Trabajo en equipo: punto de partida

En el trabajo de cualquier equipo existen tres componentes básicos:

- 1. Fin:** metas y objetivos a los que aspira el equipo. Los objetivos están especificados en la misión y visión de cada unidad. La visión de una organización es el querer ser; es la exposición clara que indica hacia dónde se dirige la institución en el mediano o largo plazo; aquí la pregunta a responder es: ¿en dónde queremos estar en los próximos años? La visión debe ser amplia, detallada, comprensible, positiva y alentadora, y debe incluir en cuánto tiempo lo lograremos. La visión no es sólo una idea que se nos ocurre, sino que debe dar respuesta a la pregunta: ¿qué queremos ser y cuándo lo lograremos? Los objetivos deben ser claros y ampliamente conocidos por todos los integrantes. En caso de no contar con los mismos convendrá diseñarlos en equipo, pero si el equipo cree que están incompletos, habrá que redefinirlos.¹⁰

2. Metodología: se refiere a las interacciones del equipo, a la organización interna. En las organizaciones exitosas cada integrante tiene definido un rol. El rol es el papel o función que tiene el individuo dentro de la organización. Las aptitudes son la disposición y capacidad para ejercer dicho papel. El trabajo se debe repartir entre los miembros del equipo, de forma apropiada, de acuerdo con sus aptitudes; es decir, cada quien debe realizar el trabajo para el cual está preparado. La división funcional del trabajo es la base de la organización interna, no la jerarquía.^{8,11} Un elemento crucial en el proceso de la organización para el trabajo en equipo es el líder, quien es el encargado de la coordinación, además de que define una dirección, organiza y motiva a las personas para alcanzar el objetivo. Es diferente al déspota, quien se impone por la fuerza; un jefe puede ser líder, un líder no requiere ser jefe. Un líder es la persona a quien se le sigue por sus cualidades y, aunque en muchas ocasiones no tenga un puesto superior, se le reconoce como autoridad.^{12,13}

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el médico familiar representa al líder del equipo y debe estar dispuesto a aprender y desarrollar un liderazgo efectivo para el cabal cumplimiento de la misión institucional,^{7,13} debido a que es él quien moldea o da forma a la estructura de cada grupo. El buen líder desarrolla equipos de trabajo, utilizando la mezcla adecuada de lealtad, motivación y confianza que todo ser humano necesita para creer y emprender en pos de los objetivos grupales. El liderazgo efectivo está orientado tanto a las tareas como a las personas; se debe tener tiempo para atender cuestiones personales sin descuidar las metas laborales. Peter Drucker, quien es considerado el más grande filósofo de la administración, afirma que “el liderazgo debe aprenderse y puede aprenderse”.¹⁴

3. Recursos: son las herramientas con las cuales cuenta el equipo —tiempo, presupuesto, apoyo administrativo y demás recursos indispensables— para llevar a cabo el trabajo.¹⁵

Trabajo en equipo y sus elementos fundamentales

Las cinco “ces” es una forma en la que se llama a las bases del trabajo en equipo, debido a que el nombre de cada uno de los elementos comienza con la letra “c”.

Ellos son confianza, compromiso, complementariedad, comunicación y coordinación.¹⁶

- **Confianza:** cada persona confía en el buen hacer del resto de sus compañeros. Se obtiene por el conocimiento mutuo, al confirmar las habilidades, capacidades y calidad humana de los miembros del equipo. No es posible delegar trabajo a alguien si no hay confianza. El médico familiar adquiere la

confianza del equipo cuando conoce la filosofía de la institución y coordina los esfuerzos para cumplir con los objetivos de salud. En 2001 en el IMSS se inició un programa de mejora en medicina familiar, el cual tiene como meta integrar los servicios de atención médica en el primer nivel concibiendo al médico familiar como el eje de dicho programa, líder en la organización del equipo de salud, quien debe demostrar las habilidades y capacidades para compartir responsabilidades y cumplir con la misión del Instituto.

- **Compromiso:** el compromiso se puede definir como una obligación contraída que incluye la identidad de grupo. Todos los miembros del equipo deben estar comprometidos con los objetivos de la institución y el bien común. Los miembros del equipo comparten los objetivos; sus metas son iguales, hacen propia la misión de la institución y se sienten parte de la misma; a esto se le llama identidad de grupo.⁸
- **Complementariedad:** se define como la “característica que tiene una cosa que es el complemento de otra o dos cosas que se complementan mutuamente”, por lo que incluye la diversidad y la interdependencia.¹⁷ El médico familiar que usa este elemento no debe olvidar que la responsabilidad de integrar la información y otros datos brindados por algún miembro del equipo recae en él, por lo que dará seguimiento y aprovechará al máximo estos valiosos recursos.
- **Diversidad:** Grotton y Erickson encontraron en su investigación que los miembros de un equipo colaboran con mayor facilidad y naturalidad cuando se perciben a sí mismos como iguales, y que cuanto más diferencias hay (edad, nivel educativo, estatus económico, país de origen) es menos probable que los miembros del equipo compartan conocimientos y muestren actitud de servicio.¹⁰ El problema no es la diversidad en sí, sino el concepto que se tiene de quienes son diferentes. La diversidad contribuye a ampliar el panorama. No hay que ver al que es diferente como un enemigo, ya que al expresar su opinión —muy probablemente “contraria” a la suya— nutrirá al equipo, ofreciendo una opción más para alcanzar las metas. La solución es considerar a los demás y lo que pueden aportar. Conocer las diferentes aptitudes de cada integrante del equipo no debilitará la función del médico familiar, sino que la enaltecerá, al permitirle conseguir el mayor rendimiento.
- **Interdependencia:** el término “interdependencia” se refiere a la dependencia recíproca, reconociendo que todos los miembros del equipo cumplen una función vital. Piense en que el cuerpo humano está formado por diversos órganos y que cada uno de ellos es necesario. El cerebro necesita de los músculos como los músculos requieren del cerebro. El hecho de que uno requiera al otro no disminuye su valor ni su importancia. Así que no caigamos en el error de creer que somos “autosuficientes”. Todos tenemos límites, pero el trabajo en equipo nos conduce a llegar más allá de nuestras limi-

taciones. Hay que recibir con agrado la ayuda de los demás, solicitarla cuando sea conveniente y, por supuesto, hacer lo correspondiente cuando alguien solicite nuestro apoyo.⁷ Un ejemplo de interdependencia se observa entre los médicos familiares y el resto del equipo de salud; es frecuente que este tipo de relaciones generen temor al creer que se pierde la autosuficiencia, lo cual frena la interdependencia entre los integrantes del equipo de salud. El médico familiar puede tener tres actitudes: querer resolver todo por él mismo; tomar una actitud pasiva, que los demás hagan lo que tienen que hacer, cayendo en una atención curativa y segmentando la atención del primer nivel de atención (preventiva, curativa y de rehabilitación); y hacer uso de este valioso pilar y promover el trabajo en equipo.

- **Comunicación:** el papel de todo dirigente de un equipo es generar un clima en el que la comunicación sea fluida y permita el libre intercambio de conocimientos, pensamientos y sentimientos, y dé oportunidad de manifestar los desacuerdos.^{7,10} La comunicación debe ser clara, completa, concisa, abierta, oportuna y respetuosa. Se usarán términos sencillos que todas las personas del equipo puedan entender; para que el mensaje que se quiere transmitir llegue a todos. No hay que olvidar la retroalimentación, que se lleva a cabo verificando que el mensaje transmitido fue recibido y entendido en su totalidad.^{7,11} El establecimiento de una comunicación positiva es posible si el personal que la va a realizar tiene una actitud de paciencia, tolerancia y comprensión a su labor como transmisor de un conocimiento nuevo, quizá difícil de entender por el interlocutor. La misma segmentación que ha ocurrido en el primer nivel de atención favorece la falta de comunicación del equipo. Si el médico familiar acepta que no está sólo y se interesa por saber las funciones, alcances y limitaciones del resto del equipo de salud, podrá identificar las áreas de oportunidad que tiene a su alcance, para trabajar en ellas y favorecer la atención del paciente. Ahí radica la relevancia de que tome el liderazgo que le corresponde, ya que el resto del equipo “duerme hasta que el médico familiar quiera despertar”.
- **Coordinación:** consiste en dirigir los esfuerzos a la meta. El líder es el encargado de la coordinación, define una dirección, organiza y motiva a las personas para alcanzar el objetivo.⁸ Son pocos los médicos que aceptan tomar el liderazgo; el resto toma la posición cómoda de esperar a que el jefe de servicio le diga qué tiene que hacer y cómo lo debe hacer, cuestionándolo en todo momento, sin reflexionar que él, y sólo él, es capaz de ser su propio jefe y ser quien delinee las necesidades operativas en su quehacer.
Otras de las características que idealmente deben poseer los miembros son la actitud de servicio y la formación.
- **Actitud de servicio:** es la disposición que se tiene de estar al servicio de alguien. Dicha actitud demuestra el interés auténtico que se tiene de llegar

al fin deseado. Víctor Frankl, reconocido psiquiatra que estuvo recluso en los campos de concentración nazis, declaró que nunca podemos escoger las circunstancias, pero siempre tenemos la capacidad de elegir nuestra actitud ante las mismas. Partiendo de esta premisa, vemos que no es posible escoger la cantidad de usuarios a la que atenderemos y tampoco podemos seleccionar la actitud con la que ellos se conducirán hacia nosotros, entre muchas otras cosas, pero siempre contamos con la libertad de decidir la actitud propia. El esfuerzo del Instituto por incidir en las actitudes de todo el personal se demuestra mediante la integración de cursos de trato digno, calidad y calidez del servicio, proveyendo herramientas para hacer cambios favorables en el servicio. ¿La actitud que ofrece es la que le gustaría que se le diera a usted o su familia? Considere que la actitud que transmitimos será generalmente la que recibiremos.^{8,18}

- **Formación:** en las ciencias de la salud debe ser continua, ya que existen avances médicos diariamente, y lo que hoy se considera verdad mañana podría ser una mentira. El entrenamiento debe ser otorgado a quien lo requiera, para que lleve a cabo con eficiencia su función y se cumpla la misión de la institución. Lord sugiere que se debe dedicar al menos 10% del tiempo de la jornada de trabajo al desarrollo personal y del equipo, así como hacer un espacio para mejorar las herramientas mentales por medio de la enseñanza y el aprendizaje, sin olvidar la retroalimentación. Otros autores destacan la importancia de elevar el conocimiento y las destrezas, desarrollar el razonamiento ético y estudiar economía de la salud y la relación médico-paciente, para el crecimiento profesional de los integrantes del equipo.^{5,13,19,20}

La calidad desempeña un papel primordial en el Instituto; implica una forma de ser y pensar que genera cambios paulatinos y progresivos que permitan alcanzar los objetivos y metas planeadas en beneficio de los usuarios, apegados a la misión y visión del Instituto. A través de ella el IMSS ha logrado evolucionar y trascender como una de las instituciones más fuertes en América latina, integrando dentro del proceso formativo el desarrollo del personal cursos que se realizan en el Centro Educativo de Calidad del mismo Instituto, en donde se revisan temas de liderazgo, planeación estratégica, trabajo en equipo, etc. El servicio que se da sin calidad no merece llamarse servicio; para merecer dicho nombre debe ser realizado con excelencia.

Trabajo en equipo y sus adversidades

Los problemas que con mayor frecuencia se presentan en los equipos se relacionan con:

- **Los objetivos.** No están de acuerdo con ellos, no creen sean factibles, no les queda claro en qué consisten y desconocen cómo podrían alcanzarse.
- **Los roles.** Están indefinidos, nadie desea realizarlos o, por el contrario, varios están interesados en ejercerlos, provocando una “guerra de territorios”.
- **La toma de decisiones.** Difieren en la forma en que se toman las decisiones.
- **La forma de realizar el trabajo.** Cada uno piensa que la mejor manera de hacer las cosas es la suya.
- **Las relaciones interpersonales.** Todos tenemos una personalidad diferente, por lo que es necesario respetarnos y aceptarnos. Llevar a la práctica la famosa “regla de oro” y “no hagas a otro lo que no quieras que te hagan a ti” ayudará a evitar muchas de estas situaciones.¹¹

Trabajo en equipo y sus beneficios

Los equipos transdisciplinarios, como ya se mencionó, promueven un intercambio de información, conocimientos y técnicas, así como el entrecruzamiento reiterado de los campos tradicionales, lo que aumenta la productividad y la eficiencia. El médico familiar tiene la libertad de delegar ciertas atenciones a otros profesionales (enfermeras, psicólogos, nutriólogos, etc.), consiguiendo aumentar la educación del paciente, lo cual contribuye a mejorar su salud. En virtud de que el derechohabiente es un ser racional con el cual podemos comunicarnos y de que las unidades médicas existen para otorgar atención médica integral, conviene invertir en su instrucción. Cuando se trabaja en equipo se puede atender una mayor población y realizar más acciones de prevención y educación. La educación para la salud constituye una parte de gran importancia y trascendencia, ya que a través de ella será posible lograr a mediano plazo que los derechohabientes participen en el fomento y la conservación de un buen estado de salud, lo cual les permitirá un bienestar físico, mental y social. Al lograr que éste participe en las acciones preventivas en sus diferentes niveles resultará beneficiado, igual que su familia, que a su vez repercutirá a favor del médico familiar, quien verá disminuida su población enferma y, por lo tanto, el número de consultas. La educación higiénica o promoción de la salud es el único procedimiento que puede lograr este objetivo.²¹

Trabajo en equipo: propuestas para mejorarlo

Historia clínica única

Sería ideal contar con una historia clínica única que fuera accesible para todos los miembros del equipo, en la que puedan plasmar sus observaciones y recomen-

daciones, y a la que, además del equipo de salud básico, también tengan acceso los médicos de segundo y tercer niveles de atención para mejorar la comunicación efectiva.^{13,22}

Entrenamiento en “trabajo en equipo”

El IMSS ofrece cursos, como “Calidad y calidez en la atención”, “Comunicación efectiva”, “Liderazgo” y “Trabajo en equipo”, entre otros; lamentablemente, son pocos los trabajadores que asisten. Se requiere promover la participación activa en estos talleres, aunque el tiempo disponible es una de las mayores limitaciones, por lo que podrían incluirse temas de gestión administrativa, como “Trabajo en equipo” y “Liderazgo”, en la formación del médico, el estudiante y el residente, para que cuando lleguen a la práctica ya cuenten con esta preparación. En la actualidad es posible encontrar información útil en Internet; si no es posible acudir a un curso, se puede participar en uno curso virtual y hacerse autodidacta. Hay que invertir el tiempo necesario en adiestramiento, pues los beneficios de trabajar en equipo son muchos.^{19,20}

Actividades que favorezcan la cohesión

Esto se puede llevar a cabo por medio de la comunicación a través de medios formales e informales. Entre los medios formales se encuentran las reuniones, los boletines y los correos electrónicos, que deben estar dirigidos a todos los miembros.

Entre los medios informales se incluyen los eventos sociales interdepartamentales, los grupos en redes sociales y el compañerismo en las áreas comunes.¹⁰

Estas son algunas propuestas, las cuales no son simples; sin embargo, no nos desgastemos sufriendo por las herramientas que aún no tenemos. Enfoquémonos, por lo pronto, en lo que depende de nosotros. ¿Está conforme con la forma en que se ha estado efectuando el “trabajo en equipo”? ¿Qué cambios puede hacer usted para ejercitar el verdadero trabajo en equipo?, ¿los hará? Por el bien de los usuarios del IMSS, de nuestro país y de nosotros mismos, esperamos que sí.

CONCLUSIONES

Lograr el trabajo en equipo es un gran desafío; podría parecer una utopía, pero es posible. Para empezar, necesitamos estar convencidos de que es factible.

Es necesario que todos los miembros del equipo compartan la misma idea y fines (identidad de grupo), y que sigan la misma filosofía de trabajo, que en nuestro ámbito no son más que las piedras filosofales de la atención primaria.

La integración del equipo de salud se realiza cuando todos los elementos que lo componen están conscientes de la misión de la medicina familiar y conocen sus objetivos.

La conformación de equipos efectivos requiere una adecuada capacitación en habilidades de trabajo en equipo, comunicación humana y ciencias de calidad en la atención. Asimismo, es importante contar con un mejor conocimiento de los factores humanos y la transformación cultural en los servicios médicos.

Tendremos más garantías de éxito si además de trabajar en equipo hay un miembro del equipo con un liderazgo efectivo que conozca las aptitudes (capacidad, suficiencia e idoneidad) de cada miembro y lo ejerza con actitudes adecuadas (disposición de ánimo, escuchar, dar y recibir).

El líder debe estar dispuesto a aprender y desarrollar un liderazgo que resulte en beneficio de su equipo de trabajo, los usuarios y la organización.

Aprender a trabajar de forma efectiva como equipo requiere tiempo, dado que se han de adquirir habilidades y capacidades especiales necesarias para el desempeño armónico de su labor.

Cada trabajador de la salud debe iniciar por modificar positivamente su propia actitud y su ámbito inmediato, para posibilitar cambios en el futuro.

Hagamos los cambios pertinentes y de manera oportuna; el esfuerzo dedicado será recompensado al atestiguar el cumplimiento de nuestra misión y observar la satisfacción de los usuarios, quienes recibieron una atención integral, continua y oportuna.

El día en que cada miembro del equipo cumpla con su función se conquistará la meta y disfrutaremos del prestigio que se obtiene por demostrar las capacidades, habilidades y calidad humana que se posee. Entonces se conseguirá el éxito personal, el cual es una consecuencia inevitable de trabajar en equipo.^{4,6}

REFERENCIAS

1. **Arriagada G:** Liderazgo y trabajo en equipo. *Rev Marina Armada Chile* 2002. www.revistamarina.cl/.
2. **DYER, William G:** *Formación de equipos. Serie del desarrollo Organizacional. Problemas y alternativas.* 2ª ed.
3. **Avendaño C, Medina A, Pinedo J:** *Liderazgo y comunicación en la organización social.* Santiago de Chile, Pontificia Universidad de Chile, 1996.
4. **González B:** *Las "7C" para trabajar en equipo.* 2009. <http://pedablogia.wordpress.com/2009/07/16/las-7-c-para-trabajar-en-equipo/>.
5. **Martín A:** Capítulo X: atención primaria de salud y medicina de familia. En: Ceitlin J: *Introducción a la medicina familiar.* Libros Virtuales Intramed, 2009:1-9 http://www.intramed.net/sitios/librovirtual13/pdf/librovirtual13_10.pdf.
6. **Martín A, Jodar G:** Capítulo 1: atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. En: Martín A, Jodar G: *Atención familiar y salud comunitaria.* Cap. 1. España, Elsevier, 2011:3-16.

7. **Chávez J:** *Introducción a la medicina familiar*. México, Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 1992:165–168.
8. **Jiménez X:** Equipos humanos de salud. PROMADE. Universidad Estatal a Distancia. 2010 <http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/120809/445/1/GE3160%20Equipos%20humanos%20de%20salud%20-%202010%20-%20Salud.pdf>.
9. **Suárez BM:** Los modelos de reforma de salud familiar en América Latina. *MPA e-Journal Med Fam Aten Prim Int* 2010;4(1):61–69. http://www.idefiperu.org/MPANRO4/41_P61-69%20Difus2Suarez.pdf.
10. **Gratton L, Erickson T:** Eight ways to build collaborative teams. *Magazine* 2007. <http://hbr.org/2007/11/eight-ways-to-build-collaborative-teams/ar/1>.
11. **Meléndez L:** *El trabajo en equipo*. Emagister. 2006. <http://www.emagister.com/curso-trabajo-equipo-2/como-funcionan-equipos>.
12. **Arriagada G:** Reflexiones sobre liderazgo. *Rev Marina Armada Chile* 1998. www.revista-marina.cl/.
13. Organización Mundial de la Salud: *Introducción a la práctica de la medicina familiar. La declaración de Alma Ata*. PROFAM, 1978. <http://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/introduccion-a-la-mf-foroaps.pdf>.
14. Equipo de redacción: *5 pasos para mejorar el trabajo en equipo*. Sección desempeño. España, Universia, 2013. <http://noticias.universia.es/empleo/noticia/2013/01/25/998571/5-pasos-mejorar-trabajo-equipo.pdf>.
15. Organización Mundial de la Salud: *Salas I: creación de equipos*. Ginebra, 2007. <http://www.who.int/cancer/modules/Team%20Building%20Spanish.pdf>.
16. **Acuña M:** *Medicina familiar HIBA*. Trabajo en equipo.
17. *Diccionario manual de la lengua española Vox*. Larousse, 2007. <http://es.thefreedictionary.com/complementariedad>.
18. **Frankl V:** *El hombre en busca de sentido*. 12ª ed. Barcelona, Herder, 1991.
19. **Lord J:** Future of primary healthcare education: current problems and potential solutions. *Postgrad Med J* 2003;79(936):553–560. www.postgradmedj.com.
20. **Muñoz HO, García PM, Vázquez EF:** Perspectivas en medicina familiar. *Arch Med Fam* 200;8(3):145–151. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50780301>.

Capacidad resolutive del médico familiar

*Irazema Elena Hernández Mancinas,
Amalia Magdalena Aguirre Álvarez*

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud a nivel mundial se encuentran en permanentes procesos de reforma y adecuación hacia nuevas realidades epidemiológicas, sociales y económicas. La tendencia es buscar el modelo más eficiente, que considere aspectos de equidad, acceso universal a la atención a la salud y contención de costos con altos niveles de calidad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud como un “producto social”, ya que tanto a nivel individual como comunitario será el resultado de estrategias y acciones promocionales y preventivas, curativas y rehabilitadoras. Esto es lo que en definitiva desarrolla y mantiene la integridad y capacidad de las personas.⁷

En casi todos los países del mundo, alrededor de tres cuartas partes del financiamiento del sector salud se destina a la prestación de servicios de atención médica por vía de la operación de una red de hospitales, clínicas y centros de salud. Elevar la calidad y la eficiencia en la prestación de estos servicios es una condición necesaria para garantizar que cada peso invertido genere los mayores beneficios posibles en la salud de la población.⁶

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se creó el primer nivel de atención como la puerta de acceso al sistema de salud de esta organización, instituida para dar respuesta a las necesidades primordiales de las personas y sus comunidades dentro del país.

En un sistema de salud como el nuestro, donde una sola institución da una atención a más de 49 134 310 derechohabientes que forman parte de una población de 112 336 538 habitantes,¹⁸ la cobertura de salud es aún carente, pues los recursos invertidos en salud, pese que han ido en incremento, siguen siendo insuficientes para dar respuesta a las necesidades de salud; por ello se requieren estrategias efectivas y de alto impacto que hagan eficiente el primer nivel de atención.

DEFINICIÓN

La capacidad resolutive se entiende como la capacidad que tiene un país o un establecimiento de salud para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención de salud, y que cuenta con los recursos físicos y humanos debidamente calificados para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad de la afección que sufre la persona.¹⁰ Se ha considerado como un resultado de la atención en los sistemas de salud.

OBJETIVO

El objetivo principal del presente trabajo es analizar la capacidad resolutive actual del médico familiar en el primer nivel de atención en el IMSS y algunos de los factores que influyen en la institución para la mejora de la misma.

DESARROLLO

Los servicios de salud son la respuesta social organizada para combatir las enfermedades y mantener la salud de la población. El complejo médico asistencial implica la organización de los servicios por niveles de atención, en los que la atención primaria desempeña un papel preponderante en la atención de los problemas sencillos mediante intervenciones más adecuadas y efectivas para mantener la salud de la población.¹

La prevención siempre será mejor que tratar de reparar un daño a la salud. En gran medida, las acciones para evitar daños a la salud, incluyendo la detección y el seguimiento oportuno de enfermedades crónicas, corresponden a la atención primaria. No obstante, la atención hospitalaria es en ocasiones necesaria. En muchas circunstancias estos servicios se utilizan cuando no son clínicamente nece-

sarios o bien cuando no se recibió una respuesta adecuada en la atención primaria. Por esta razón es necesario encontrar un balance óptimo en la utilización de servicios por nivel de atención. Es deseable que los servicios de atención médica familiar funcionen como puerta de entrada al sistema y permitan canalizar solamente los casos que realmente requieran atención hospitalaria o de mayor complejidad.¹¹ En 1978 la OMS definió la atención primaria como la estrategia a desarrollar en todos los países, para alcanzar la meta de salud para todos.⁶

En México el Modelo de atención a la salud del IMSS está centrado en la atención brindada por la medicina familiar. Este modelo nació prácticamente a la par del Instituto; sin embargo, años de privilegiar la atención de alta especialidad, entre otras circunstancias, dieron como consecuencia un sistema médico rezagado y poco eficiente.¹⁶

El IMSS se organiza en tres niveles de atención, de los cuales el mayor porcentaje se concentra en el primer nivel (85%), seguido por el segundo nivel (10%) y el tercer nivel (5%), lo cual demuestra la gran complejidad a la cual se enfrenta el primer nivel de atención. Sin embargo, tras varias reformas dentro del primer nivel asistencial se observan aspectos críticos que dificultan el logro de una buena capacidad de resolución.

Actualmente nos encontramos en un sistema médico familiar segmentado, con un primer nivel desfortalecido, donde se otorga una atención individualizada con enfoque puramente curativo, con una atención vertical y centralizada que otorga una atención ineficiente y de manera no equitativa, pero sobre todo con muy poca calidad.¹⁰ En caso de continuar con estas expectativas se terminará por presentar un caos en cualquier sistema de salud, dado que por el peso de atención que se otorga éste terminaría por llenar los hospitales de segundo y tercer niveles, resultando en un sistema de salud poco viable para cualquier país.

Resulta demasiado costoso —en especial en un país subdesarrollado— mantener este modelo de atención médica con presupuestos deficitarios. Si parte de esos recursos y esfuerzos se dedicaran a fortalecer el primer nivel de atención, como se ha hecho en otros países (p. ej., Canadá, Cuba e Inglaterra), se resolverían a nivel ambulatorio y a muy bajo costo 80% de los problemas de salud de la población y los centros de segundo y tercer niveles se verían favorecidos.¹⁴

Esta situación requiere una nueva conceptualización dentro del primer nivel de atención, que busque un nuevo paradigma dentro de la medicina familiar que incluya una alta capacidad resolutiva con calidad en el servicio, constituyendo el principal generador de salud y la principal herramienta de sustentabilidad dentro del sistema de salud. Así es que se requieren estrategias para mejorar y visualizar las expectativas para la optimización de la atención.

¿Realmente el médico familiar tiene una capacidad suficiente para resolver, desde las perspectivas asistencial, docente e investigadora, los problemas propios de este nivel del sistema de salud?

Algunos de los factores que influyen en la capacidad resolutive son los recursos, la organización del proceso, la cartera de servicios, las competencias profesionales, el trabajo en equipo y el liderazgo, la demanda de atención y oferta de servicio, la vinculación entre los niveles, la actitud, el compromiso y la motivación del paciente y personal de salud.

Recursos económicos

A pesar de que uno de los objetivos de la reforma era hacer de la atención médica primaria el eje del sistema de salud y de que se realiza un importante esfuerzo en este sentido, los presupuestos dedicados a este nivel no siempre han sido acordes con esta importancia que se les quiso dar, sobre todo en los últimos años. Se puede afirmar que existe una insuficiente dotación presupuestaria tanto a nivel de recursos, como de personal, material e instrumentos.

La distribución de recursos financieros del Instituto durante 2006 destinados a equipo médico para el primer nivel de atención fue de 26.1 millones de pesos, de 70.4 para el segundo nivel y de 180.7 para el tercer nivel, dando un total de 277.3 millones de pesos (cuadro 9-1).

Esto deja ver que los recursos que se han destinado a los diferentes niveles de atención constituyen sólo 12.7% de los recursos del Instituto al primer nivel de atención.

En suma, ante los rezagos acumulados y las crecientes restricciones financieras, el Instituto se encuentra en la búsqueda de renovar, adaptar y revalorar su Modelo de atención médica, otorgándole una mayor flexibilidad en la combinación de alternativas, tanto a nivel nacional como dentro de cada delegación, de modo que debe mantener la rectoría sobre los procesos médicos, identificar con precisión las áreas prioritarias en las que debe concentrar sus recursos de inversión, fortalecer y modernizar su normatividad en materia presupuestaria, laboral y de atención médica para participar y beneficiarse plenamente de las posibilidades que ofrecen otras instituciones de salud.

Organización de los servicios de salud

A pesar de los avances evidentes en los últimos 15 años, el sistema es todavía demasiado rígido en su estructura organizativa y pese al avance de innovaciones no se han podido adoptar con facilidad los cambios necesarios para mejorar su funcionamiento, aunque en ocasiones son los propios profesionales los que no tienen la suficiente capacidad de decisión para organizar su consulta y de este modo disponer de más tiempo para resoluciones complejas de salud. Existen en la actuali-

© Editorial Alfil. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuadro 9-1. Equipo adquirido en 2006 por programa y nivel de atención

Programa	1er nivel		2do nivel		3er nivel		Total	
	Bienes	Importe	Bienes	Importe	Bienes	Importe	Bienes	Importe
Mastógrafos	0	0.0	8	30.2	0	0.0	8	30.2
Ultrasonografía	7	1.3	3	0.5	0	0.0	10	1.8
Servicios de salud en el trabajo	934	4.7	842	18.8	18	0.8	1 794	24.2
Servicio de medicina preventiva	10 073	20.1	2 171	4.5	0	0.0	12 244	24.6
Laboratorios de citología cervical	0	0.0	684	8.7	33	0.3	717	9.0
Clinicas de displasia	0	0.0	50	4.3	0	0.0	50	4.3
Equipamiento de UMAE	0	0.0	4	0.0	4 014	169.7	4 018	169.7
Tomógrafo del Hospital de Pediatría CMN "Siglo XXI"	0	0.0	0	0.0	1	10.0	1	10.0
Unidad radiológica del HGSMF No. 26, Los Cabos	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.9
UCIN HGZ No. 10, Manzanillo, Colima	0	0.0	14	2.6	0	0.0	14	2.6
Total	11 014	261	3 777	70.5	4 066	180.8	18 857	277.3

Las cifras corresponden a millones de pesos. Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social.

dad todavía numerosas unidades de primer nivel con un desarrollo organizacional inadecuado y poco orientado al paciente, en las que no se establecen objetivos jerarquizados, predominan agendas poco flexibles, no existe equipamiento electrónico (Sistema de información medicina familiar, Cilab, rayos X), etc.

El Instituto cuenta ya con uno de los desarrollos tecnológicos para los registros médicos más sólidos del país —el sistema de información de medicina familiar, o SIMF—, que representa para la institución un gran potencial, al disponer de la información oportuna para la toma de decisiones y mantener la mayor parte de los procesos en línea.

A partir de la implementación del expediente clínico electrónico (ECE) en el primer nivel de atención del Instituto a fines de 2002 en ocho unidades piloto, y hasta abril de 2007, se han otorgado 139 967 498 atenciones en el Servicio de Medicina Familiar, 24 769 677 abiertas, 132 795 245 recetas electrónicas y 7 149 279 incapacidades electrónicas expedidas. Esto es así, dado que operan 1 189 unidades médicas con este sistema, lo que significa que más de 99.23% de los derechohabientes son atendidos de esta manera, lo cual permite que el ECE se pueda consultar en cualquier momento, además de permitir el seguimiento de su salud en todo el país, aunque no se ha extendido en su totalidad en todas las unidades del país.¹⁸

No existe un sistema estandarizado de la organización de la consulta y el tiempo de atención en las unidades, lo que hace poco accesible el control de la atención del paciente de una manera más dinámica y sustancial.

Cartera de servicios

Como parte de la prestación de servicios, una de las funciones sustantivas del Instituto es garantizar el derecho a la salud y mejorar las condiciones de atención a la población derechohabiente. Para dimensionar su alcance, alrededor de 45% de las consultas médicas en el país son realizadas a través del sistema institucional; en un año se ofrecen más de 114 millones de consultas, de las cuales 85 545 793 son otorgadas en el primer nivel de atención.¹⁷

En el primer nivel de atención la interrelación operativa de cada uno de los servicios proporcionados actualmente se encuentra desvinculada; no existe una comunicación entre las líneas de acción de atención proporcionada en los diferentes departamentos (nutrición, trabajo social, psicología, estomatología, salud en el trabajo etc.), lo cual conlleva a una atención netamente vertical del derechohabiente, sin llegar a resultados concretos de atención, mermando la capacidad resolutoria de la unidad y desconceptualizando los resultados, y dejando muchos problemas de salud que pueden ser atendidos de una forma más efectiva y eficiente.¹¹

La oferta de los servicios del primer nivel de atención continúa siendo limitada y las demandas y expectativas de los derechohabientes cada día son más exigentes.¹⁰ La mayor integración de los servicios y la evaluación de los cambios presentados en los derechohabientes (transición demográfica y epidemiológica) deberán ser analizadas y revisadas para poder garantizar una atención horizontal, en busca de una mayor convergencia entre los procesos de atención y los servicios.

Si bien es cierto que los perfiles asignados fueron redefinidos en el proceso de mejora de la medicina familiar para dar mejores resultados a las estrategias establecidas por éste en el primer nivel de atención, existe aún discrepancia en la asignación de tareas dentro de los roles que pudiesen llegar a fortalecer el compromiso del mejoramiento del sistema y tal vez en la participación más activa de cada una de las áreas involucradas, como son trabajo social, nutrición, psicología, planificación familiar, salud en el trabajo y el resto de los servicios, por lo que su mejora elevaría la capacidad resolutiva del primer nivel de atención.

Competencias profesionales

En la actualidad las competencias desarrolladas por el egresado de la residencia de medicina familiar son las adecuadas, as cuales no son aplicables al sistema actual de atención.

Uno de los rezagos importantes para mejorar dichas competencias implica la dificultad para la cobertura de las plazas del personal que funge como docente en las sedes académicas, lo que limita el óptimo desarrollo de competencias y habilidades del médico en formación.

Como parte de la capacitación continua implementada dentro del Instituto para el médico familiar no se puede dejar atrás las estrategias implementadas en 2000 mediante el Proceso de mejora de la medicina familiar (PMMF), el cual fue creado para fortalecer la capacidad resolutiva del médico familiar de una manera estandarizada y generalizada, como una propuesta de un modelo conceptual para el sistema de medicina familiar en el IMSS y mejorar la sustentabilidad en el futuro, siendo el aspecto más relevante el aseguramiento de la atención médica dentro del primer nivel y la mejoría de su capacidad y fortaleza para responder a los cambios demográficos sociales y de salud emergentes de una población dinámica, además del advenimiento de los avances tecnológicos, como el SIMF, cuya estrategia fundamental está centrada en la atención primaria.⁸

El proceso de mejora de la medicina familiar contribuyó a uno de los cambios más relevantes en cuanto a procesos de atención médica y preventiva se refiere, incrementando una de las líneas de acción principales: mejorar la capacidad resolutiva del médico familiar, pero desafortunadamente, aunque los resultados estas

estrategias fueron muy favorables, no podemos quedarnos en el conformismo y en la reflexión de lo que se puede mejorar.

Una de las disyuntivas en el contrato colectivo de trabajo en el IMSS es el programa de capacitación establecido como obligatorio en cada categoría, aunque a la fecha la efectividad de las horas establecidas no se lleva como tal, sino que se lleva dentro de las seis horas de jornada laboral, lo que ocasiona un impacto desfavorable en una atención oportuna y en la merma de la capacitación, por el tiempo destinado a ésta de manera regular y sustancial; definitivamente cuanto mayor sea la capacitación técnica mejor será la capacidad resolutive de la atención.

Trabajo en equipo y liderazgo

Un aspecto fundamental de los diferentes integrantes de salud (médico, enfermera, trabajadora social, nutricionista, psicólogo, estomatólogo, epidemiólogo salud en el trabajo, etc.) es la comunicación. Las competencias operativas de los diferentes tipos de profesionales que trabajan en el sistema, concretamente en el primer nivel, pueden tener una influencia notable sobre el poder resolutive.¹³ Los médicos y profesionales de enfermería y de trabajo social no trabajan con una cultura real de equipos transdisciplinarios, lo cual constituye una fuente importante de ineficacia e ineficiencia en la atención de procesos, pues no se tienen claros los objetivos y los compromisos establecidos por el líder del equipo (médico familiar) para poder satisfacer las demandas de salud de los derechohabientes de manera eficaz.

Hay que recordar que el equipo transdisciplinario es el equipo mejor integrado de una organización, pero el menos usado dentro del sistema de salud. Los límites profesionales se combinan y se armonizan; los miembros del equipo enseñan y aprenden unos de otros, proporcionando un incremento superpuesto, coincidente con la práctica y el conocimiento. De esta manera se dinamiza y multiplica la efectividad del equipo, haciendo que sus posibilidades sean superiores a la suma de sus miembros aislados, abordando de una manera uniforme los objetivos.

La organizaciones sólo pueden alcanzar el estado firme cuando se presentan dos requisitos: la unidireccionalidad y el progreso, lo cual requiere liderazgo y compromiso. Quien no tiene una dirección o línea y no tiene apertura para mejorar de manera constante puede llevar a una organización a caer a la deriva.

Quizá una de las causas que ha afectado dicha situación es la pérdida del empujamiento del médico familiar dentro del primer nivel de atención; el liderazgo de la historia que éste ha ejercido por años es otro complemento crítico; sin embargo, tal hecho, con el transcurrir de los años y la emersión de otras profesiones de salud, se ha ido perdiendo en desmedro de la eficiencia, eficacia y excelencia de la profesión médica.³

Las funciones del líder aplicadas al médico no sólo garantizan su calidad profesional, sino la caracterización de la profesión; si bien en la formación profesional no se recibe esta capacitación, es responsabilidad del médico asumirla, decisión que sin duda repercutirá en su desempeño profesional; el médico ha sido, debe ser y será un líder en el campo de la salud; llamado está a no omitir este rol.⁹

Demanda de atención

Uno de los retos importantes dentro del Instituto es la demanda de la atención. Como se mencionó, el Instituto —la principal institución de salud en el país— cuenta con 49 134 310 derechohabientes y se observa, en el caso de la consulta externa de medicina familiar, que en general la demanda de servicios aumentó cinco veces en los últimos 20 años, lo cual es más evidente en los adultos mayores (figura 9–1). Según el índice de crecimiento en la demanda de consulta externa de medicina familiar, el grupo de edad que mayor crecimiento ha experimentado en las últimas décadas es el de los adultos mayores de 65 años de edad, posicionándose como el de mayor consumo de este servicio.¹⁸

Ello permite observar cambios importantes en la transición demográfica y epidemiológica a la que el Instituto debe enfrentarse, implementando estrategias para la atención de las necesidades de crecimiento y los cambios que representa en la población con mayor envejecimiento, y las enfermedades crónico–degenerativas, con la finalidad de ser resolutivos en una atención óptima de acuerdo con las necesidades.

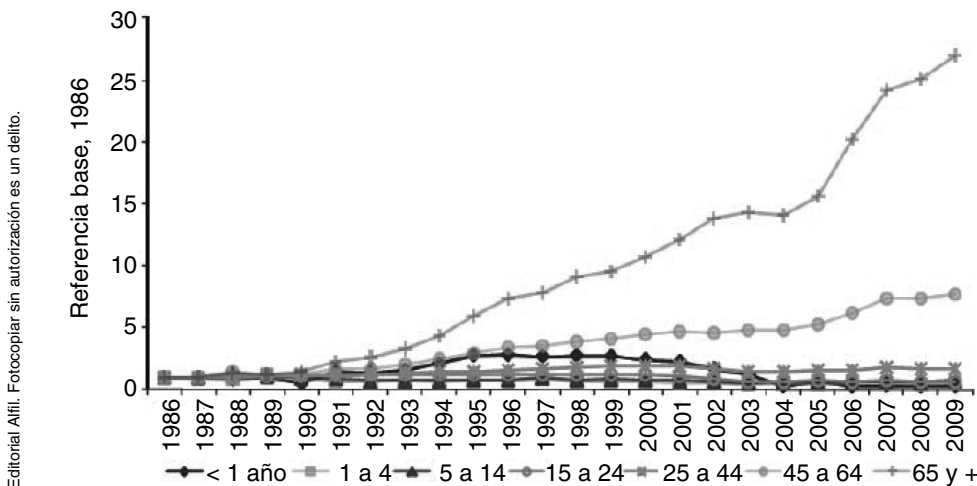


Figura 9–1. Demanda de consulta externa de medicina familiar por grupos etarios, 1986 a 2009 (índice). PEIMSS 2006–2012.

En el primer nivel de atención se observa una gran falta de fluidez en la interacción con el segundo o tercer niveles, lo que repercute de manera significativa en la oportunidad y continuidad de la atención. En este sentido, los sistemas de información son específicos para los diferentes niveles (SIMF, SICEH), pero no hay una interrelación en la cual se pueda acceder a la información a cada una de ellos para mejorar la comunicación o en su defecto, no existe un sistema de comunicación directa ante la necesidad de seguimiento de la atención hacia los diferentes niveles.

El actual sistema de referencia y contrarreferencia, igual que en varios países,^{10,11,19} dista de ser un proceso eficiente en el que es posible encontrar importantes áreas de oportunidad. Entre las causas que pueden contribuir a una deficiente relación se incluyen las siguientes.

- **Primer nivel de atención:** derivación inadecuada, escaso o nulo seguimiento del paciente derivado, utilización de la derivación como escape a la falta de capacidad resolutoria, falta de posicionamiento del nivel de atención.
- **Segundo nivel de atención:** poca importancia a la derivación del primer nivel de atención, poca o nula respuesta al sistema de contrarreferencia, repetición de exámenes complementarios por desconfianza del primer nivel, falta de “visión integral del paciente”.
- **Problemas entre ambos niveles:** falta de diálogo, sistemas de información no accesibles para ambos niveles, dificultad para la comunicación entre ambos profesionales.
- **Problemas por parte del paciente:** derivaciones realizadas por exigencia del paciente.

En encuestas realizadas por la OPS y la Organización Mundial de la Salud la falta de coordinación entre los niveles de atención se percibe como un serio problema tanto por los gestores del primer nivel de atención como por los gestores de la atención hospitalaria. En el caso del primer nivel de atención, sólo 22% de los encuestados señalaron que los sistemas de referencia y contrarreferencia funcionan de forma adecuada.⁴ Por otro lado, sólo 35% de los gestores—prestadores hospitalarios y de alta complejidad señalan que estos sistemas funcionan adecuadamente.¹⁹ Con respecto al sitio más apropiado de atención, los gestores de servicios hospitalarios y de alta complejidad señalaron que 52% de los casos de hospitalización podrían haber sido resueltos en el primer nivel de atención.

Actitud, compromiso y motivación del paciente y el personal de salud

Existen una serie de variables que pueden afectar negativamente la motivación y el clima y la calidad de la vida laboral de los profesionales de salud dentro del

IMSS. En el ámbito de la atención primaria destacan la sobrecarga asistencial, el aumento de demandas de la población, la disminución de la autonomía profesional y de su reconocimiento, la ausencia de una carrera profesional que recompense y promueva el desarrollo profesional efectivo y el compromiso, las dificultades para realizar formación continuada de calidad, etc. Se sabe que esta desmotivación, especialmente en los sujetos con determinadas características de personalidad, puede conducir a un desgaste profesional y afectar, en consecuencia, la práctica clínica.

Existen problemas de inadecuación de los perfiles profesionales y laborales del personal de salud para adaptarse a los cambios epidemiológicos, a los avances tecnológicos y a los nuevos modelos de atención introducidos en los últimos años.

Con el aumento de la renta y de la capacidad de consumo de la población, las expectativas del paciente respecto a la respuesta del sistema de salud para resolver sus problemas de salud han crecido desmesuradamente. La satisfacción del paciente con la atención médica está influida por el grado en que la actuación del médico se corresponde con sus expectativas, lo cual puede repercutir en la capacidad resolutive del profesional.^{16,17} Por otra parte, hay que tener en cuenta que las expectativas del paciente no siempre están en consonancia con necesidades objetivas, sino que pueden estar influidas por diversos factores, como son los medios de comunicación, la propaganda interesada de entidades privadas, etc.^{10,16}

Una de las desmotivaciones del personal médico es la falta de empoderamiento del paciente en la corresponsabilidad del cuidado de su salud. Se requiere trabajar con compromiso en la participación, colaboración e integración para la mejora de su salud.^{9,11} Pero definitivamente los rubros importantes a ejercer en el personal de salud, especialmente en el área médica de primer nivel, son la motivación y el reconocimiento. Actualmente la institución de primer nivel de atención pareciera estar atravesando un conflicto motivacional, en el que no encuentra una acertada participación dentro del sistema. Pese a que el primer nivel cuenta con incentivos y estímulos por el solo hecho de ser parte de la organización, ésta creó incentivos especiales destinados a la productividad de indicadores, los cuales deberán ser replanteados y dirigidos en la búsqueda del fin ético del médico.

CONCLUSIONES

La limitación de la capacidad resolutive del primer nivel de atención y del médico familiar dentro del IMSS se ha abordado mediante un análisis de las influencias que éste tiene sobre el sistema, en el que la importancia de las funciones del pri-

mer nivel de atención y el crecimiento del médico familiar ha sido lento y sólo en la última década ha adquirido cierta relevancia como parte del sistema de salud. Si bien es cierto que se dio un gran avance con la creación del Proyecto de mejora de la medicina familiar en 2000, en el que fue objeto especial el desarrollo de la competencia médica, la implementación del expediente clínico y el sistema de información de salud que ayudó a la toma de decisiones gerenciales y clínicas, mejorando la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, aún queda mucho por hacer.

Se requiere un fortalecimiento continuo para mejorar los resultados, pero habrá que adaptar estrategias más asertivas y efectivas para mejorar de manera sustancial la capacidad resolutoria en tiempo de crisis. Acabemos de una vez con la única crisis amenazadora, que es la tragedia de no querer luchar para superarla. No sólo hay que actuar, hay que cambiar la manera de hacer de nuestras rutinas una mejor forma de trabajo, más efectiva y con mayor calidad.

Tenemos la tarea fundamental de continuar con esfuerzo para consolidar el futuro en la mejora de la salud, por lo que es necesario considerar el análisis del trabajo realizado hasta hoy en la capacidad resolutoria del primer nivel de atención y del médico familiar, no dejando de observar el planteamiento de la búsqueda de mejores resultados en las siguientes estrategias:

1. Hacer un enfoque del primer nivel de prestigio.
2. Consolidar la cultura de la prevención y la rehabilitación.
3. Fomentar una cultura de utilización responsable de los servicios por parte de los derechohabientes.
4. Evaluar los perfiles profesionales para la flexibilidad en las competencias cooperativas (equipos transdisciplinario).
5. Potenciar el liderazgo del médico familiar.
6. Consolidar la cultura de corresponsabilidad del derechohabiente en el cuidado de su salud.
7. Crear nuevas herramientas y perspectivas en la medida del poder resolutorio (determinación de incentivos).
8. Crear un sistema centrado en los procesos e intervenciones planificadas y orientadas a la salud.
9. Consolidar las competencias clínicas del personal médico
10. Mostrar accesibilidad a las exploraciones y a las consultas de otros especialistas.
11. Darle continuidad al proceso de atención.

El propósito de nuestro sistema de salud no es exclusivo de la mejora de la capacidad resolutoria, sino que se desea contar con una herramienta eficiente y eficaz que sea exitosa para mejorar la situación de salud de los derechohabientes y su comunidad.

No existen limitaciones para mejorar la capacidad resolutiva de los médicos en el primer nivel de atención; sólo se requiere el interés de buscar alternativas para alcanzar el desarrollo óptimo de todos los implicados y hacer de ellas un elemento clave que fortalezca a la institución.

Enfatizar en la capacidad resolutiva es tener claro cuáles son nuestras metas, tomemos nuestras lecciones aprendidas y empecemos a renovarnos para lograr ser el primer nivel al cual pertenecemos, garantizando una mejor atención a nuestros derechohabientes de una manera eficaz, eficiente y de calidad.

REFERENCIAS

1. Commission of the WONCA European Council: *The European definition of General Practice/Family Medicine*. WONCA Europe. 2011.
2. Declaración de Leeuwenhorst. En: Ceitlin R: *¿Qué es la medicina familiar?* Fepafem/Kellogg, 1982:21–49.
3. **Kahan E**: Edición dedicada a la medicina familiar en Israel. *Arch Med Fam* 2007;9(1): 11–16.
4. Organización Panamericana de la Salud: *Redes integradas de servicios de salud*. Washington DC, HSS, OMS, PAO, 28 de octubre de 2009.
5. **Gallo VFJ, Altisent TR, Díez EJ, Fernández SC, Gozi Gill G et al.**: Perfil profesional del médico de familia. *Aten Prim* 1999;23(4):236–248.
6. **Starfield B**: Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly* 2005;83:457–502.
7. **Macinko J**: The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manag* 2009;32(2):150–171.
8. Lineamientos para la formulación el informe de rendición de cuentas de la Administración Pública Federal 2000–2006, así como la elaboración de libros blancos. Numeral 18. *DOF* 13 octubre de 2005.
9. **Llaqué D**: Liderazgo–ética médica. Academia Nacional de Medicina. *Anales* 2011;(2):27–28.
10. **Martínez P**: *Capacidad resolutiva del médico de atención primaria*. España, Medical Economics.
11. **Figuerola M, González M, Ponsá A**: *Proyecto MPAR–5. Poder resolutivo y atención primaria*. Cataluña, 2003.
12. *Programa de acción: Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS)*. México, 2005.
13. *Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España: 2007–2012*. Ministerio de Sanidad y Consumo, 81–107.
14. **Maceira D**: *Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa*. Buenos Aires, EUROSOCIAL, 2007.
15. **Maceira D**: *Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de América Latina y el Caribe*. No. 2. Iniciativa Latinoamericana para la Reforma del Sector Salud, HSPH, FPMD, PHR, PAHO, USAID, 2001.
16. *Unidades de primer nivel de atención en los servicios estatales de salud. Evaluación 2008*. México, Secretaría de Salud, 2009.
17. *La salud en México: 2006/2012 Visión de FUNSALUD*.
18. *Programa estratégico del Instituto Mexicano del Seguro Social, PEIMSS 2009–2012*. Go-

bierno del Estado de México, 2010.

19. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud: Facultad de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2004). *Estudo Regional sobre a assistência hospitalar e ambulatorial especializada na América Latina e Caribe*. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud.

Coordinación de niveles de operación

Ricardo León Anzures Carro

INTRODUCCIÓN

Las intervenciones necesarias para proporcionar los servicios de salud apropiados para la atención integral en cualquiera de las fases de la historia natural del proceso salud–enfermedad que ocurre en el individuo, su familia y la comunidad requieren un sistema de comunicación eficaz, eficiente y efectivo que vincule los diferentes servicios de salud de la organización; un sistema con autonomía de gestión que sea dinámico y flexible, capaz de adaptarse a la complejidad de diferentes circunstancias. Éste es el principio del tema que nos ocupa: la “coordinación de niveles de operación”, la cual es un instrumento estratégico para la atención integral de la multiplicidad de problemas de salud.

Desde el enfoque de la medicina familiar se perciben dos entes: por un lado la persona, el ser humano que vive el proceso salud–enfermedad, y por el otro el que presta el servicio de atención, pero para estar a la altura del ser humano lo hace mediante un concepto conocido como Modelo de atención integral a la salud, para ello desarrolla un sistema de comunicación que lo vincule tanto con el ser humano que tiene frente a sí, como con el todo organizacional para facilitar una atención humanista, integrada e integral al servicio de las necesidades de salud (figura 10–1).¹

Es importante reconocer que la tendencia a una visión holística del ser humano es una respuesta a una necesidad universal, adoptada como modelo a seguir en la teoría y práctica de la medicina familiar que se ejerce en nuestro país con toda naturalidad y fortaleza, que condiciona el contexto de la seguridad social mexi-

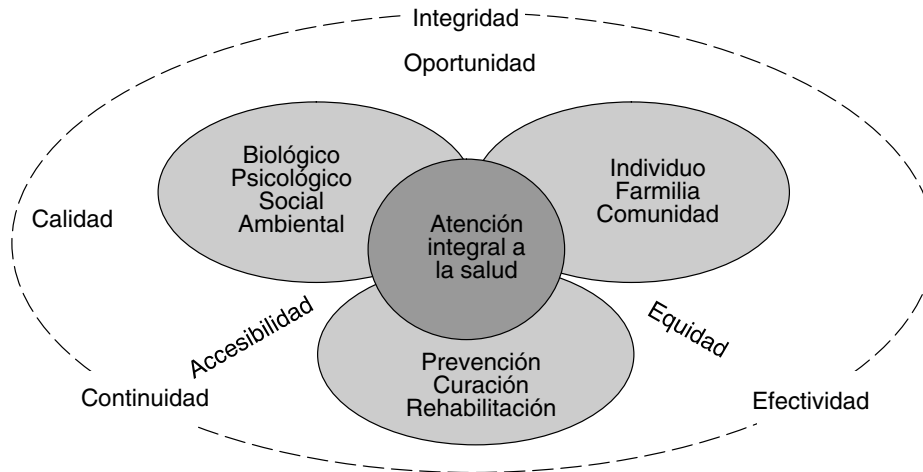


Figura 10–1. Atención integral.

cana. Aún falta avanzar para consolidarlo, pero su existencia constituye una esperanza de un mundo mejor. La actividad principal para mantener su evolución es la “crítica”—esa que compara constantemente lo que “es” en el aquí y ahora, con el “deber ser”, lo real contra lo ideal y viceversa—; es la simiente de la mejora continua.

En México en el sistema de salud público, y en algunos privados, el primer contacto con la población demandante de servicios de salud es el médico familiar y en su caso el médico general, quien constituye la “puerta de entrada” al sistema de atención médica institucionalizado en la medicina social.

La “medicina familiar es el eje sustantivo de la atención médica; representa el primer nivel de atención del sistema de salud institucional, se caracteriza por atender el proceso salud–enfermedad en el individuo, la familia y la comunidad, en los ámbitos biológico, psicológico, social y ambiental; proporciona servicios médicos de primer contacto en un área médica, con atributos de atención integral y continua en las dimensiones de prevención, curación y rehabilitación; y se distribuye estructural y funcionalmente lo más cerca posible al lugar donde residen y trabajan los asegurados, o se suscitan las demandas de servicios”. El médico familiar es el profesional que coordina el equipo de salud y provee atención integral.²

Cuando el paciente recibe la atención del médico familiar se pone en contacto con el profesional responsable de atender en forma continua su salud desde el nacimiento hasta la muerte, a cualquier edad y en diferentes escenarios de atención. Le corresponde vincular intencionadamente el todo organizacional mediante un

sistema de referencia y contrarreferencia (SRyCR) según sean las necesidades individuales o familiares originadas por el proceso salud–enfermedad, el que es biológico–social e históricamente determinado. Este SRyCR permite gestionar la demanda por servicios de salud dentro de una red de proveedores divididos en distintos niveles de complejidad.

Para hacer este trabajo de enlace se requiere un médico con múltiples competencias, en otras palabras, con aptitudes y habilidades desarrolladas no solamente durante su formación especializada, sino también en la propia práctica profesional, lo cual tiene como consecuencia la formación de un “profesional completo” y “policompetente”, facultado para abordar problemas diferentes en distintas circunstancias y escenarios, que es entendedor de lo objetivo pero también de lo subjetivo. Este trabajo es el que cotidianamente hace el médico familiar.

El desempeño mayor o menor del sistema refleja la eficiencia y eficacia de la coordinación operativa de los niveles de atención, por ejemplo, un anciano clasificado como frágil por el médico familiar debe entrar en un programa de rehabilitación ejecutado por otros profesionales e incluso por una red social de la propia comunidad o familia para prevenir caídas o prestar atención al abandono. Si este paciente ha recibido orientación en cuanto al cuidado y prevención de riesgos por parte del médico familiar, la trabajadora social, el terapeuta ocupacional y el médico de medicina física y rehabilitación, pero además la familia coopera en la adaptación de su domicilio para hacerlo apropiado, entonces se habrá logrado la efectividad en la atención integral.

La gerencia directiva es responsable de asegurar que los recursos se obtengan y que se utilicen efectiva y eficientemente en la realización de los objetivos mencionados en la ley y en la norma; ellos representan las políticas institucionales, emanadas de la sensibilidad institucional para atender las necesidades hechas políticas de salud. Los sistemas de salud del mundo enfrentan múltiples problemas condicionados por la enorme complejidad de la atención a la salud, adicionada al crecimiento del nivel de especialización, los recursos económicos que siempre son escasos y la mínima cultura de “sustituir el yo por el nosotros”, lo que origina una operación fragmentada que disminuye lograr la atención integral; éstas son sólo algunas variables que influyen.

La transformación en México tiene cada vez más argumentos probados del camino a seguir, basado en la evidencia internacional de que los sistemas de salud orientados y organizados en los valores esenciales de la medicina familiar y en la atención primaria a la salud alcanzan mejores y más equitativos resultados de salud, son más eficientes, tienen costos más bajos de atención y logran una satisfacción más alta del usuario, en comparación con la de aquellos sistemas que se sustentan en especialistas hospitalarios.³

Este capítulo ofrece un somero balance de lo acontecido, un análisis de los esfuerzos realizados, que muestran los relieves del camino recorrido. Es el momen-

to de explicar con evidencias la trascendencia del médico familiar en México, en la que resultan especialmente significativos los logros alcanzados, no siempre suficientemente valorados, pero finalmente logros indiscutibles de la medicina social.

DEFINICIÓN Y OBJETIVO

La coordinación de niveles de operación se entiende como un instrumento de gestión que aplica estrategias de comunicación modernas, a fin de asegurar que los derechohabientes tengan accesibilidad para la atención integral en el sistema de salud, según su necesidad, con la utilización eficiente de los recursos, haciendo alcanzable la disposición de la Ley del Seguro Social: “La seguridad social tiene la finalidad de garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.”⁴

La seguridad social es la gestión clínica del sistema de salud, cuyo propósito es contribuir a garantizar el derecho a la protección de la salud; es la gestión que realizan el médico y el directivo, y la referencia y la contrarreferencia: procedimiento que vincula los servicios institucionales para favorecer la continuidad, oportunidad e integración de la atención a la salud en un área médica. Constituye el instrumento que permite satisfacer con oportunidad las necesidades de diagnóstico o tratamiento del derechohabiente y en su caso de la familia.⁵

Objetivo

Contribuir a la conformación de una unidad funcional de servicios de salud, con base en la integración de tres estrategias: comunicación efectiva, referencia–contrarreferencia y atención médica conjunta, para favorecer una atención integral y continua con calidad y eficiencia en el uso de los recursos profesionales, económicos y tecnológicos.

ANTECEDENTES Y EXPERIENCIAS EN LA COORDINACIÓN DE NIVELES DE OPERACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

Antecedentes

Funcionalmente la dinámica que sigue esta labor cotidiana para otorgar las prestaciones médicas a la población derechohabiente está organizada por niveles de atención (figura 10–2).⁶

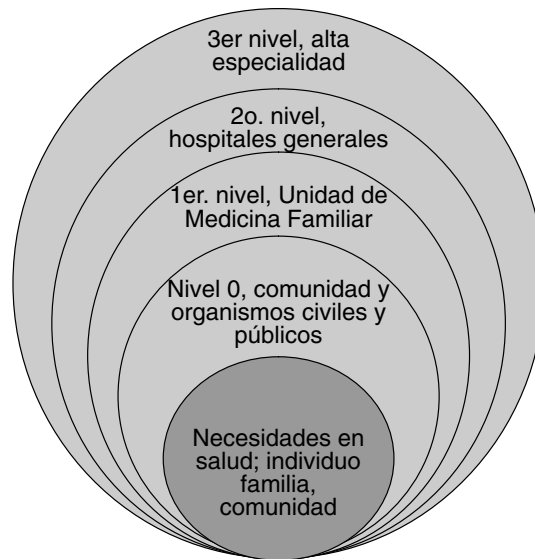


Figura 10–2. Medicina familiar.

El primer nivel representa la entrada al sistema; es el ámbito de trabajo del médico familiar y del equipo que colabora en la salud; éste a su vez se relaciona con lo que llamaremos el “nivel 0” para identificar la vinculación con diversos escenarios sociales, como el de grupos de ayuda mutua, los del propio centro de trabajo, los deportivos de bienestar social o bien las “redes sociales”, solo por citar algunos ejemplos. El paciente es derivado por el médico familiar, según sus necesidades, al equipo multidisciplinario de salud, para juntos resolver, según los recursos que determinan la capacidad resolutoria de la unidad médica, hasta 85% de los problemas de salud, de un total de 100% de problemas demandados.

El segundo nivel está representado por hospitales generales ubicados en un área médica accesible geográficamente para el usuario que requiere atención diagnóstica o de tratamiento a problemas de salud de mayor complejidad y que ameritan tecnología y médicos más especializados. Este nivel es responsable de la atención y resolución de 13% de los problemas de salud.

El tercer nivel de atención está compuesto por una red de hospitales de alta tecnología y máxima resolución diagnóstica–terapéutica. En ellos se atiende a 2% de la población referida por los hospitales de segundo nivel.

Históricamente la coordinación entre los niveles ha evolucionado en el Sistema Nacional de Salud en forma constante, alcanzando logros diferentes, debido a que deben coincidir y conciliar una combinación de intereses técnico–profesionales, recursos tecnológicos o protocolos normativos. Es en el ámbito de la medi-

cina social en el que los avances son más evidentes, debido a la magnitud y trascendencia que genera la responsabilidad de la atención médica a más de 50 millones de mexicanos. Los niveles de atención en prácticamente todos los servicios de salud cuentan con un sistema de referencia y contrarreferencia; además, desde 1999 en nuestro país es un criterio indispensable para la certificación de unidades médicas, aplicado desde 2003 como procedimiento para la evaluación de unidades médicas.⁷

El Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social describe disposiciones necesarias para entender el contexto de la política pública que son obligatorias para la prestación de servicios.⁸

Título primero, artículo 4

Para otorgar las prestaciones médicas a la población derechohabiente el Instituto dispondrá de un sistema de unidades médicas organizadas en tres niveles de atención:

- 1. Primer nivel de atención:** lo constituyen las unidades de medicina familiar en donde se otorga atención médica integral y continua al paciente.
- 2. Segundo nivel de atención:** lo constituyen los hospitales generales de subzona, zona o regionales en donde se atiende a los pacientes remitidos por los servicios de los distintos niveles de atención, de acuerdo con la regionalización de los mismos, para recibir atención diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación de conformidad con la complejidad de su padecimiento. Para efectos de administración y el otorgamiento de los servicios estos dos niveles están integrados en zonas geodemográficas, denominadas Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD).
- 3. Tercer nivel de atención:** lo constituyen los hospitales con tecnología y máxima resolución diagnóstica–terapéutica y la red de unidades médicas de alta especialidad, que son los órganos de operación administrativa desconcentrada, dotados de autonomía de gestión en aspectos técnicos, administrativos y presupuestarios y que cuentan con la capacidad tecnológica y de resolución mencionadas. En este nivel se atiende a los pacientes que los hospitales del segundo nivel de atención remiten o por excepción los que envíe el primer nivel de conformidad con la complejidad del padecimiento.

Título cuarto

De la atención en el seguro de enfermedad y maternidad. Capítulo II, De la prevención y la atención médica. Sección primera, De la salud pública:

Artículo 46. El Instituto realizará en su población derechohabiente acciones de promoción de la salud, nutrición, prevención, detección y control de en-

fermedades en todas las etapas de la vida. Los ámbitos de acción para la realización de estas actividades serán las unidades médicas de la institución, los centros laborales, las escuelas y la comunidad.

Para cumplir los compromisos interinstitucionales e intersectoriales que el Instituto contraiga realizará acciones de salud pública en la población no derechohabiente: promoción de la salud, nutrición, prevención, detección y control de enfermedades.

Sección quinta

De la consulta externa:

Artículo 67. Los derechohabientes que requieran atención estomatológica podrán ser enviados por su médico familiar o presentarse directamente con el estomatólogo de su unidad médica de adscripción. Tratándose de unidades médicas de primer nivel que cuenten con trabajo social, nutrición o psicología, o todas las áreas, los derechohabientes que requieran estos servicios podrán presentarse directamente a solicitar su cita o ser enviados por su médico familiar.

Artículo 68. Si el médico familiar con base en los estudios clínicos estima que la atención del problema médico de un derechohabiente lo requiere, éste será enviado a interconsulta al médico no familiar de la propia unidad o en su caso a la unidad médica de apoyo correspondiente, conforme a lo dispuesto en el capítulo del traslado de pacientes de este Reglamento.

Artículo 70. El médico tratante, atendiendo a la índole de una enfermedad, podrá enviar al paciente al servicio de urgencias que corresponda para su atención médica inmediata.

Artículo 71. La atención médica a cargo del médico no familiar se otorgará por el lapso que sea necesario para resolver o controlar el problema médico que motivó la referencia del derechohabiente; de tal manera que después de ésta el paciente quedará otra vez al cuidado de su médico familiar.

El médico no familiar que hubiera atendido al paciente enviado a unidades médicas de segundo o tercer niveles de atención deberá informar al médico familiar a través de los formatos institucionales acerca del tratamiento que le fue realizado a aquél y, en su caso, el tratamiento a seguir.

El médico familiar atenderá al paciente de los padecimientos diversos que motivaron su referencia a otras especialidades.

Gestión operativa dentro de la Unidad de Medicina Familiar: el primer nivel de atención opera mediante una red de unidades médicas que cuentan con dife-

rentes servicios, como son consulta de medicina familiar, medicina preventiva, estomatología, trabajo social, atención médica continua o urgencias, nutrición y dietética, trabajo social, psicología, epidemiología, salud en el trabajo, laboratorio clínico, imagenología, rehabilitación y farmacia. En algunos casos están adyacentes a hospitales o unidades médicas de atención ambulatoria e incluso las llamadas unidades operativas de prestaciones sociales.

Antecedentes

El Instituto, a lo largo de su historia, ha transitado por diferentes esquemas de organización. En 1982 la estructura de servicios de atención médica, se definió mediante un esquema de regionalización: se constituyeron 102 zonas, 16 hospitales regionales y seis centros médicos que se sumarían a los cuatro existentes para hacer un total de 10, que son los que operan actualmente en la institución.

Como órganos de control de esta organización escalonada, se establecieron comités en diferentes niveles, denominados por sus siglas:

- COMETAUM: Comité Médico Técnico Administrativo de Unidad Médica.
- COMETAZ: Comité Médico Técnico Administrativo Zonal.
- COMETAD: Comité Médico Técnico Administrativo Delegacional.

Las funciones sustantivas de estos comités, en particular los de unidad y zona, eran fundamentalmente la captura de información operativa, la evaluación de la productividad y el análisis de problemas que en la mayoría de los casos las autoridades médicas y administrativas locales no podían ni aún pueden resolver por carecer de facultades de decisión, de hecho todavía se comportan como fuente de información estadística para el nivel central.

En 2001 la Dirección de Prestaciones Médicas propuso la implementación del Programa de AMGD, que comprende la desconcentración de los procesos y facultades a las áreas operativas, en los ámbitos médico, administrativo y financiero; además de la promoción de la autonomía de gestión.

Las AMGD, pensadas bajo el Esquema de regionalización adoptado en 1982, se actualizaron entre 1999 y 2000, conformándose 139 AMGD, autorizadas por el H. Consejo Técnico, mediante el Acuerdo 628/99 del 17 de noviembre de 1999.

Algunas de las acciones desarrolladas como parte de la implementación del Programa de AMGD fueron las siguientes:

- Capacitación a asesores regionales, jefes de servicio delegacionales, miembros de los comités de administración de las AMGD, así como diversos personajes de las áreas normativas.

- Desarrollo e implantación durante 1999 a 2000 del Sistema de Información del Producto Hospitalario necesario para la construcción de los GRD, instrumentos pensados como el mecanismo de gestión clínica y traspaso de costos entre los distintos niveles de atención.
- Firma de acuerdos de gestión (primera fase) en 37 AMGD, una por delegación en 2000.
- Integración del grupo de trabajo institucional de AMGD en marzo de 2001.

El modelo de atención médica diseñado bajo un esquema regionalizado y organizado por niveles de atención, con un sistema de referencia y contrarreferencia marcó la pauta para la dotación de recursos, con base en el comportamiento epidemiológico, la demanda de atención y la accesibilidad para acercar los servicios a la población.

Situación actual

El Instituto otorga alrededor de 100 millones de consultas por año en la consulta externa de medicina familiar, especialidades y urgencias; el sistema de referencia de pacientes entre los diferentes niveles de atención, para la solución de problemas de salud que requieren una mayor capacidad resolutoria, es el procedimiento de comunicación más frecuente entre las unidades médicas, con casi tres millones de envíos por año del primer nivel al segundo nivel. Este importante número de consultas ha identificado deficiencias en la utilización de los servicios y falta de oportunidad en la atención, atribuible tanto al usuario, como al personal de salud y al sistema de organización; esto impacta negativamente en la calidad de la atención médica. Esta situación se origina, en parte, por insuficiente información y comunicación de usuarios y prestatarios de servicio.

En otros casos existe desconocimiento de los recursos con que se cuenta, tanto en el interior de cada unidad médica, como entre las diferentes unidades, así como de los mecanismos para acceder a los servicios; esta situación crea falsas expectativas, como ocurre cuando existe la presencia del especialista pero sin estructura de recursos técnicos para que pueda resolver problemas de su especialidad.

Por otro lado, los proveedores de servicios de primer y segundo niveles se han convertido en adversarios accidentales, ya que cada uno por su lado tiene expectativas diferentes, requisitos definidos unilateralmente, lo que ha generado un clima en el que no se comprenden las necesidades del otro, creando oposición entre ambos prestadores de servicios que, paradójicamente deben y desean colaborar para cumplir con la responsabilidad de atender a un paciente en particular o de una población en general. Los principales problemas que se identifican, que por cierto no son exclusivos de una institución y quizá son compartidos en todo el mundo, incluyen:

- Comunicación insuficiente y deficiente.
- Información heterogénea, fraccionada e incompleta.
- Desconocimiento de las competencias profesionales del personal de salud del mismo nivel y entre los otros niveles de atención.
- Ineficiencia del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Fragmentación de la atención médica en los diferentes niveles.
- Deficiente organización de los servicios, que condiciona sobrecarga de trabajo.
- Deficiente integración del catálogo de insumos terapéuticos y no terapéuticos.
- Burocratización de los procedimientos administrativos, para la referencia y contrarreferencia.
- Insatisfacción del usuario y del prestador de servicios.
- Repercusiones financieras para la institución, las empresas y las familias.
- Deterioro de la imagen institucional.

Experiencia

Incluye las experiencias en la “coordinación de niveles de operación”, desde la perspectiva de la medicina familiar.

Aquí se describirá una propuesta de trabajo para el diseño y operación de un instrumento que recoge distintas experiencias que funcionan en algunos países, adicionadas a la experiencia que al autor de este capítulo le correspondió vivir, participando como parte de un equipo de trabajo, que fueron afinadas con grupos de compañeros médicos adscritos a varias zonas médicas. Seguramente estos procedimientos son los vigentes en algunas de ellas, como parte de los acuerdos de gestión. El autor se apoyó en esas experiencias y amplió y actualizó algunos conceptos y procedimientos para dejar constancia de un quehacer pormenorizado, por cuyo nivel de detalle poco se difunde. Se trata de un documento técnico realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, digno testimonio de los esfuerzos que en el día a día los profesionales cumplen con profesionalismo.

Propósito de la coordinación de niveles de operación

Mejorar la comunicación para lograr que la atención médica que ocurre entre los “profesionales pares” de los distintos niveles de atención funcione como un solo proceso, en el que el personal involucrado encuentre que a pesar de las diferentes competencias profesionales tiene un objetivo común, que es facilitar mejores respuestas a las necesidades de salud de los derechohabientes, garantizando la calidad, la continuidad y el mejor seguimiento de los casos, con control de costos

para alcanzar un uso de recursos más efectivo, teniendo como producto una mayor satisfacción del derechohabiente y de los prestadores del servicio.

Premisas que sustentan la coordinación de niveles de operación necesaria para otorgar una atención integral:

- 1. Atención centrada en las necesidades del paciente.** El paciente y sus necesidades de salud constituyen el centro de los planes y las acciones que realizan los servicios de salud. El objetivo es dar una respuesta satisfactoria a las necesidades de salud, utilizando con efectividad los recursos disponibles y con satisfacción del personal de salud interviniente.
- 2. Trabajo en equipo colaborativo.** Conjunto de acciones organizadas mediante el consenso, el respeto y el diálogo altamente específico que realiza el personal de salud para atender los procesos de enfermedad, invalidez y muerte.
Todo lo anterior permite:
 - El desarrollo de una cultura de corresponsabilidad.
 - La comprensión de la necesidad de una visión holística de los problemas.
 - Una mejor aceptación de las soluciones.
 - La creación de una visión integral y compartida del proceso de atención médica.
 - El entendimiento del límite de las capacidades profesionales.
- 3. Desconcentración de funciones.** Proceso que se da en el ámbito territorial mediante programas específicos, a través de los cuales se transfieren facultades para diseñar programas y procedimientos específicos, adaptados a los recursos disponibles en las unidades médicas de la propia zona o región, confiriéndoles autonomía técnica, pero considerando siempre la normatividad institucional y del sector salud. Radica en esto la fortaleza organizacional del sistema institucional.
- 4. Facultamiento del personal operativo para la toma de decisiones.** Se refiere a otorgar autoridad y facultad al personal operativo, para la toma de decisiones, como expertos responsables de alcanzar y responder por los resultados obtenidos, ya que ese es su compromiso. Para ello deben disponer de un sistema de información que le dé sustento y una normativa que oriente su camino.

Objetivo

Contribuir a la conformación de una unidad funcional de servicios de salud, con base en la integración de tres estrategias: comunicación efectiva, referencia–contrarreferencia y atención médica conjunta, para favorecer una atención integral,

continúa con calidad y eficiencia en el uso de los recursos profesionales, económicos y tecnológicos.

Estrategias y acciones

1. Comunicación efectiva para asegurar el diseño, la operación y la evaluación de las estrategias y líneas de acción anteriores; es indispensable que existan mecanismos que aseguren la comunicación clara y oportuna entre los diferentes niveles de responsabilidad operativa, derivándose en las siguientes líneas de acción:
 - Comunicación entre los directores de las unidades médicas.
 - Comunicación entre los jefes de servicio.
 - Comunicación entre el personal de las áreas operativas.
 - Optimización de los mecanismos de comunicación.
2. Mejora del SRyCR, fundamentada en dos líneas de acción:
 - Caracterización de los componentes de los servicios: competencias profesionales del personal, tecnología disponible y principales procesos de atención médica o social.
 - Elaboración de los criterios de referencia y contrarreferencia para solicitar procedimientos diagnóstico-terapéuticos, estudios de laboratorio o imagenología, hospitalización, cirugía, control de peso, programa de actividades físicas o programa de adicciones.
3. Atención médica conjunta sustentada en la aplicación de un programa tendiente a la revisión de casos clínicos por dos profesionales, como son el especialista en medicina familiar y el especialista de segundo nivel, en un intercambio de conceptos y experiencias.

Evaluación

El objetivo de la evaluación es conocer el nivel alcanzado entre el “es” y el “deber ser” de las estrategias de vinculación y su impacto para lograr una mejor calidad en el desempeño del sistema.

Los indicadores sugeridos son los siguientes:⁹

- a. Porcentaje de pacientes referidos de primer nivel a otro nivel.
Mide el total de pacientes referidos de la consulta de medicina familiar a otro nivel, entre el total de consultas otorgadas en la unidad de medicina familiar x 100.
Valor de referencia 7.0%.
- b. Porcentaje de pacientes referidos entre unidades del mismo nivel.
- c. Porcentaje de derechohabientes satisfechos.

Total de respuestas afirmativas resultantes en la cédula, entre el total de respuestas afirmativas y negativas x 100.

Valor de referencia 90%.

d. Porcentaje de derechohabientes con participación en actividades sociales.

Sumatoria de pacientes con hipertensión, obesidad o diabetes, que cumplen con programas específicos en el centro de seguridad social entre el total de pacientes referidos x 100.

Valor de referencia 90%.

COMUNICACIÓN EFECTIVA

Introducción

Estructuralmente las áreas médicas están conformadas por un conjunto de unidades médicas de primero y segundo niveles de atención, incluyendo las unidades operativas de prestaciones sociales que requieren funcionar como una unidad para la atención médica oportuna, integral y continua. En medicina familiar también se consideran dentro del área organismos institucionales y extrainstitucionales que apoyen la atención integral y, desde luego, que sean accesibles al derechohabiente. La desconcentración institucional es el concepto que sustenta las atribuciones que facultan para decidir y gestionar determinadas actividades, permitiéndole funcionar como unidad en un territorio y bajo la normatividad vigente.

Las áreas médicas requieren realizar actividades y acciones para una comunicación efectiva; su implementación implica un cambio en la forma en que se organizan y operan los servicios de salud. Este tipo de comunicación tiene la finalidad de conseguir una mejor y más eficiente coordinación de las actividades del personal de áreas operativas y directivas, para cumplir las distintas obligaciones que la atención médica tiene con los derechohabientes.

Una comunicación efectiva es posible cuando el personal de salud participa porque es reconocido como profesional con autoridad propia y se le trata como persona y no como objeto; se le permite participar e interactuar como igual para llegar al entendimiento y la aceptación; se organiza en grupos de trabajo permanentes o temporales; dispone de facultades para tomar decisiones e intercambiar opiniones entre pares, reafirmar conceptos o criterios de la práctica u organizacionales; o bien para ofrecer retroinformación. Todo ello con la intención de concertar acuerdos de gestión para la mejora de los servicios.

Los acuerdos de gestión una vez consensuados serán siempre informados, registrados y respaldados por los directivos de las unidades médicas incluidas en el área médica, para que tengan validez y apoyo para su operación.

Los acuerdos de gestión podrán ser, entre otros:

- Acciones para modificar los procedimientos de referencia o contrarreferencia que permitan aplicar el concepto de flexibilidad y mantener la vigencia, con el fin de hacer más eficientes y oportunos los servicios.
- Ampliar la descripción de servicios, por incorporación de competencias profesionales o modificación a los requisitos de acceso.
- Proponer estudios de investigación operativa que permitan ampliar la capacidad resolutoria con base en la evidencia científica, como sería el caso de los recursos terapéuticos, tecnológicos o no terapéuticos. La finalidad última es acercar los servicios al derechohabiente.
- Gestión de recursos terapéuticos y no terapéuticos.
- Autonomía para proponer modificaciones a programas, procedimientos o metas rígidas, o no aplicables al área.
- Acciones de prácticas médicas u organizacionales que permitan mantener y minimizar las diferencias de salud en los derechohabientes.
- Reorganización continua de procedimientos de atención médica que eviten o minimicen las inconformidades de la población derechohabiente.
- Actividades de capacitación o actualización específica.
- Aplicar los resultados de la investigación operativa que permitan el mejoramiento continuo del servicio.

Justificación

La estructura actual entre los niveles de operación en todos los sistemas de salud del mundo funcionan faltos de integración dentro de un mismo sistema, tanto en el macrosistema como en el microsistema, lo cual genera un enfoque de servicios con capacidad resolutoria heterogénea, funcionamiento de subsistemas fragmentados y costosos, con barreras a la equidad y accesibilidad, lo mismo que en los medios como se comunican y en el personal de salud y el derechohabiente. Lo anterior origina débiles formas de comunicación y de coordinación, con distanciamiento de las expectativas y prioridades a la población de la zona que atiende.

Las áreas médicas requieren una organización que homogeneice la participación del personal formado intencionalmente para manejarse con criterio y minimizar la lucha por el poder, con el mínimo de normas y procedimientos flexibles, en mejora continua, con la finalidad de desarrollar el atributo organizacional máspreciado: ser dinámicas y adaptables a nuevas circunstancias, desconcentradas y con la autonomía para tomar decisiones que hagan plausible una vinculación profesionalizada entre los niveles de atención, en beneficio del derechohabiente.

Esta facultad permitirá que el sistema de las áreas médicas se construya sobre una interacción frecuente y esfuerzos interdependientes del personal de salud,

para abordar una tarea común que exige una alta capacidad para el procesamiento de la información y la obtención de resultados más efectivos en tareas complejas.

La estrategia de comunicación efectiva se desarrolla en los grupos formales o temporales de trabajo, identificados como equipo colaborador de atención médica, que se deberán organizar, integrar, trabajar y evaluar a través de procedimientos que permitan la coordinación en redes de trabajo, en las que la jerarquía administrativa pierde relevancia.

Objetivos

- Articular y armonizar el funcionamiento del área médica mediante una estructura formal e informal de comunicación efectiva entre directivos y personal operativo, en línea vertical y horizontal dentro de la estructura de la organización, y a través de la integración de equipos colaboradores de atención médica, en beneficio del trabajador y su familia.
- Coordinar los esfuerzos logísticos y de operación de la atención médica y procurar la equidad en los servicios tanto en el interior de las unidades médicas como entre las que conforman el área médica.
- Mantener un proceso continuo de desarrollo de comunicación efectiva, optimizando los recursos tecnológicos disponibles para este fin por unidad médica y entre los diferentes niveles de responsabilidad operativa, siguiendo las políticas y normas dispuestas por la Dirección de Prestaciones Médicas.

Estructura funcional

Como estrategia de la comunicación efectiva se derivan las siguientes líneas de acción:

- Comunicación entre los directores de las unidades médicas.
- Comunicación entre los jefes de servicio.
- Comunicación entre el personal de las áreas operativas.

La forma de organización se considera de dos tipos:

1. El equipo colaborador de atención médica se constituye con la estructura institucional permanente responsable de las estrategias de vinculación entre el primero y segundo nivel de atención en las áreas médicas, mismo que es conformado por los directores de unidades que integran el área y, según las necesidades, por jefes de servicio y personal de áreas operativas. Esta estructura es la responsable de favorecer el trabajo autónomo y de delegar la

facultad para tomar decisiones de mejora en los equipos colaboradores de atención médica temporales, además de legitimar y apoyar en su caso la implementación, previa validación de las propuestas de gestión que modifiquen el sistema organizacional de vinculación.

2. Los equipos colaboradores de atención médica temporales son considerados de importancia estratégica para la consolidación de la unidad funcional del área médica; están facultados para coordinarse lateralmente mediante redes de trabajo, en las que la jerarquía administrativa pierde relevancia.

Están integrados indistintamente por jefes de servicio o por personal de las áreas operativas, de una unidad médica o de varias, y son convocados o se forman por decisión propia para cumplir una tarea determinada de la atención médica, desapareciendo luego.

Actividades

El equipo colaborador de atención médica será responsable de:

1. Programar las reuniones y agenda de trabajo mensual de acuerdo con las necesidades.
2. Establecer metas y objetivos del sistema de áreas médicas.
3. Vigilar que los acuerdos de gestión surgidos de los diferentes equipos colaboradores se respeten y cumplan en el marco de las políticas y normas aplicables tanto por la Dirección de Prestaciones Médicas como del Sector Salud.
4. Mantener la mejora continua del sistema de referencia y contrarreferencia, basado en el trabajo colaborador del personal de las áreas operativas y de los jefes de servicio.
5. Facilitar la atención médica conjunta que favorezca el mejoramiento del diagnóstico y el tratamiento del derechohabiente, así como el desempeño profesional y la eficiencia de los servicios.
6. Vigilar que la información y su contenido sean claros y apropiados para quien se dirigen.
7. Promover acuerdos de gestión entre los profesionales de la salud que surjan del entendimiento y aceptación, ubicados en la misma unidad médica o en una distinta.
8. Designar al personal de enlace, responsable de la comunicación y coordinación entre unidades médicas.
9. Delegar autoridad al personal de salud dentro de una unidad médica para coordinar actividades de los equipos temporales y colaboradores de atención médica, con el fin de realizar un trabajo específico dentro de un perio-

do de tiempo; no debe ser requisito que sea personal con categoría institucional de directivo.

10. Facilitar al personal el acceso a los mecanismos de comunicación institucionales y gestionar las mismas oportunidades de medios de comunicación entre las unidades que conforman el área médica.

MEJORA DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El sistema de referencia y contrarreferencia fue diseñado para brindar atención médica integral a los pacientes, utilizando en forma óptima los recursos instalados en los diferentes niveles de operación. Este sistema entra en operación cuando la solución del daño a la salud del paciente requiere el apoyo de un nivel de mayor capacidad resolutive.

Para el correcto funcionamiento de este sistema deben existir, entre otros, criterios clínicos, paraclínicos y administrativos, con base en los cuales se determina el envío de los pacientes de una unidad a otra o incluso a servicios de la misma.

La referencia y contrarreferencia de pacientes es un proceso que establece un vínculo de comunicación entre los niveles de operación, en beneficio del paciente y la atención médica integral, y sustenta la integración funcional de un área de servicios de salud.

El conocimiento de las características y capacidades de los servicios deben ser explícitos y no sujetos al nivel de conocimientos que posea el directivo en turno, pues es frecuente la rotación del personal. Se trata de que una unidad médica garantice su funcionalidad y eficiencia.

Elaboración de tipos y características de los servicios de la unidad

Introducción

El desarrollo de una caracterización de servicios puede obedecer a una oferta realizada desde la óptica de la planificación de servicios y de cobertura sanitaria o, en otra medida, responder a una aproximación de la oferta de servicios realizada desde la situación más cercana a la población.

Para el caso que nos ocupa nos concentraremos en el segundo aspecto, es decir, en la oferta de servicios que una unidad puede garantizar ante la solicitud de una persona en particular. El personal de salud determina la capacidad resolutive, lo

que define la oferta de una unidad o servicio determinado a partir de la identificación de los recursos, los servicios de salud que se ofrecen, las patologías que es posible resolver y las enfermedades que tienen que ser derivadas a otra unidad de atención médica.

La elaboración y determinación de los tipos y características de los servicios disponibles en la unidad facilitarán la comunicación, tanto en el interior como en el exterior; primero, porque la organización identifica con claridad su capacidad resolutive y segundo, porque permite definir la accesibilidad, de acuerdo con la capacidad resolutive y puntos de encuentro para definir los criterios de referencia. La definición de la capacidad resolutive de una zona médica contribuirá a la conformación de una unidad funcional de servicios de salud, con un esquema de regionalización flexible que responda a las necesidades de atención médica del paciente.

Por otro lado, junto con la elaboración de los criterios de referencia, facilita la identificación y resolución de necesidades de capacitación específica para incrementar el nivel resolutive de las unidades médicas en forma individual y de la zona médica en general.

Objetivo

Determinar la capacidad resolutive de una unidad asistencial o de un nivel asistencial integrando la capacidad de un área médica, para que conforme un sistema de atención médica flexible se responda a las necesidades del paciente.

Justificación

La caracterización de los servicios permite establecer una relación entre las partes, las unidades de primer nivel y de segundo nivel, o en su caso con los servicios externos —p. ej., el Centro de Seguridad y Solidaridad Social—, contribuyendo a la integración de una unidad funcional, de forma que se facilite en forma realista el proceso de referencia y contrarreferencia entre ellas, la definición de los contenidos de los acuerdos de gestión y la determinación de los objetivos alcanzables.

Procedimiento para la elaboración de las características de cada uno de los servicios en la unidad médica

Con la finalidad de dar respuesta a preguntas como ¿Qué es posible realizar con los recursos con que se cuenta (humanos y tecnológicos)?, el jefe del servicio deberá hacer una encuesta para identificar las competencias del personal adscrito a ella y, de acuerdo con la estructura tecnológica disponible, integrar la definición del tipo de servicios disponibles, para obtener los servicios que se pueden otorgar a los otros.

Los siguientes pasos describen las actividades sugeridas a efectuar para cumplir con dicho propósito:

1. El médico jefe del servicio clínico recaba las competencias profesionales del personal adscrito a su servicio, lo que le permitirá identificar su perfil académico, así como las actividades de atención médica que es capaz de realizar; es importante incluir tanto las competencias definidas en su perfil profesional, como otras relacionadas con el servicio en que labora.
2. La siguiente tarea requiere identificar los recursos de estructura disponibles, con énfasis en los recursos relevantes para las tareas sustanciales que se realizan y no tanto una descripción pormenorizada de las mismas. La integración, en actividades grupales, de competencias profesionales con los recursos físicos disponibles para identificar la oferta de servicios por cada servicio o módulo junto con la información recabada de todo el personal, y con su participación, contribuirán a que el jefe de servicio pueda enlistar los servicios que es posible ofertar.
3. Con los documentos elaborados, el médico jefe de servicio coordinará una reunión con el personal de las áreas operativas para:
 - a. Identificar los mecanismos de acceso que faciliten la utilización de los servicios a sus usuarios, definiendo los procedimientos para recepción de solicitudes y documentación requerida.
 - b. Identificar las necesidades de capacitación o equipamiento para incrementar la oferta de servicios de la unidad.
 - c. Jerarquizar y gestionar las necesidades identificadas.
 - d. Concertar reuniones con los directivos y el personal de otras unidades para la integración de la cartera de servicios de la zona y desde luego de cada unidad médica.
 - e. Identificar servicios y recursos en las unidades de una zona, que puedan ser intercambiados o susceptibles de ser reubicados.

ELABORACIÓN DE CRITERIOS DE REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA

Introducción

La referencia y contrarreferencia plantean la vinculación entre los establecimientos institucionales del primer nivel con el nivel “0”, el segundo nivel y el tercero, favoreciendo la continuidad de la atención médica y la atención integral, con base en la capacidad resolutoria de los diferentes establecimientos. Operativamente

constituye una unidad funcional cuyo propósito es otorgar atención orientada a satisfacer las necesidades diagnóstico–terapéuticas y de rehabilitación del paciente a través del mejor aprovechamiento de los recursos al contar con criterios técnicos y médicos establecidos por consenso entre las partes y con enfoque eminentemente clínico.

Objetivo

Establecer un sistema ágil y funcional de atención a la salud, con un enfoque de atención integral congruente con la diversidad de la demanda de servicios de los pacientes, con distintos estados de salud–enfermedad, que permita definir el momento clínico en que se requiere la participación de otro nivel de atención.

Procedimiento

1. Consenso al interior de la unidad de medicina familiar:
 - a. Identificar las patologías o problemas de salud de su población con enfoque de prioridad, para abordar solo aquellos susceptibles de ser mejorados por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad.
 - A cada médico solicitarle que consigne los problemas clínicos en que considere conveniente estructurar criterios de referencia y contrarreferencia entre los hospitales de la zona.
 - El jefe de medicina familiar, coordinador del módulo, concentra y analiza la información.
 - Los representantes de cada módulo concentran, definen y ordenan la problemática identificada en toda la unidad.
 - b. Elaboración de los criterios de referencia:
 - Devuelven a los médicos un listado de los problemas clínicos identificados.
 - Se les solicita que documenten los criterios clínicos que consideran que deben tener los pacientes para su envío al segundo o tercer nivel de atención, o bien al nivel “0”. Como material de apoyo se pueden usar las guías de práctica.
 - El jefe de medicina familiar coordina la elaboración de talleres con el fin de integrar los criterios propuestos en cada uno de los módulos.
 - c. Integrar conclusiones.
2. Consenso en el interior del hospital general de zona:
 - a. Analizar los criterios de referencia propuestos por el primer nivel de atención y establecer una propuesta para la contrarreferencia.

- Los jefes de servicio dan a conocer a cada uno de los especialistas o subespecialistas que participan en la consulta externa de la unidad los criterios de referencia propuestos por las unidades del primer nivel de atención de su área de influencia.
 - En el ámbito de su competencia cada uno de los especialistas o subespecialistas participantes analiza y comenta los criterios clínicos de referencia propuestos por el primer nivel de atención, y define los criterios clínicos recomendables a alcanzar en cada caso al efectuar su contrarreferencia; en caso de observaciones de modificación hacen el sustento y se discuten entre jefes de servicio.
 - Taller de integración de conclusiones por servicio, tomando en cuenta la información obtenida
 - En conjunto los jefes de servicio participantes, o en su caso el jefe de la consulta externa, integrarán la propuesta de su unidad médica.
- 3. Consenso entre las unidades de medicina familiar y el hospital:**
- a.** Coordinados por un jefe de medicina familiar o de servicio de hospital, integrar en cada unidad de medicina familiar un equipo de trabajo compuesto por un médico familiar de cada uno de los módulos en cada turno y un médico especialista de hospital por cada especialidad participante. Rotar la participación de los médicos para el análisis de las diferentes entidades clínicas.
- Identificar las propuestas de trabajo de cada una de las unidades
 - Argumentar los criterios de referencia y contrarreferencia propuestos por el primer nivel y el segundo nivel.
 - Integrar los criterios de referencia y contrarreferencia consensuados entre las unidades.
 - Concentrar el total de los criterios de referencia y contrarreferencia obtenidos por consenso.
 - Hacerlo del conocimiento de cada uno de los directores de las unidades participantes.
- 4. Difundir los criterios de referencia y contrarreferencia.**
- a.** Los directores, jefes de servicio y jefes de medicina familiar serán los responsables de difundir los criterios de referencia y contrarreferencia obtenidos por consenso entre el primero y segundo nivel de atención, o en su caso los niveles participantes, y de supervisar su cumplimiento.
- 5. Asesoría y control de la estrategia:**
- a.** Los coordinadores delegacionales de atención médica serán responsables de asesorar a los directores de las unidades médicas y al personal operativo, así como de dar seguimiento al desarrollo de la estrategia durante su implantación.
- b.** Los directores de las unidades médicas serán los responsables de la ins-

trumentación de la estrategia hasta su conclusión, así como de supervisar y evaluar su desarrollo.

ATENCIÓN MÉDICA CONJUNTA

Introducción

De acuerdo con los principios que sobre este tema declaró la Asociación Médica Mundial acerca de autonomía y autorregulación profesional, se menciona que “paralelamente al derecho a la autonomía profesional, la profesión médica tiene una responsabilidad permanente de autorregulación y no obstante la existencia de otros reglamentos aplicables a los médicos, la profesión médica debe tomar a su cargo la tarea de regular la conducta y las actividades profesionales del médico”.¹⁰ El análisis específico del acto médico debe estar enmarcado en un ambiente de colaboración que permita una mayor comprensión de los problemas, aceptación y aplicación de las decisiones y dirigir el proceso de atención médica hacia la solución de las necesidades de salud del paciente.

El acto médico es un proceso complejo, es antes que nada un acto humano en el que dos sujetos se relacionan entre sí y, como en toda relación humana, se establece con base en elementos explícitos e implícitos.

Si bien es cierto que aspectos como la eficiencia, la rapidez del servicio, la cortesía y la calidez del mismo tienen un impacto en la evaluación del acto médico, nada sobrepasa el hecho de lograr la cura, el control o el alivio del dolor, la enfermedad y el padecimiento. La responsabilidad del médico es una respuesta consciente a la confianza que el paciente le deposita; así adquiere la obligación de solicitar la participación de otro u otros médicos en la atención de sus pacientes, reconociendo sus limitaciones.

Objetivo

Favorecer la colaboración en el trabajo, generando las condiciones para el diálogo y la discusión entre médicos, del mismo o de diferente nivel, para que en un clima de confianza y respeto se resuelvan los problemas clínicos específicos o de la organización de los servicios, con un enfoque centrado en las necesidades del paciente.

Justificación

La forma en que se otorga la atención médica ha originado problemas para su continuidad, así como una separación grave de las funciones de los médicos en los

diferentes niveles, lo cual no permite la comunicación directa entre ellos y obstaculiza la atención médica integral.

Por lo tanto, se requiere generar condiciones para el trabajo conjunto, en un área médica determinada, que permitan resolver problemas clínicos específicos o de la organización de los servicios, para el mejoramiento de los procesos, a través de la interacción de dos o más médicos del mismo o de diferentes niveles de atención.

Procedimiento

Una vez estructurada la descripción de las características de los servicios y establecido el consenso entre el personal del área operativa con los criterios de referencia–contrarreferencia, se deben identificar las patologías o procedimientos que tienen factibilidad de resolverse en la unidad, al incrementar la competencia técnica, como resultado de la interacción entre personal de diferentes unidades.

Se integrará un equipo de trabajo conformado por personal de las unidades involucradas, en nuestro ejemplo, del Hospital General junto con las unidades de medicina familiar que le refieren pacientes.

Cada conjunto de unidades de medicina familiar y hospitales deben elaborar:

- Un cronograma que permita establecer la periodicidad de la interacción.
- Criterios explícitos con los estándares de calidad de atención esperados en cada uno de los padecimientos seleccionados.

El médico del área seleccionada trabajará en la unidad médica que lo requiera en conjunto con los médicos propuestos para participar en esta actividad.

Es conveniente que se estructuren al menos dos sesiones de trabajo conjunto de dos horas, cada una para el médico visitante.

La interacción entre el médico visitante y los de la unidad sede tendrá tres etapas:

- Presentación, expectativas, discusión técnica de los problemas de atención identificados por los médicos de la unidad sede, datos para la localización de cada uno de los participantes.
- Atención conjunta de pacientes seleccionados.
- Evaluación de las actividades realizadas.

Los médicos que participarán en la atención médica conjunta no tendrán asignadas otras actividades durante el lapso en que se programe su interacción.

Al final de cada jornada el médico visitante y los médicos que interactuaron se reunirán con el jefe de servicio respectivo en una sesión de retroinformación

para la discusión de aspectos clínicos relevantes y la determinación de acuerdos para mejorar la atención integral de los pacientes.

CONCLUSIONES

Los componentes de uno y otro nivel han empezado a reconocerse como partes de una misma entidad. Falta todavía mucha discusión y elaboración de estrategias de intervención, así como superar muchas reticencias mutuas. Hay que evolucionar siguiendo la evaluación de los resultados que van generando las medidas implantadas.

Adicionalmente, aún se carece de incentivos organizacionales que distingan la excelencia médica; por ejemplo, los que promueven la eficiencia para el mejor uso y capacidades de los servicios, la economía en la atención oportuna y apropiada al nivel de atención, la equidad en acceso a los servicios en lo horizontal y vertical, la disminución de gastos de “bolsillo del derechohabiente” y los gastos en traslados y viáticos que hace la institución. Se debe seguir invirtiendo en el prestigio del Instituto.

En numerosas ocasiones se ha utilizado el término “primer nivel” peyorativamente, como si “puerta de entrada al sistema” fuese la de atención a problemas de salud banales: “catarros y diarreas” para caracterizar su trabajo. En mi opinión, hay desconocimiento por parte de los usuarios y prestadores de servicios de la responsabilidad que asume este nivel en su papel de auténtico gestor de los cuidados de salud que requieren los derechohabientes. La accesibilidad, la cualificación del desempeño profesional y el criterio de eficiencia como eje de las decisiones sobre los recursos a los que debe acceder el paciente para mejorar o resolver algún problema de salud son responsabilidades sustantivas que repercuten en todo el sistema y que exigen a los médicos familiares y el equipo de salud un conjunto de habilidades múltiples más allá de la exclusiva cualificación técnica. Este desempeño constante se realiza de forma discreta, sin espectacularidad ni protagonismos.

Para finalizar, quiero expresar mi reconocimiento a tantos profesionales de la medicina familiar que han contribuido para construir y mejorar de manera cotidiana la seguridad social sin caer en el desaliento.

REFERENCIAS

1. **Anzures CR:** Conceptos y principios de la medicina familiar. En: Anzures CR, Chávez AV, García PC *et al.* (eds.): *Medicina familiar*. 2ª ed. México, Corinter, 2013:33–64.
2. Instituto Mexicano del Seguro Social: Norma que establece las disposiciones para la presta-

- ción de la atención médica en las unidades de medicina familiar. 2000-001-007. 2007:1-12.
3. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud: *Renovación de la atención primaria de la salud en las Américas. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de reestructurar un sistema de salud más concentrado en los servicios de atención primaria?* DK-2100. 2004.
 4. Ley del Seguro Social: Título Primero, Artículo 2. *DOF* 21 diciembre de 1995. Última reforma en 28 de mayo de 2012.
 5. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Norma que establece las disposiciones para la prestación de la atención médica en las unidades de medicina familiar.* 2000-001-007. 2007:1-12.
 6. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Norma que establece las disposiciones para la prestación de la atención médica en las unidades de medicina familiar.* 2000-001-007. 2007:1-12
 7. Consejo de Salubridad General: Comisión para la certificación de establecimientos de atención médica. *DOF*, 20 de septiembre de 2002.
 8. Reglamento de prestaciones médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 30 de noviembre de 2006:1-23
 9. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Guía técnica de indicadores de evaluación.* Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones. ID00-006-001.
 10. Asociación Médica Mundial: *Declaración sobre autonomía y autorregulación profesionales.* 39ª Asamblea Médica Mundial. Madrid, España, octubre de 1987. Revisada por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains. Francia, mayo de 2005.

Gestión directiva del médico familiar

Miralda Aguilar Patraca, Criselda Álvarez Álvarez

INTRODUCCIÓN

En el decenio de 1980 diversas empresas introdujeron los principios de gestión con términos positivos, mientras que en la década de 1990 se habló de reingeniería y gestión por procesos como mejora continua en la calidad (planear, hacer, verificar y actuar), lo cual a través de tiempo se llamó gestión por procesos.

La gestión tradicional consiste en una visión vertical en donde se trabaja por especialidad o funciones con una estructura jerarquizada por departamentos, la cual surgió desde el siglo XVIII, gracias a Adam Smith. En el siglo XXI el cliente es más exigente, por lo que la gestión es más dinámica y competente, por lo que se crea interrelación entre las funciones (visión horizontal), otorgándole al cliente un valor, adquiriendo el nombre de gestión por procesos.

Algunas diferencias de ambos modelos incluyen que la gestión tradicional se centra en la práctica clínica, no cuenta con gestión de procesos y no hay continuidad, asistencia ni responsabilidad personal; en cambio, la relevancia de la gestión clínica radica en las evidencias, mostrando continuidad asistencial, con gran responsabilidad en el coordinador del proceso.

El cliente o usuario del siglo XXI es cada vez más exigente y más dinámico, y la competencia es global y dura, por lo que es tiempo de romper los paradigmas. El principal problema que se presenta a este cambio es el fenómeno silo, llamado así por semejarse a compartimientos cerrados o estancos. Dichos compartimientos consisten en:

- a. Rivalidad interna.
- b. Enemigos internos cuando en realidad son los externos.
- c. Desconocimiento de funciones.
- d. Optimización local del departamento, cuando debe ser global.
- e. Objetivos funcionales no alineados.
- f. Nula atención al cliente, enfocados sólo en las funciones del departamento.

La gestión por procesos es el conjunto de actividades que interactúan, los cuales transforman elementos de entrada en resultados.

En la actualidad los modelos de gestión, como el Mocerí y otros, se basan en realizar acciones que produzcan satisfacción en el usuario.

Otro sistema de gestión de calidad es el ISO 9000, basado en normas de calidad para lograr la eficacia y la eficiencia.¹

Frente a la globalización que conlleva a actualizar nuestro quehacer diario, como la competitividad, frente a otras instituciones los directivos y autoridades de IMSS se han dado a la tarea de realizar estrategias por competencias, como la atención y servicio al cliente, la gestión del cambio, la toma de decisiones, la gestión de la asociatividad, la gestión de la diversidad, el pensamiento sistémico y estratégico, la comunicación efectiva, el liderazgo y el trabajo en equipo, lo cual conlleva a tener una cultura organizacional con competitividad.

Dichas estrategias de buenas prácticas son eventos competitivos dentro del cuerpo de gobierno, además del *coach* gerencial, sin dejar de lado los eventos informativos en línea y el autoaprendizaje. Todo ello orienta a trabajar con directivos de multinivel, logrando un equipo de alto desempeño.²

DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

El proceso de gestión directiva se basa en técnicas participativas, con el objetivo de generar ideas, identificar la situación problema, analizar sus causas y la mejor solución, así como trazar objetivos y metas, e identificar fortalezas y debilidades de la institución; de igual forma se toman en cuenta las oportunidades y amenazas de los ambientes que nos rodean.

Los objetivos de gestión en el primer nivel de atención van de la mano con la eficiencia en la accesibilidad, la atención continuada, la atención integral, la actividad en equipo, la atención con la participación activa de la comunidad y la realización de consulta.

Los objetivos de gestión incluyen:

1. Facilitar el logro de los acuerdos estratégicos y específicos dentro del plan estratégico institucional.

2. Contribuir a la implementación, seguimiento y evaluación del desempeño institucional.
3. Mejorar el desempeño institucional con transparencia y eficiencia.
4. Contribuir a la modernización de la gestión y optimización de procesos en la toma de decisiones.
5. Mejorar la asignación y administración de recursos diseñados por la gestión directiva.

DESARROLLO

La planificación de la salud y sus estrategias giran alrededor de las necesidades sociales, las cuales deben ser satisfechas dentro de sus posibilidades, ya que la toma de decisiones del directivo conlleva repercusiones ético–sociales que pueden afectar a las familias, por lo que el directivo tendrá que tomar en cuenta los aspectos económicos, sociales y éticos, para poder emitir juicios de calidad.

La gestión directiva es el estudio de la dirección consciente y sistemática sobre un sistema específico, como la planificación de la salud, apoyándose siempre en la gestión administrativa, que es el estudio de la dirección consciente y sistemática sobre el sistema de la salud pública.

Las principales técnicas de gestión están encaminadas en el análisis de las causas del problema y su priorización para solucionarlas (identificación del problema). En relación con la normatividad, evaluará los cambios y su pertinencia, trazará objetivos y realizará el diseño de las actividades; en el momento estratégico implica el análisis pertinente para la toma de decisiones y en el momento operacional constituye la ejecución de las acciones trazadas.

La actividad directiva se caracteriza por una permanente toma de decisiones de quienes tienen la responsabilidad de garantizar la misión de la organización y encaminarla hacia su visión; lleva implícito el hecho de que toda decisión tiene efectos económicos y sociales que no siempre están en correspondencia con la relación costo–beneficio, por lo que es de vital importancia el análisis ejecutivo de la salud con un triple enfoque:

- a. Económico: procurar que las decisiones sean para el beneficio de la institución de salud y todo el sistema.
- b. Social: tomar en cuenta que las decisiones estén en relación directa con el bien individual y el bien común.
- c. Ético: tiene que velar por las acciones resultantes de una decisión tomada que no lesionen la dignidad de las personas involucradas ni afecten a dependientes.

Entre las gestiones directivas se encuentran las gestiones administrativas que la Organización Mundial de la Salud establece como requisitos para la eficiencia, la accesibilidad, la atención continuada e integral, la actividad en equipo, la atención con la participación activa de la comunidad y la realización de la consulta.

En el proceso de mejora continua del modelo de medicina familiar los ejecutivos, profesionales y trabajadores en general están llamados a desarrollar capacidades, tales como:

1. Visión del servicio (perfeccionamiento a través de la comunicación permanente con los clientes internos y externos).
2. Establecimiento de altos estándares de calidad (políticas y programas de calidad en busca de detalles y beneficios para el usuario).
3. Liderazgo sobre el terreno (dirigir en el propio terreno de operaciones, no desde un escritorio).
4. Integridad (aplicar los principios éticos de justicia, respeto a la dignidad de las personas y a su autonomía. Desarrollar las virtudes éticas de honradez, confiabilidad y discreción).

Tomando las reglas que Charles Kought denomina como “reglas de oro de un directivo”, y reordenándolas desde un prisma ético, se aprecia su íntima relación con las propias actividades que un directivo debe desarrollar:

- Saber ordenar las prioridades.
- Ocuparse de lo posible.
- Jamás delegar lo esencial.
- Informarse bien.
- Exigir mucho.
- Actuar rápido.
- Comprometerse.
- Saber perder.
- Ser justo y decidido.
- Disfrutar del trabajo.

Un buen directivo otorga orientaciones breves, claras, precisas y oportunas relacionadas con la estrategia a seguir; asimismo, debe saber escuchar a sus subordinados para realizar estrategias tácticas y llegar a la meta trazada, por lo que la motivación por parte del directivo es relevante, y hacer que sientan importantes y dueños de los proyectos, lo cual conlleva a llegar rápidamente al punto final del proyecto.³

Otra cualidad que debe desarrollar un buen directivo es la decisión rápida y oportuna. Muchas de las grandes obras sociales fracasan porque el dirigente no ha sido capaz de tomar la decisión precisa en el momento oportuno.

El directivo o gerente de una institución tiene que destacar, entre otras cosas, por saber planificar y organizar su tiempo, y por dirigirse con respeto a sus subordinados.⁴

Entre las principales técnicas de gestión se encuentran las relacionadas con la planificación estratégica, que abarca cuatro momentos:

1. Momento explicativo (identificación de problemas, el análisis de sus causas y su priorización).
2. Momento normativo (evaluación de los posibles cambios y su pertinencia, generación de ideas para los proyectos de intervención, determinación de objetivos y diseño de las actividades).
3. Momento estratégico (evaluación de las fuerzas que actuaron, toma de decisiones).
4. Momento operacional (ejecución).⁵

Con los problemas ya identificados se diagnostican las causas internas y externas; entonces el directivo está en condiciones de pasar a su priorización o jerarquización, lo cual se puede lograr utilizando técnicas participativas, tales como la de Renqueo. Con esta técnica lo que se pretende es analizar la tendencia, la frecuencia y la gravedad de los problemas, así como evaluar los recursos presentes para su solución, la vulnerabilidad de la institución y la coherencia con la misión para llevarse a cabo.

Cuando se organizan reuniones o juntas es relevante invitar al equipo para orientar e informar, tomando en consideración lo siguiente:

- Objetivos concretos, importantes y claros.
- Agenda detallada.
- Convocatoria con suficiente antelación.
- Definición precisa de los participantes.
- Establecimiento de tiempo límite.
- Cumplimiento estricto de la fecha y hora de la convocatoria.
- Definir las reglas de la reunión al inicio.⁶

El directivo aprenderá a identificar al personal idóneo para delegar responsabilidades cuando las tareas que tiene previstas son acaparadoras o bien le corresponda al área de atención del subordinado en cuestión, o porque la capacidad y las habilidades del ejecutivo seleccionado le auguren el éxito de la tarea.

La visión de la gestión directiva en los servicios de salud está alineada a la eficiencia con calidad, implementando nuevas metodologías y herramientas que den respuestas a sus necesidades, con la finalidad de mejorar el estado de salud de la población a la que brindan servicio.

Diariamente la mayoría de los gestores enfrentan los efectos negativos de la segmentación del sistema y la fragmentación de los servicios de salud; están obli-

gados a adaptarse a los constantes cambios por el aumento en la demanda de servicios y reformas de origen multifactorial, situación que determina la flexibilidad que debe tener el que ejerce la gestión directiva. De igual forma existen gestores con déficit en su capacidad gerencial, que afecta la eficiencia, la eficacia y la efectividad de los servicios; entre ellos se cuentan el uso limitado de la información que le impide tomar decisiones, la falta de competencias críticas para analizar la ejecución oportuna de acciones correctivas y la evaluación del desempeño, y la gestión del cambio en instituciones.

Es prioritario el fortalecimiento del gestor directivo para alcanzar los objetivos de la transformación de los sistemas y servicios de salud, que promueven la capacitación y educación permanente de los gerentes de salud para incrementar y reforzar las competencias requeridas en la gestión y el uso de metodologías y herramientas que faciliten un desempeño eficiente, como la construcción de indicadores de gestión, que aportan la base para la medición de la productividad, los tableros de mando y control de las instituciones, y la creación de elementos para la gestión del día a día, como las gráficas de tendencias que identifican alteraciones inmediatas o patrones de comportamientos habituales.

Se debe trabajar para establecer una cultura de la información y un sistema de análisis de la misma aplicando una metodología para tomar las mejores decisiones en las actividades de gerencia de los servicios de salud y en los planes de mejoramiento, en los que se planificarán y ejecutaran las acciones correctivas para el logro de la metas de la organización y los sistemas en salud.⁷

El directivo de una institución tiene que caracterizarse por destacar en planear y organizar su tiempo, y por mostrar el respeto de sus subordinados. En este sentido no tiene otra alternativa que desarrollar ciertas competencias, como son la disciplina y la constancia. La primera de ellas ayuda para ser fiel cumplidor de las tareas que planifica, incluyendo el respeto del tiempo de ejecución; la constancia sirve para perseverar hasta que la última de las tareas planificadas haya sido cumplida.⁸

El sector de los servicios de salud es un ámbito de gran innovación, en el que se esperan cambios profundos que obligarán a afrontar los retos que se comentan pero que no se desarrollan, concluyendo con nuevos problemas de salud.⁹

En la convención de Alma Ata en 1978 se realizó la importancia de la atención primaria de la salud como un derecho de las personas, además de que debe prestar un servicio de promoción, prevención, curación y rehabilitación, por lo que se realizan compromisos para realizar procesos de mejora continua basados en resultados, en los cuales son efectivos los acuerdos de la alta dirección. Estos acuerdos de gestión se perciben como instrumentos institucionales que expresan el compromiso de la alta dirección, con la finalidad de resolver los problemas de gestión que en un momento dado puedan afectar el acceso, la oportunidad y la calidad de los servicios a los derechohabientes.

Los acuerdos de gestión constan de dos compromisos:

1. **Generales:** se refieren a las primacías de las estrategias institucionales.
2. **Específicos:** conllevan no sólo a las prioridades de las estrategias, sino a resolver los problemas de cada unidad de gestión.

Es responsabilidad del director institucional llevar a cabo el cumplimiento de los acuerdos y compromisos de gestión de acuerdo con su capacidad resolutoria.¹⁰

La gestión directiva de un nivel de atención primaria elabora una forma de trabajo en conjunto con la gestión de procesos para mejorar la salud de los ciudadanos. El directivo es un profesional de la salud que funge como portavoz de las acciones a realizar como líder del proceso, adquiriendo competencias nuevas para desempeñar las funciones con éxito y adoptando una actitud profesional para realizarla con eficiencia y responsabilidad.

Entre las habilidades directivas para llevar a cabo esta función de gestión se encuentran la visión de futuro, el liderazgo, la capacidad de comunicación, el sentido común, la delegación, la toma de decisiones, la flexibilidad, la motivación, la empatía, la negación y la organización.

Aquí se describen algunas de ellas, como la visión de planear a futuro con la finalidad de proveer alguna situación en particular; el liderazgo implica ejercer una influencia sobre las personas, motivándolas para trabajar en forma conjunta o hacia un bien común; la capacidad de comunicación es la habilidad de escuchar, preguntar y expresar conceptos e ideas de forma efectiva; la toma de decisiones es el proceso que consiste en realizar una elección entre diversas alternativas; la empatía implica conocer en forma afectiva a las personas; y la organización es un sistema diseñado para alcanzar ciertas metas y objetivos, y puede estar formado por grupos de personas o tareas.

Cuando el directivo actúa por competencias se da a la tarea de realizar:

1. El plan estratégico, tomando en cuenta las competencias centradas en la observación y relacionándolo con la visión, la resolución de problemas, la gestión de recursos, la orientación al paciente y la negociación.
2. El plan intratético se orienta a fomentar el desarrollo y el compromiso de los empleados: comunicación, organización, empatía, delegación, *coaching* y trabajo en equipo.
3. La eficacia personal, centrado en la relación eficaz de la persona con su entorno: proactividad, autogobierno, gestión personal y desarrollo personal.¹¹

Como parte de la gestión directiva están los mecanismos de gestión de quejas y sugerencias de la atención de los usuarios en el primer nivel de atención, en los cuales el director realiza procedimientos para la atención oportuna de la queja o sugerencia, promoviendo la sensibilización entre los mecanismos de gestión de

quejas y el personal de la unidad; dicho departamento es el encargado de canalizar, analizar y solucionar las quejas o sugerencias presentadas por los usuarios, siempre en diálogo constante con la gestión directiva, para que trascienda una mejor calidad de atención médica en el primer nivel de atención.¹²

CONCLUSIONES

Realizar el análisis de la gestión directiva tomando en cuenta otros procesos, como son la gestión clínica y la gestión administrativa, orientará acerca del clima organizacional, así como a áreas de oportunidad, buscando siempre nuevos retos dirigidos a una mejora continua, por lo que se contempla al directivo como el líder del proceso por su planeación e implementación de estrategias.

Como parte de la gestión estratégica directiva se tomarán en cuenta la planificación de la salud y el modelo operativo a seguir, con base principalmente en las necesidades sociales y sobre todo en la satisfacción de los usuarios. Todo ello es digno de tomarse en cuenta para la toma de decisiones, ya que tiene repercusiones ético-sociales que afectan a las personas, a los familiares y la comunidad, por lo que se recomienda analizar el plan de mejora con un triple enfoque: económico, social y ético.

Se enfatiza, además, que las estrategias implementadas sean oportunas y efectivas, reflejadas siempre en la satisfacción de los usuarios externos o internos, con la finalidad de lograr una atención médica de calidad y oportuna.

REFERENCIAS

1. **Rodríguez GM:** *Diplomado en habilidades en gestión directiva para la competitividad y eficiencia institucional*. Centro de capacitación y calidad. Jalisco, IMSS, SNTSS.
2. *Buenas prácticas en la seguridad social (ISSA)*. Modelo de evaluación y fortalecimiento de habilidades directivas para la competitividad. 2007. www.issa.int.
3. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003;19(4).
4. **Castell Florit SP:** Organización del tiempo de trabajo del dirigente. En: Fernández CE, Castell Florit P: *Gerencia en salud. Selección de temas*. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública, 1998.
5. **Jiménez CL:** El enfoque estratégico de la planificación de intervenciones. Algunas aplicaciones en el nivel local de salud. En: Fernández C, Castell Florit P: *Gerencia en salud. Selección de temas*. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública, 1998.
6. **Castell Florit SP:** Organización del tiempo de trabajo del dirigente. En: Fernández CE, Castell Florit P: *Gerencia en salud. Selección de temas*. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública, 1998.
7. Organización Panamericana de la Salud: *Metodología de gestión productiva de los servicios de salud. Introducción y generalidades*. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud, 2010.

8. **Castell Florit SP:** Organización del tiempo de trabajo del dirigente. En: Fernández CE, Castell Florit P: *Gerencia en salud. Selección de temas*. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública, 2008.
9. **Pedregal CV:** Realidad de la gestión clínica en las consultas de atención primaria. *Rev Valenciana Med Fam* 20.
10. *Seguridad social para todos*. Presidencia ejecutiva. Gerencia general. Acuerdos de gestión 2012–2013.
11. *Gestión en atención primaria: incorporación de la práctica directiva en el liderazgo asistencial*.
12. *Directiva de normas que regulan el procedimiento y trámite de gestión de quejas y sugerencias de atención de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención*.
13. **Corral R:** *Gestión basada en procesos*. <http://www.robertocorral.com/>.
14. *La gestión por procesos*. Toledo, Servicio de Calidad de la atención Sanitaria, 2002. <http://www.chospab.es/calidad/archivos/Documentos/Gestiondeprocesos.pdf>.
15. *Guía para una gestión basada en los procesos*. Instituto Andaluz de Tecnología. <http://www.centrosdeexcelencia.com/dotnetnuke/Portals/0/guiagestionprocesos.pdf>.
16. *Norma que establece las disposiciones para la aplicación de los Criterios del Modelo de Competitividad, Efectividad y Resultados Institucionales "Moceri"*. IMSS, 2008.

Ética en la medicina familiar

*Celina Gómez Gómez, Irasema Rodríguez Rodríguez,
Laura Hermila de la Garza Salinas, Daniel Mendoza Martínez*

La ética como disciplina estructurada no tiene más de 30 años. Su desarrollo se debe al avance tecnológico de la medicina, los cuestionamientos sobre su aplicación, el aumento de los conocimientos médicos en la población, la conciencia de los pacientes sobre las decisiones que tienen que participar y la mercantilización de algunos profesionales de la salud.

La palabra “ética” se deriva del griego *ethos*, que significa “costumbre”; “moral” significa también “costumbre” pero en latín, aunque su origen es diferente. Es la parte de la filosofía que estudia la moralidad del obrar humano. Se entiende por moralidad, la cualidad que se refiere a los actos humanos que se realizan libremente pero con la diferencia valorativa entre lo que es bueno y malo, haciendo referencia a normas, criterios o medidas que sirven de canon para determinar la bondad o maldad de un comportamiento.¹

El término “bioética” fue establecido por primera vez por el oncólogo estadounidense van Rensselaer Potter en 1971, quien lo definió como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto es examinada esta conducta a la luz de valores y principios morales. Para Potter la bioética era un puente —como lo señala en el título de su libro— para eliminar el conflicto entre las ciencias exactas y la metafísica y entre el conocimiento biológico experimental y el humanismo tradicional, por lo que consideró a la bioética como una nueva disciplina que reflexiona sobre los datos de la biología y sobre los valores humanos al mismo tiempo, utilizando el término “bio” para representar al conocimiento biológico y ciencia de los seres vivos, y el término “ética” para indicar el conocimiento de los sistemas de valores.

Sin embargo, fue André Hellegers, obstetra holandés, quien introdujo el término “bioética” en el ámbito académico y de las ciencias biomédicas, creando un vínculo entre la medicina, la filosofía y la ética, suscitando así el interés de los profesionales de la salud.²

ÉTICA MÉDICA

Thomas Percival, médico inglés, es considerado el padre de la ética médica, debido a que fue el primero en utilizar estas dos palabras en su libro *Medical ethics*, que trata de ciertos aspectos éticos del ejercicio de la medicina. De manera tradicional, la ética médica, trata de los problemas relacionados con valores que surgen de la relación médico–paciente.³

La ética médica nació como consecuencia de la incapacidad de nuestros antepasados para llevar una vida ordenada, dando origen a distintos juramentos, entre ellos el de Hipócrates, los cuales eran utilizados como instrumentos para crear un orden; así, al jurar se realizaba un compromiso de actuar de cierta manera, de tal modo que el estudiante de medicina que hacía un juramento se comprometía a usar el tratamiento en beneficio de la persona enferma. Entonces, un médico que realiza un juramento ordenará su vida y su profesión respetando la vida desde su principio hasta su fin natural, la sexualidad y la capacidad para transmitir la vida; afirmando la dignidad y la igualdad de todos los seres humanos, hombres y mujeres, limitando el uso de su conocimiento y de lo que sabe hacer con fines terapéuticos.

Dicho lo anterior, se puede decir que la ética médica es un sistema simbólico que expresa el orden de la relación entre el médico y los profesionales de la salud y el paciente, y a su vez articula las obligaciones del médico de establecer una relación de colaboración y oferta de servicios con el paciente, que dicha oferta sea leal a lo que él mismo está exigiendo, prestar atención a toda la información aportada por el paciente, entender esta información, enjuiciar racionalmente si su entendimiento es correcto y hacer sólo aquello que hace con base en lo que ha entendido correctamente y en el momento correcto, de manera responsable, prudente y con lealtad hacia su paciente y su profesión.⁴

ÉTICA CLÍNICA

La ética clínica es una disciplina de aplicación práctica que proporciona un método de análisis estructurado para identificar, analizar y resolver los aspectos éti-

cos en medicina clínica. La medicina, aun en su máximo nivel técnico y científico, es un encuentro entre seres humanos y el trabajo del médico familiar al diagnosticar una enfermedad, ofrecer consejo y proporcionar tratamiento dentro del contexto moral.

En ocasiones los médicos y el paciente o su familia pueden tener diferencias de valores o pueden enfrentar elecciones que comprometan sus valores. Es aquí donde los problemas éticos emergen.⁵

Para trabajar de manera constructiva para identificar, analizar y resolver muchos de los problemas éticos que se presentan en la práctica profesional del médico familiar hay diferentes metodologías; se sugiere que los casos clínicos se analicen en la siguiente secuencia:

1. Indicaciones médicas.
2. Preferencias del paciente.
3. Calidad de vida.
4. Contexto, definido como el medio social, económico, legal y administrativo en el que se presentan estos casos.¹

El método habitual de presentación de casos tiene el siguiente orden:

1. Motivo de la consulta o padecimiento actual.
2. Historia de la enfermedad presente.
3. Padecimientos previos.
4. Antecedentes heredofamiliares y sociales.
5. Exploración física.
6. Datos de laboratorio y gabinete.

Un buen juicio ético consiste en apreciar cómo los principios éticos deberían ser interpretados en las condiciones clínicas reales.^{5,6}

Indicaciones médicas

Se incluye el contenido habitual de una discusión clínica, como son el diagnóstico, el plan de tratamiento y el pronóstico del problema médico del paciente. Se refieren a las intervenciones diagnósticas y terapéuticas que son apropiadas para evaluar y tratar correctamente el problema. Los principios que aplican son el de beneficencia y no maleficencia. Debemos preguntar cuál es el problema médico, los antecedentes, el diagnóstico, el pronóstico, si el problema es agudo, crónico, o crítico, si se trata de una emergencia, si es un problema reversible, cuáles son los objetivos del tratamiento, cuáles son las probabilidades de éxito y cuál es el

plan en caso de falla del tratamiento. En suma, ¿cómo puede este paciente ser beneficiado por la atención médica y cómo se puede evitar el daño?

Preferencias del paciente

En todo tratamiento médico las preferencias del paciente están basadas en la valoración personal de los beneficios y de las molestias.

En el caso de menores de edad la madre, el padre o el tutor actúan como subrogados, ya que se considera al menor incapaz de velar por su mejor interés. Los principios que aplican son el de respeto a la autonomía. En cada caso clínico hay que plantearse ciertas preguntas: ¿qué es lo que mejor para el paciente?, ¿es el paciente mental y legalmente competente?, ¿hay evidencia de su incapacidad?, si es competente, ¿qué ha especificado sobre sus preferencias de tratamiento?, ¿ha sido informado de los beneficios y riesgos, entendió la información y dio su consentimiento?, si está incapacitado, ¿quién es el tutor apropiado?, ¿está el responsable legal utilizando los estándares apropiados para la toma de decisiones?, ¿ha especificado previamente sus preferencias?

La revisión completa de estos temas requiere varias preguntas adicionales: ¿se ha proporcionado la suficiente información?, ¿entendió el paciente la incertidumbre inherente en cualquier recomendación médica y el rango de acciones racionales que existen?, ¿está aceptando voluntariamente?, ¿está siendo presionado?, sí la madre, el padre o el tutor no están capacitados, ¿quién tiene la autoridad para decidir en beneficio de este paciente?, ¿cuáles son los límites éticos y legales de esa autoridad?, ¿qué se debe hacer si no se logra identificar a un subrogado? En suma, ¿están siendo respetados sus deseos dentro de los límites éticos y legales?

Calidad de vida

Cualquier lesión o enfermedad amenaza a las personas con una reducción en la calidad de vida manifestada en los signos y síntomas de la enfermedad. Un objetivo de la intervención médica es el de restaurar, mantener o mejorar la calidad de vida de tal manera que en cualquier situación médica la calidad de vida debe ser considerada. Es importante este aspecto, ya que abre la puerta a la discriminación y los perjuicios.

Los principios que aplican son el de beneficencia, no maleficencia y respeto por la autonomía: ¿cuáles son los prospectos, con o sin tratamiento, para regresar a una vida normal?, ¿qué déficit físicos, mentales y sociales puede presentar el paciente si el tratamiento tiene éxito?, ¿existen prejuicios del médico que puedan

perjudicar la evaluación de calidad de vida del paciente?, ¿es la condición actual o futura del paciente tal que en caso de continuar con vida pueda ser juzgada indeseable?, ¿existe algún plan y razón para no continuar tratamiento?, ¿existe algún plan de confort y cuidados paliativos?

Contexto

Los casos se desarrollan en instituciones, personas, arreglos financieros y sociales que pueden influir la atención del paciente de manera positiva o negativa. El contexto por sí mismo es afectado por las decisiones que se tomen. Estas decisiones pueden ser psicológicas, emocionales, financieras, legales, científicas, educativas o religiosas. En cada caso la relevancia de estas características debe de ser determinada y valorada, ya que pueden tener una importancia crucial en el entendimiento y resolución del caso.

Los principios que aplican son el de lealtad y justicia: ¿existen aspectos familiares que puedan influir el tratamiento?, ¿existen aspectos en los proveedores (médicos y enfermeras) que puedan influir el tratamiento?, ¿existen factores financieros o económicos?, ¿existen factores religiosos o culturales?, ¿existen límites en la confidencialidad?, ¿existen problemas para obtener los recursos?, ¿cómo afecta la ley las decisiones de tratamiento?, ¿está involucrada la investigación clínica o la enseñanza?, ¿existe algún conflicto de interés por parte del proveedor o de la institución?

Los problemas éticos, al igual que los problemas médicos, no deben dejarse sin solución, por lo que después de cada presentación de un caso se debe llegar a recomendaciones para su manejo. El deseo de un médico y del paciente de adherirse a los valores morales, como respeto mutuo, honestidad, confianza, compasión y compromiso en busca de compartir los objetivos, generalmente asegura que es muy raro que ocurran conflictos importantes entre el médico y el paciente o su familia.⁵

Para que el médico familiar pueda analizar los casos y ver al individuo y a la familia desde el punto de vista ético, es necesario que adquiera conocimientos sobre códigos de ética que incluyan los derechos de los pacientes y los del médico, entre otros.

CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

Adoptado por la III Asamblea Médica Mundial (Londres, octubre de 1949) y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial (Sydney, agosto de 1968) y la 35ª Asamblea Médica Mundial (Venecia, octubre de 1983).⁷

Deberes de los médicos en general

El médico debe mantener siempre el nivel más alto de conducta profesional.

El médico no debe permitir que motivos de lucro influyan en el ejercicio libre e independiente de su juicio profesional a favor de sus pacientes.

El médico debe, en todos los tipos de práctica médica, dedicarse a proporcionar su servicio médico competente con plena independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana.

El médico debe tratar con honestidad a pacientes y colegas, y esforzarse por denunciar a los médicos faltos de ética o de competencia profesional, o a quienes incurran en fraude o engaño.

Las siguientes prácticas se consideran conducta no ética:

- a. La publicidad hecha por un médico, a menos que esté permitida por las leyes del país y el código de ética de la Asociación Médica Nacional.
- b. El pago o la recepción de cualquier honorario o retribución por la remisión de un paciente a otro facultativo o institución o por alguna prescripción o receta.
- c. El médico debe respetar los derechos del paciente, de sus colegas y de otros profesionales de la salud, así como salvaguardar las confidencias de los pacientes.
- d. El médico debe actuar solamente en interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la fortaleza mental y física de aquél.
- e. El médico debe obrar con suma cautela al divulgar descubrimientos o nuevas técnicas o tratamientos a través de conductos no profesionales.
- f. El médico debe certificar únicamente lo que él ha verificado personalmente.

Deberes de los médicos hacia las personas enfermas

- a. El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana.
- b. El médico debe a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad el médico debe llamar a otro médico calificado.
- c. El médico debe, aun después de la muerte de un paciente, preservar absoluto secreto en todo lo que se le haya confiado.
- d. El médico debe proporcionar atención médica en caso de urgencia como deber humanitario, a menos que esté seguro de que otros médicos pueden y quieren brindar tal atención.

Deberes de los médicos entre sí

- a. El médico debe comportarse hacia los colegas como él desearía que ellos se comportasen con él.
- b. El médico no debe atraer hacia sí los pacientes de sus colegas.
- c. El médico debe observar los principios de la Declaración de Ginebra, aprobada por la Asociación Médica Mundial.

CÓDIGO DE BIOÉTICA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Atributos del personal de salud

Los atributos del personal de salud enunciados en el capítulo 9 del Código de Bioética para Profesionales de Salud mencionan que toda persona que ha decidido dedicar su vida a la noble tarea de proteger o aliviar la salud de sus semejantes debe procurar cultivar algunas cualidades que intentará mantener o acrecentar cotidianamente. Tendrá un particular cuidado sobre los atributos siguientes:

- **Vocación de servicio.** Disposición para realizar su mayor esfuerzo en provecho de las personas a quienes sirve. Es parte primordial del perfil profesional. Un profesional de salud sin vocación de servicio es un elemento negativo para el equipo de salud y para la institución.
- **Honorabilidad.** Comportamiento acorde con los dictados de una conciencia recta y limpia. El actuar con una conciencia recta y limpia es un valor del profesional de salud.
- **Nobleza.** Deseos de ayuda y compasión hacia los que sufren o requieren sus servicios. Se debe tener esta virtud para ayudar al necesitado de los servicios de salud.
- **Bondad.** Trato amable y cuidadoso con los usuarios y sus familiares, colegas y demás miembros del equipo de salud. Es una virtud indispensable para el trato digno al paciente y familia.
- **Responsabilidad.** Firme propósito de cumplir con las funciones de atención a la salud que tiene asignadas. Es un valor indispensable para poder cumplir las metas asignadas.
- **Tenacidad.** Perseverancia en las acciones en beneficio de los usuarios. Es una virtud que es necesaria para beneficiar a los pacientes.
- **Flexibilidad.** Tolerancia y búsqueda de alternativas que sean aceptadas por los usuarios y colegas. Es una virtud importante para la coexistencia. Si no existiera la flexibilidad no habría el valor de la tolerancia y no se podría tra-

bajar en equipo, ni se respetarían las decisiones o puntos de vista de los demás.

- **Superación.** Actualización continua para ofrecer a los usuarios las mejores posibilidades en su atención. Se debe ofrecer al paciente lo mejor en su atención.
- **Sentido de equipo.** Respeto y reconocimiento para todos los componentes del grupo de salud. Se debe reconocer a cada integrante del equipo como una persona valiosa para poder lograr el objetivo deseado en la atención del paciente.
- **Lealtad a la institución.** Preservar y cooperar a la superación de la imagen de su institución ante la sociedad. Los profesionales de salud deben ser leales a la institución en la que prestan sus servicios. La imagen del profesional de salud es la imagen de la institución.
- **Humildad.** Reconocimiento de los errores cometidos y corrección cuando sea posible. Es un valor importante en la relación médico–paciente–familia–profesionales de salud y la institución. Reconocer y corregir los errores es esencial.
- **Interés por la enseñanza a los usuarios, subalternos, colegas, alumnos y el resto de la sociedad.** La enseñanza forma parte del quehacer profesional y se debe promover y realizar en todos los niveles.
- **Interés por la investigación en su campo de trabajo.** Se debe participar en investigaciones relacionadas con el área de competencia.

La descripción y explicación de los principios del Código deben fomentar la comprensión y asimilación de la información por parte del Personal de Salud, quien en general no está inmerso en los temas bioéticos.

DERECHOS DE LOS MÉDICOS Y LOS PACIENTES

La medicina y su práctica legal, que fundamentan todo acto médico, son dinámicas y están en constante transformación dada su naturaleza y el avance de la ciencia. El cambio lo marcan las sociedades, los mismos profesionistas, los legisladores y las circunstancias, lo que condiciona un modo especial de actuar y de entender las reglas. El médico debe tener los conocimientos necesarios y actuales que se exigen para ejercer la medicina con capacidad y experiencia.^{9,10}

Carta de los derechos generales de los médicos

1. Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza. El médico tiene derecho a que se respete su juicio clínico, su diagnóstico y su terapéutica, la prescripción con libertad así como el declinar la aten-

ción de algún paciente siempre que tales aspectos se sustenten en bases éticas, científicas y normativas.

2. Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional. El médico tiene derecho a contar con lugares de trabajo e instalaciones que garanticen las medidas de seguridad e higiene que marca la ley, de conformidad con las características del servicio por otorgar.
3. Tener a su disposición los recursos que requieren su práctica profesional. Es derecho del médico recibir del establecimiento donde presta sus servicios el apoyo de personal capacitado así como el equipo, los instrumentos e insumos necesarios de acuerdo con el servicio que otorga.
4. Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica. El médico tiene derecho a no emitir juicios concluyentes sobre los resultados esperados de la atención médica.
5. Recibir trato respetuoso por parte de pacientes y familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional. El médico tiene derecho a recibir del paciente y sus familiares trato respetuoso así como la información completa, veraz y oportuna relacionada con el estado de salud de su paciente. Ese mismo respeto deberá de recibir de sus superiores, personal relacionado con su trabajo y de las otras personas.
6. Tener acceso a la educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional. El médico tiene derecho a que se le facilite el acceso a la educación médica continua y a ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional.
7. Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de la investigación. El médico tiene derecho a participar en actividades de investigación y enseñanza como parte de su desarrollo profesional.
8. Asociarse para promover sus intereses profesionales. El médico tiene derecho a asociarse en organizaciones, asociaciones y colegios con el fin de promover su desarrollo profesional y vigilar el ejercicio profesional de conformidad con lo prescrito en la ley.
9. Salvaguardar su prestigio profesional. El médico tiene derecho a la defensa de su prestigio profesional y a que la información sobre el curso de una probable controversia se trate con privacidad y en su caso a pretender el resarcimiento del daño causado. La salvaguarda de su prestigio profesional demanda de los medios de comunicación respeto al principio de legalidad y a la garantía de audiencia, de tal forma que no se presuma la comisión de ilícitos hasta en tanto no se resuelva legalmente cualquier controversia por la atención médica brindada.
10. Percibir remuneraciones por los servicios prestados. El médico tiene derecho a ser remunerado por los servicios profesionales que preste de acuerdo con su condición laboral, contractual o a lo pactado con el paciente.

Carta de los derechos generales de los pacientes

En México el Programa Nacional de Salud, derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2001–2006, destaca el esfuerzo que se hace y hará para mejorar la salud de los mexicanos, haciendo explícitos los derechos de los pacientes para fomentar una cultura de servicio que satisfaga las expectativas y dignidad de éstos, lo que implica respetar su dignidad y autonomía, garantizar la confidencialidad de la información generada en la relación médico–paciente y brindar una atención que minimice los múltiples puntos de espera.¹¹

Como parte de los compromisos derivados de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyos objetivos buscan mejorar la calidad de los servicios de salud, se elaboró este documento único para el usuario de los servicios de salud.¹²

- 1. Recibir atención médica adecuada.** El paciente tiene derecho a que la atención médica le sea otorgada por personal preparado de acuerdo con las necesidades de su estado de salud y con las circunstancias en que se brinda su atención, así como a ser informado cuando requiera ser referido a otro médico.
- 2. Recibir un trato digno y respetuoso.** El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a sus familiares o acompañantes.
- 3. Recibir información suficiente clara oportuna y veraz.** El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante le brinde información completa sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento, se exprese siempre en forma clara y comprensible, se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente, y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.
- 4. Decidir libremente sobre su atención.** El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.
- 5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.** El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos a procedimientos

que impliquen un riesgo, para lo cual deberá de ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, los beneficios que le esperan y las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decide participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

- 6. Ser tratado con confidencialidad.** El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que se derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria, lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad de los casos previstos por la ley.
- 7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.** El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento relacionado con su estado de salud.
- 8. Recibir atención médica en caso de urgencia.** Cuando están en peligro la vida, un órgano o una función el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por parte de un médico en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.
- 9. Contar con un expediente clínico.** El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, así como a obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo con el fin requerido.
- 10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.** El paciente tiene derecho a ser escuchado y a recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida por parte de servidores públicos o privados. Asimismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.^{9,10}

El conocimiento de la Carta de los Derechos de los Pacientes es un componente importante en la mejoría de la atención médica y de la salud de los pacientes.

ÉTICA EN LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA FAMILIAR

Para las instituciones formadoras de médicos familiares la Academia Americana de Médicos Familiares, la Asociación de Departamentos de Medicina Familiar,

la Asociación de Directores de Residencias de Medicina Familiar y la Sociedad de Profesores de Medicina familiar, en cooperación con el Programa de Residencia de Medicina Familiar del Hospital Metodista de la Universidad de Minnesota, elaboraron los lineamientos para el residente de medicina familiar.¹³

Dichos lineamientos definen una estrategia basada en una experiencia longitudinal recomendada para el entrenamiento de los residentes a través de la promoción de competencias educacionales, así como de las actitudes, el conocimiento y las habilidades que son esenciales en la medicina familiar.

Como ya es de nuestro conocimiento, durante sus tres años de formación, un médico familiar va aprendiendo a tomar decisiones con y por los pacientes durante su atención médica. La mayoría de esas decisiones tienen potenciales implicaciones éticas, por lo que un médico de familia competente debe ser capaz de reconocerlas; asimismo, debe desarrollar la habilidad de entender que existen múltiples influencias en la salud, como la cultura, la educación, la religión, los valores personales y sociales, y las experiencias individuales, por lo que la principal preocupación del médico familiar debe ser el bienestar de cada paciente en el contexto de su familia, cultura y sistema de valores.^{14,15}

El médico de familia, en su posición de médico con un enfoque integral (biológico, emocional, social y familiar),¹⁶ desempeña un rol muy importante en la proporción de ayuda a los pacientes y sus familiares, por lo que un médico familiar recién formado debe contar con competencias, actitudes y conocimientos específicos.

Las competencias de un médico familiar que ha finalizado su residencia incluyen proporcionar atención sensitiva al sistema de creencias del paciente y la familia, brindar asesoramiento que refleje una comprensión de los principios éticos en relación con las decisiones que tienen implicaciones potencialmente éticas, actuar como un defensor efectivo del paciente buscando siempre su beneficio, comprender, explicar y aplicar la atención apropiadamente de acuerdo con las leyes federales del Estado y los estándares actuales de la atención médica en relación con el consentimiento informado y confidencialidad, y adherirse a un Código de Ética Médica (Asociación Médica Mundial),⁷ así como a remitir los casos éticos difíciles a un Comité Institucional de Ética para ayuda en la clarificación y el manejo de dilemas éticos.¹⁷

De la misma manera, al terminar la residencia un médico familiar debe mostrar actitudes que abarquen el reconocimiento del valor y la dignidad de la vida humana, el entendimiento de las distintas culturas, costumbres y creencias que puedan diferir con las propias, y la comprensión de sus prejuicios individuales, culturales, institucionales y sociales que puedan afectar su toma de decisiones. El médico debe mostrar un compromiso con la medicina ética en cada encuentro con el paciente, así como trabajar desinteresadamente por su bienestar. Asimismo, debe tener disposición para aceptar los dilemas éticos que presenten sus pacientes, dis-

cutir las opciones con ellos y, cuando sea conveniente, con su familia, y trabajar conjuntamente hacia soluciones aceptables. También debe mostrar aprecio por el valor de los comités institucionales de ética y tener la voluntad de formar parte de alguno de estos cuerpos, además de tener una conciencia de sí mismo en cuanto a las fortalezas, éticas personales y vulnerabilidades, para que no afecten su práctica profesional.^{5,16}

Un médico familiar debe tener la capacidad para aplicar el conocimiento sobre los sistemas de creencias, valores y prejuicios espirituales y religiosos, y saber cómo afectan la toma de decisiones en el médico, otros profesionales de la salud, el paciente, los familiares, los sistemas de salud y la sociedad en general.

Al enfrentarse al análisis y la toma de decisiones el médico debe identificar las cuestiones éticas de un caso y sus componentes opuestos; debe ordenar según las prioridades estos componentes y articularlos con sus consecuencias en términos comprensibles para los pacientes y sus familiares.

El residente de medicina familiar que ha finalizado sus estudios debe conocer los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, la honestidad como un bien absoluto y situacional según el contexto, y el principio de confidencialidad y la correcta utilización del consentimiento informado. El médico debe ser capaz de establecer la competencia y capacidad del paciente para tomar decisiones y actuar siempre en el mejor interés del paciente, reconociendo en qué momento debe respetar la autonomía de éste. Asimismo, debe conocer los distintos códigos éticos, leyes generales de salud y el sistema de salud en el que se desenvuelve.

El médico familiar debe contar con las destrezas para identificar los aspectos éticos de un caso en particular, comportarse y elegir la conducta apropiada en relación con el consentimiento informado y confidencialidad, actuar correctamente ante pacientes parcialmente competentes o incompetentes, o ante pacientes que rechazan el tratamiento, y decidir cuándo está éticamente justificado retener información de un paciente o cuándo se debe violentar su confidencialidad.

Todos los residentes deben tener acceso a un especialista en ética o ética médica, o ambas, tanto para consulta clínica como para enseñanza, así como tener oportunidades para formar parte de los comités de ética institucionales.^{17,18}

La enseñanza sobre cuestiones éticas durante la residencia de medicina familiar debe ser a través de un programa específico de la residencia; se puede llevar a cabo a través de mesas redondas, discusiones en pequeños grupos o estudios de casos con dilemas éticos, además de que se debe incluir la discusión ética como una rutina en la atención de los pacientes hospitalizados o ambulatorios, y se debe poner a disposición de los residentes interesados una rotación formal en ética médica.

Para finalizar, es importante enfatizar que el médico familiar debe seguir los estándares de conducta ética en su ejercicio profesional, reconociendo que tiene

la responsabilidad primaria ante el paciente, su familia, otros profesionales de salud y ante sí mismo y la sociedad.

Ética en la investigación médica

La ética aplicada a las investigaciones biomédicas y sobre el comportamiento humano aborda una amplia gama de cuestiones sociales con las que se relaciona, como la salud pública, ocupacional e internacional, y el control de la natalidad, entre otras.

El primer antecedente de relevancia internacional sobre la ética en la investigación es el Código de Nuremberg (1947), producto del juicio de los médicos que realizaron experimentos en humanos en la Alemania nazi. Posteriormente surgió la Declaración de Helsinki, considerada como la piedra angular de referencia internacional en ética de la investigación, propuesta por la Asociación Médica Mundial.

Uno de los aspectos más importantes dentro de la investigación médica es el consentimiento informado, que ampara los derechos humanos y ha permitido a la comunidad científica la realización de investigación en seres humanos dentro de un marco jurídico que no menoscabe en forma alguna la vida, la salud y la autodeterminación del sujeto que participa en el mismo.^{1,5}

Hablar de los aspectos de la ética en la investigación que un médico familiar debe conocer requiere un capítulo aparte; sin embargo, es importante señalar que se deben revisar los lineamientos de la Ley General de Salud en materia de investigación.

REFERENCIAS

1. **Beauchamp TL:** *Contemporary issues in bioethics*. Wadsworth, 1999.
2. **García CDJ:** Nacimiento de la bioética: el desarrollo epistemológico e institucional. En: *El nacimiento de la bioética*. Madrid, Biblioteca Nueva, 2007.
3. **Pérez TR:** Ética médica, salud y protección social. *Salud Públ Méx* 2005;47(3).
4. **Valdez ME:** *Ética clínica: una visión internacional para América Latina*. 1ª ed. Grupo Ex-tel, 2009:7–13.
5. **Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ:** *Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 6ª ed. Nueva York, McGraw–Hill Professional, 2006.
6. **Beauchamp TL, Childress JF:** *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, 2001.
7. *Código Internacional de Ética Médica*. Asociación Médica Mundial. <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/c8/>.
8. *Código de Bioética para el Personal de Salud*. Documento de Trabajo. México, Secretaría de Salud y Comisión Nacional de Bioética, 2002.
9. *Código de Conducta para el Personal de Salud 2002*. México, Secretaría de Salud, 2002.

- http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/bioetica/codigo_conducta.html.
10. **Tena TC, Ruelas BE, Sánchez GJM et al.:** Derechos de los pacientes en México. *Rev Med IMSS* 2002;40(6):523–529.
 11. *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes*. 2001. http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/bioetica/codigo_conducta.html.
 12. American Academy of Family Physicians: *Recommended curriculum guidelines for family medicine residence. Medical ethics*. http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp_org/documents/about/rap/curriculum/medical_ethics.Par.0001.File.tmp/Reprint279.pdf.
 13. **Fleetwood J:** Medical ethics in the clinical setting. *Intern J Applied Philosophy* 1987;3(4):61–68.
 14. **Leawood K:** *American Academy of Family Physicians*. 2000.
 15. **Garza ET:** *Trabajo con familias*. Universidad Autónoma de Nuevo León, 2009.
 16. **Junkerman C, Schiedermayer DL:** *Practical ethics for students, interns, and residents: a short reference manual*. 2ª ed. Frederick, University Publishing Group, 1998.
 17. **Veatch RM:** *The basics of bioethics*. 2ª ed. Upper Saddle River, Prentice Hall, 2003.

Investigación en medicina familiar

*Laura Hermila de la Garza Salinas, Sara María Estevané Díaz,
Norma Orelia Reyes Treviño, María Isabel Cruz*

INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención de un paciente depende, entre otros factores, de los principios éticos tratados en el capítulo anterior y de los nuevos descubrimientos en el área de la salud. El hombre primitivo y el hombre actual han hecho investigación; el ser humano siempre ha buscado la verdad y el porqué de las cosas, desde los descubrimientos más sencillos y certeros, como el fuego, la rueda, etc., hasta la búsqueda de la verdad; es una característica del ser humano ampliar y perfeccionar sus conocimientos, pero sobre todo responder sus interrogantes. Tradicionalmente la investigación médica estaba destinada a dos grandes campos: la investigación básica y la clínica. La investigación en medicina familiar era rudimentaria y escasa, con pocas posibilidades de presentar los resultados y no había prácticamente ningún foro disponible para el intercambio de experiencias. Afortunadamente, esto está cambiando.

DEFINICIÓN

Investigar literalmente significa “buscar repetidamente” o “búsqueda incesante”,¹ por lo que investigación es la búsqueda intencionada del conocimiento y soluciones a problemas de carácter cultural o científico. El concepto de investigación implica el estudio de los métodos, procedimientos y técnicas para obtener

nuevos conocimientos, explicaciones y comprensión científica de los fenómenos planteados y, por consiguiente, que nos puedan llevar a la solución de los mismos. La palabra ciencia (del latín *scientia*, de *scire*, “conocer”) se emplea en el sentido más amplio para referirse al conocimiento en cualquier campo. Por lo que la investigación científica es la búsqueda permanente de la verdad por métodos objetivos.²

OBJETIVOS

El propósito del presente trabajo es revisar algunos conceptos en el campo de la investigación, seguido de un breve recorrido a través del tiempo, hablando de los antecedentes de la investigación y la situación actual, así como breves reflexiones en torno al futuro de la investigación y el médico familiar, sin perder de vista que el objetivo de la investigación es y será generar conocimiento, mejorar la calidad de vida de los seres humanos y resolver preguntas cotidianas.

HISTORIA

Historia de la investigación a nivel nacional

En 1964 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) participó con la formación de personal médico al incluir la especialización de su personal en las diferentes ramas y a partir de 1971 dio inicio la residencia en medicina familiar, la cual es avalada por la Universidad Nacional Autónoma de México a partir de 1974. En noviembre de 1975 se formó el Departamento de Medicina Familiar General y Comunitaria (DMFYC) de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el cual representó el primer departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica.³ La Universidad Autónoma de Nuevo León inició en 1977 el curso para formación de médicos familiares, con una duración de dos años. En 1980 se inició el primer curso de Especialización en Medicina Familiar en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y en la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA, hoy Secretaría de Salud), avalado por la UNAM. Los primeros profesores que impartieron medicina familiar en la SSA y el ISSSTE fueron coordinados por médicos que a su vez fueron preparados en la *University of Western Ontario*, en Canadá.³ Fue hasta entre 1984 y 1987 cuando se formó una coordinación de investigación (CI) que tendría a su cargo el asesoramiento de los trabajos de investigación de

los residentes de medicina familiar. En esos primeros años la realización de artículos científicos fue muy pobre, casi nula. En 1991 se inició en el DMFYC la formación de docentes–investigadores de carrera, los cuales serían los encargados de realizar investigación, además de su trabajo como docentes. En 1992 el DMFYC se convirtió en Departamento de Medicina Familiar (DMF), siendo uno de sus principales objetivos la promoción de la investigación.

Los objetivos estratégicos y la misión de la CI fueron revisados en 1993 y desde entonces se realizan proyectos de investigación, especialmente en las áreas psicosocial y de educación médica. En 2000 el DMF de la UNAM fortaleció sus actividades de investigación a través de su CI, capacitando a su personal de salud en metodología de la investigación, así como también promoviendo, evaluando y difundiendo los resultados de esas investigaciones. A su vez, la Coordinación de investigación comenzó a producir materiales y recursos para la docencia en investigación. A partir de 2003 los proyectos de investigación realizados por el personal docente fueron regulados por la Comisión de Investigación y Ética del DMF.

En un trabajo realizado por la UNAM, a través del Departamento de Medicina Familiar entre 2000 y 2004, se observó que la aplicación del modelo de tutoría en investigación, que consistía en tener un asesor y un tutor con el residente, dio como resultado tesis terminadas en tiempo y forma, publicación de trabajos y obtención de diploma de especialista en medicina familiar, reportando que este método prepara e ilustra tanto al docente como al residente en la realización de proyectos de investigación.⁴ La formación de los médicos familiares en un inicio no favoreció su interés por participar en el desarrollo de la investigación por razones diversas, entre ellas la falta de recursos asignados específicamente para esa área y el poco o nulo reconocimiento para los productos obtenidos. Sin embargo, con el paso de los años se han observado cambios y se reconoce a la medicina familiar como una disciplina académica, en la que la investigación trae consigo publicación de textos y revistas sobre temas que sirven de estímulo a los nuevos integrantes de esta comunidad. El médico familiar día a día se enfrenta a múltiples problemas que resultan en valiosas preguntas de investigación, que conllevan avances significativos dando a la especialidad un plus. Actualmente los servicios de salud cuentan con un campo interminable de investigación que entusiasma a los médicos a participar en reuniones y foros, pero sobre todo en favorecer la atención al derechohabiente.

Historia de la investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Hablar de investigación en México implicaba hablar de los jóvenes que tenían que irse al extranjero para hacer una especialidad, una maestría o un doctorado.

La investigación en México, específicamente en el Instituto Mexicano del Seguro Social, tardó en llegar, pero llegó para quedarse y se ha posicionado tomando un lugar importante. Pudiera decirse que en el IMSS no se contempló el departamento de investigación como tal, pero sí la investigación que inició desde su fundación, en 1943; gracias al interés de reconocidos investigadores se formalizó la edición de la *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* en 1962. El 1 de mayo de 1963 inició sus actividades de manera formal la Oficina Central de Enseñanza Médica e Investigación, mientras que en 1966 nació el Departamento de Investigación en Medicina Experimental, que se encontraba en el Centro Médico Nacional y unos años después se le llamó Unidad de Investigación Biomédica del Centro Médico Nacional. En 1967 el Departamento de Investigación se planeó para funcionar con personal dedicado de tiempo completo a la investigación.⁶

Las primeras Jornadas Médicas Nacionales del IMSS fueron del 21 al 27 de abril de 1968 en la unidad de Congresos del Centro Médico Nacional; desde entonces ha habido exposición de trabajos de investigación en forma oral y en cartel. Actualmente los foros regionales son el Foro Norte, que cursa la edición número 19, y el Foro Sur, que en 2013 se realizó en Guanajuato y cursa la edición número 20, a realizarse en junio éste año, en San Miguel Regla, Hidalgo, además del Foro Nacional, que va en su promoción 21 y se celebra tradicionalmente en Oaxtepec, con la participación de investigadores y residentes de diferentes especialidades, muchos de ellos médicos familiares que terminaron sus tesis y muestran con orgullo su trabajo.

Volviendo a 1974, en el Hospital General de Zona No. 21 de la ciudad de Monterrey se inauguraron las actividades de investigación del primer Laboratorio de Investigación ubicado fuera del Distrito Federal. En 1976 se inició el funcionamiento de 15 comités locales de investigación con reuniones regulares e informes semestrales de seguimiento del desarrollo de los proyectos de investigación autorizados. En Monterrey y Jalisco se crearon las primeras unidades de investigación biomédica, las cuales se regulaban mediante el Manual de Organización de Unidades de Investigación Biomédica, autorizado en 1981.⁶ En 1984 se instituyó el Fondo para el Fomento de la Investigación. En 1984 surgió el Sistema Nacional de Investigadores.

En 1992 la revista *Archivos de Investigación Médica* se transformó en *Archives of Medical Research*, para ser publicada completamente en inglés a partir del volumen 23, en la que las aportaciones del médico familiar van en aumento. En 1995 la Jefatura de Servicios de Investigación Médica se transformó en la Coordinación de Investigación Médica, que desde 2001 lleva el nombre de Coordinación de Investigación en Salud. El 25 de noviembre de 1994 se inauguraron las instalaciones del Centro Nacional de Investigación Documental en Salud (CENAIDS), área dependiente de la Coordinación de Educación en Salud, que

apoya los procesos educativos y la investigación de todo el personal involucrado en el cuidado de la salud, al propiciar que la información esté disponible donde y cuando se necesite. Su acervo es uno de los más grandes de América Latina, con más de 320 000 fascículos de 1 420 títulos de publicaciones periódicas de diferentes áreas de la salud, así como 10 000 títulos de libros de diferentes especialidades.

Historia de la investigación en medicina familiar

Los orígenes de la medicina familiar en México se pueden rastrear a partir de 1953, periodo en que el IMSS estaba en pleno crecimiento. La atención de la medicina general se encontraba en una etapa de escasa organización. Los médicos tenían poco conocimiento de los problemas de sus pacientes y se abusó de la visita domiciliaria. Ante esta situación, un grupo de médicos que laboraba en el IMSS en Nuevo Laredo, Tamaulipas, planteó la posibilidad de estructurar el sistema de atención médica e inició un ensayo dirigido a valorar su propuesta. En 1954 el IMSS presentó en un seminario de Seguridad Social, celebrado en Panamá, un trabajo denominado “El médico de la familia”, basado en la experiencia obtenida. En esta propuesta se delimitaban las características de las acciones que este profesional debería desarrollar, sobresaliendo el hecho de que tendría núcleos de población bien determinados y que trabajaría en equipos de médicos.

En 1955 el IMSS dio su aprobación para experimentar en forma más amplia el sistema médico familiar en dos clínicas del Distrito Federal. Los elementos más notables que se introdujeron consistieron en la adscripción de una población definida, sin importar la edad, el sexo, etc., a cada médico de la familia. A finales del decenio de 1950 el sistema había mostrado sus bondades y se había extendido a todas las unidades del IMSS en el país; sin embargo, se había introducido una variante: la subdivisión de médico familiar de adultos y médico familiar de menores. Casi 20 años transcurrieron para regresar al esquema anterior, es decir, al del médico familiar que se hace cargo de la atención de todos los miembros de la familia, sin importar la edad, el sexo o el padecimiento.

Durante ese tiempo el IMSS no contaba con médicos lo suficientemente capacitados, por lo que no fungían como auténticos médicos de familia. Los profesionales que ocupaban los puestos eran médicos generales con conocimientos limitados o médicos especialistas tradicionales que no estaban capacitados en el manejo de esta especialidad y sobre todo que no poseían la actitud requerida para cumplir satisfactoriamente con su papel como médicos familiares. Ante este panorama, y con la necesidad de formar médicos especialistas en medicina familiar, el IMSS elaboró un programa educacional que inició en 1971 con 32 alumnos, bajo la forma de residencia médica en el Distrito Federal. El programa se desarro-

lló originalmente en una sede y tuvo una duración de dos años; con el paso del tiempo el programa se ha extendido y modificado.

En la actualidad se pueden distinguir en una práctica médica de alto nivel de calidad tres funciones profesionales sustantivas: la prestación de atención médica, el desarrollo de la investigación y las actividades educativas. El advenimiento de la medicina familiar abrió un panorama nuevo y prometedor en el campo de la investigación, ya que nunca antes se había estudiado la familia, la consulta externa ni la morbimortalidad. Se pusieron en marcha nuevos instrumentos para la consulta, como los expedientes orientados a problemas, nuevas taxonomías y distribución de padecimientos en la comunidad con impacto en el grupo familiar. Lo anterior trajo consigo publicaciones en revistas y foros específicos para el médico familiar, en contraste con el pasado, en el que las presentaciones magistrales estaban a cargo de especialistas en otros campos de la medicina.

La investigación actualmente está orientada a los temas prioritarios: enfermedades metabólicas (incluida la obesidad), las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades infecciosas, los accidentes y la violencia, el cáncer, las enfermedades crónicas, el envejecimiento, las enfermedades emergentes, las muertes evitables (incluida la muerte materna y perinatal), las adicciones y la discapacidad, entre otros, que influyen en la toma de decisiones, lo que se traduce en una medicina de calidad. Así, la mayoría de las investigaciones están alineadas a estos temas, obteniendo valiosas investigaciones vinculadas con los problemas que nos aquejan; no conforme con eso se ha agregado una nueva estrategia: la transferencia del conocimiento, haciendo llegar a los tomadores de decisiones los resultados de tales investigaciones, para hacer cambios que impliquen el bienestar del derechohabiente. La investigación en medicina familiar debe ser el reflejo de los diferentes contextos en los que se encuentra inmerso el médico familiar, producto de la atención primaria de los equipos transdisciplinarios de salud, así como de las propias circunstancias.

Se ha demostrado que la ausencia de investigación en medicina familiar da lugar a pruebas innecesarias, tratamientos inadecuados y retraso en el diagnóstico como producto de decisiones equivocadas o con alcances limitados. La historia misma de la investigación en salud ha demostrado que a través de ésta se puede mejorar la eficacia y eficiencia de los servicios sanitarios. Fortalecer la investigación en medicina familiar es crucial para realzar el papel de los médicos de la familia dentro de los sistemas sanitarios y optimizar su funcionamiento, pero sobre todo mejorar la salud de las poblaciones. Lo anterior sitúa a la medicina familiar en una posición única para desarrollar importantes avances y aportar significativos adelantos en la especialidad.

Sin embargo, se debe reconocer el rezago en la investigación a nivel de la medicina familiar, lo cual no sólo es problema de nuestro país, incluso países como Gran Bretaña reportan que uno de cada 225 médicos de familia realiza investiga-

ción. Afortunadamente algunos organismos, como la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA: *World Organization of Family Doctors*), han participado activamente a nivel internacional, recordando que en la atención primaria la atención médica de calidad debe estar basada en el conocimiento, buscando aumentar la investigación a nivel de la medicina familiar con un gran campo de acción en la clínica y la epidemiología; para analizar la morbilidad en el primer nivel de atención y buscar medidas preventivas oportunas eficaces y vigentes para los problemas en todo el ámbito del individuo y la comunidad.^{7,8}

El médico familiar debe aprender en contacto con los hechos, observándolos y luego interpretándolos por medio de un razonamiento riguroso, pero sobre todo de la disponibilidad de toda esa información que tiene al alcance de su mano en su materia más valiosa: la familia. La formación del investigador debe ser intelectual y moral. En resumen, es primordial la investigación en medicina familiar para analizar los diferentes problemas de salud y buscar cómo resolverlos, lo cual brinda la oportunidad de proporcionar atención médica de calidad, que es el principal objetivo de nuestra especialidad.

ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

En 1947, después de la Segunda Guerra Mundial, y para evitar que se repitiera lo que había ocurrido con los seres humanos, se decidió llevar a juicio a los responsables de tan lamentables sucesos, los cuales fueron acusados por “crímenes de guerra y contra la humanidad”; así, después de escuchar las palabras de los afectados, surgió el Código de Nuremberg, que posteriormente dio pie a la Declaración de Helsinki, adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial en 1964, enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial de Tokio, Japón, en octubre de 1975; la 35ª Asamblea Médica Mundial de Venecia, Italia, en octubre de 1983; la 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, en septiembre de 1989; la 48ª Asamblea General de Somerset West, Sudáfrica, en octubre 1996; y la 52ª Asamblea General de Edimburgo, Escocia, en octubre de 2000. Asimismo, se hizo una clarificación al párrafo 30 durante la Asamblea General Médica Mundial de Tokio, en 2004, y la 59ª Asamblea General de Seúl, Corea, en octubre de 2008; una aclaración del párrafo 29 añadida por la Asamblea General de Washington, en 2002, en la que se señala que la utilización con placebo sólo tiene lugar cuando no se cuenta con una terapia probada y existente, considerada el punto de partida de toda investigación^{9,10} y actualmente reforzada por las buenas prácticas clínicas, entre las que el consentimiento informado forma parte fundamental de toda investigación con seres humanos al salvaguardar los derechos humanos dentro del marco jurídico y la autodeterminación del participante.

En 1941 Franklin Delano Roosevelt, presidente de EUA, creó el *Committee on Medical Research* (Comité para la Investigación Médica) para revisar la investigación médica en ese país y en otras partes del mundo.¹¹ En 1974 David Shatner, quien luego fuera cirujano general del presidente Clinton, revisó el caso de Tuskegee, en donde no se trató a pacientes con sífilis estando ya disponible la penicilina, dando lugar a la integración de la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos en la Investigación Biomédica y de la Conducta para revisar que los principios éticos se respetaran. En 1978 se emitió un documento llamado Informe Belmont, en el que se agregó el principio de no maleficencia a los otros tres principios éticos: autonomía, beneficencia y justicia, los cuales se mencionan brevemente:

- **Autonomía:** decisión del paciente acerca de lo que es mejor para él, teniendo la información adecuada.
- **Beneficencia:** la actuación del médico debe ser benéfica para su paciente.
- **Justicia:** trato a todos por igual, es decir, sin discriminación.
- **No maleficencia:** no dañar; se refiere al principio en medicina *primum non nocere*.

En 1982 se publicó una de las guías más valiosas para la investigación en seres humanos, llamada Proposición de Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica. Ese mismo año el comité constituido por el Consejo para Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS: *Council for International Organizations of Medical Sciences*) y la Organización Mundial de Salud (OMS) presentaron en Ginebra una revisión que dio lugar a las guías éticas internacionales,^{12,13} de las cuales se derivaron las Pautas para las Buenas Prácticas Clínicas en Ensayos de Productos Farmacéuticos, de la OMS en 1995. Actualmente todos los protocolos son revisados por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación, así como por la Comisión Nacional, quienes reportan ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), quien a través de la Ley General de Salud en materia de investigación y las buenas prácticas clínicas regulan toda investigación que involucre a seres humanos. En 2007 la Comisión de Ética e Investigación actualizó el reglamento que regula la realización de los proyectos de investigación del DMF.¹⁴⁻¹⁶

INDICADORES

En 1994 México ingresó a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) y desde 1995 el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) inició la elaboración y el reporte de indicadores de ciencia y tecnología

con base en la metodología de este organismo internacional. En 2010 el CONACYT señaló que en México hay 1.7 investigadores por cada 10 000 habitantes,^{18,19} mientras que en los países desarrollados dicha cifra va de 30 a 40. Entre los indicadores se incluye el de eficiencia (ya tratado en otro capítulo), el producto interno bruto (PIB), el cual se ha visto que al aumentarlo por persona empleada se incrementa proporcionalmente el número de investigadores por millón de habitantes y el número de investigadores por habitante, ya que se ha demostrado que a partir de 4 000 investigadores por millón de habitantes se alcanza un nivel óptimo y la productividad se mantiene constante.

Un artículo muy interesante publicado por el científico Lutz Bommann, de la *Max Planck Society* de Munich (Alemania) y Loet Leydesdorff, de la Universidad de Amsterdam (Holanda), tomó en cuenta la cantidad de artículos científicos realizados en las ciudades desde 2008 hasta febrero de 2011; ambos elaboraron un método para evaluar el desempeño científico. Al término encontraron que las ciudades mejor posicionadas eran Londres, París, Karlsruhe, Munich, Pisa y Roma; sin embargo, llamó su atención el surgimiento de países latinoamericanos, como Brasil, Argentina, Colombia y Chile.^{20,21} Al revisar y estudiar estas diferencias se puede acortar la distancia entre los países desarrollados y los países en vía de desarrollo.

CONCLUSIONES

La investigación para el clínico debe ser una herramienta indispensable que le permita aplicar las destrezas diagnósticas y terapéuticas en la atención de los pacientes, además de generar conocimientos, darlos a conocer y hacer la transferencia de conocimientos en favor del derechohabiente. Los resultados fáciles no existen; la única manera de obtener una solución real y duradera a un problema personal consiste en abordarlo, resolverlo, aprender de él y aplicar lo que se aprenda en el futuro. La ignorancia y los errores son nuestros propios enemigos. Sin duda alguna, la investigación en medicina familiar es una fortaleza institucional de la que los principales beneficiados son los derechohabientes.

REFERENCIAS

1. *Merriam-Webster's online dictionary*. 11^a ed. <http://www.m-w.com/dictionary/heuristic>.
2. Real Academia Española: *Diccionario de la lengua española*. 22^a ed. Madrid, 2001.
3. **Irigoyen CA, Gómez CFJ, Ponce RR**: *Objetivos estratégicos para fortalecer la investigación en medicina familiar*. Eje temático: No. 6, Propuestas para fortalecer la investigación. Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM.

4. Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado e Investigación, Subdivisión de Especializaciones Médicas, UNAM: *Plan único de especializaciones médicas (PUEM) en medicina familiar*. Plan de estudios aprobado por el Consejo Universitario el 21 de abril de 1994. México, 2009.
5. **Echevarría ZS, Lavallo MC, Vázquez CL, Monroy RAL:** Nuestra Revista Médica. 45 años de historia. *Rev Med IMSS* 2007;45(6):533-535. http://201.144.108.128/revista_medica/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1128:nuestra-revista-medica-45-anos-dehistoria&Itemid=622.
6. **Jáuregui RK:** La investigación en salud en el IMSS. Reseña histórica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011;49(5):575-579. http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1442:la-investigacion-en-salud-en-el-imss-resena-historica&catid=518:historia-y-filosofia-de-la-medicina&Itemid=676.
7. OMS-WONCA: *Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población: la contribución del médico familiar*. Barcelona, SEMFYC, 1996.
8. <http://www.cimfweb.org/>.
9. World Medical Association: *Declaración de Helsinki*. 2000. <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinariode-estudios-en-bioetica/documentos/76031/declaracion-de-helsinki-de-la-asociacion-medica-mundial>.
10. World Medical Association: *Declaración de Helsinki*. 2008. http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf.
11. **Bondrés SM, Tsuchida FM:** En investigación biomédica, un olvido histórico: la persona. *ARS Médica* 2008;9(9).
12. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, Organización Mundial de la Salud: *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos*. Ginebra, 2002.
13. Council for International Organizations of Medical Sciences: *Pautas éticas internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos*. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Ginebra, 1993. www.uchile.cl/bioetica/doc/exper.htm.
14. **Lolas F, Quezada A (eds.):** *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas*. Serie Publicaciones. Programa Regional de Bioética, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2003. <http://www.bioetica.ops-oms.org>.
15. **Lester J, Koehler WC:** *Fundamentals of information studies*. 2ª ed. 2007.
16. Manual de Organización General de la Secretaría de Salud. Segunda Sección. Poder ejecutivo. *DOF* viernes 17 de agosto de 2012.
17. CONACYT: *Indicadores de actividades científicas y tecnológicas 2011*. México, CONACYT, 2012:24.
18. CONACYT, NAFIN: *Fondo emprendedores CONACYT-NAFIN*. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Recursos Educativos Abiertos (REA). 2008. <http://www.temoa.info/es/node/19565>.
19. **Hummers PE et al.:** *Research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe*. European General Practice Research Network. Maastricht, EGPRN, 2009.
20. **Bornmann L, Mutz R, Hug SE, Daniel HD:** A meta-analysis of studies reporting correlations between the h index and 37 different h index variants. *J Informetrics* 2011;5(3):346-359.
21. **Bornmann L:** What is societal impact of research and how can it be assessed? A literature survey. *J Am Soc Inform Sci Technol* (en prensa).

Proceso de mejora de medicina familiar

*María Guadalupe Garza Sagástegui, Ana Cecilia López Enríquez,
Araceli Guadalupe Luna Rosales, Arturo de Ávila Ramírez,
Luz María Valenzuela García, Homero Morales Morales*

INTRODUCCIÓN

A través de los años los sistemas de salud han estado en una continua evolución, con el propósito de adecuar sus modelos de atención a los cambios epidemiológicos, sociales y económicos. Esta necesidad no fue ajena al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde surgió el sistema de “medicina familiar”, con una infraestructura en la que predomina el primer nivel de atención, el cual representa la puerta de entrada del paciente a la seguridad social. La atención integral preventiva es a donde siempre se aspira a llegar a través del trabajo y la coordinación de esfuerzos del equipo transdisciplinario, logrando así el bienestar de la comunidad y sus miembros, con una continuidad y calidad en la atención, lo cual no sería posible sin la presencia del médico familiar.

El contenido del presente capítulo se enfocará principalmente en los componentes del proceso de mejora continua en medicina familiar.

DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

La medicina familiar es la especialidad clínica que se ocupa del mantenimiento y la resolución de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad, independientemente de la edad, el sexo y el sistema u órgano afectado.¹ El médico de familia es el responsable de proveer atención integral y continua a través

de sus servicios o bien coordinando el propio con otros niveles de atención con base en necesidades salud y recursos disponibles. Por otra parte, el concepto “proceso de mejora” hace referencia a la actitud de asegurar la posibilidad de crecimiento y desarrollo en una organización. Para ello es necesario el análisis mensurable de acciones correctivas y preventivas, además de la satisfacción de sus clientes. Así, se trata de la forma más efectiva de mejora de la calidad y la eficiencia en las organizaciones.² También el proceso de mejora de la medicina familiar tiene como principio la atención integral a la salud, siendo el médico familiar el eje y líder del trabajo en equipo del personal para la salud, con la participación activa del asegurado y su familia.³

DESARROLLO DEL TEMA

Durante los últimos 30 años en Latinoamérica se ha intentado la consolidación de procesos de mejora en la salud a través de modelos que faciliten el otorgamiento de la atención de salud con altos niveles de eficiencia y equidad, que a la vez ayuden a abordar la demanda creciente en respuesta a las necesidades de salud, incrementando la cobertura y el acceso a los servicios resolutivos.⁴ Actualmente existen múltiples propuestas e iniciativas en el mundo que abordan la reestructuración de sistemas hacia un modelo de atención primaria con mayor equidad y costo-efectividad.^{5,6} Con estos resultados se ha despertado el interés de los gobiernos por modelos que apuesten a la mejora en la medicina familiar y su equivalente, la salud familiar.¹⁰ El desarrollo de modelos de mejora no es casual; son el resultado de la influencia política, económica y social que exige al sistema de salud del país realizar estrategias que fortalezcan el perfil y las funciones de todo el equipo de salud, a fin de que sea capaz de dar respuesta a las demandas y necesidades de salud de la población.¹ En el IMSS el proceso de mejora en medicina familiar ha alcanzado un notable desarrollo dentro de la atención primaria a través de 1,214 unidades de medicina familiar, con equipo e infraestructura adecuadas y una interrelación con la continuidad de la atención.^{8,9} En el primer nivel de atención se está alcanzando el estándar óptimo de contar con un médico familiar por consultorio y el remanente, que es menor de 10%, se encuentra en proceso de especialización.¹⁰

Origen del proceso de mejora de medicina familiar

En 1995, después de una profunda evaluación de la institución, fue posible detectar situaciones de retraso en el proceso de información, tecnología obsoleta, abas-

Cuadro 14–1. Componentes del proceso de mejora de medicina familiar

SIMF	Cita previa	SODHI
Prescripción razonada	PREVENIMSS	Rehabilitación
Mastógrafo	Ultrasonógrafo	Certificación
Plan gerontológico	Actualización técnico–médica	Carta compromiso al ciudadano

to insuficiente, sistema de evaluación limitante, desmotivación del personal hacia actividades académicas y, no menos importante, insatisfacción de usuarios y proveedores, todo ello con afección grave al sistema de salud. Fue entonces cuando se iniciaron diversas estrategias para fortalecer la capacidad para otorgar la atención a la salud. En 2000 se firmó un acuerdo entre autoridades del IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social para implementar actividades de mejora en medicina familiar; a esta propuesta se le llamó “proceso de mejora de medicina familiar”.

El proceso de mejora de medicina familiar incluyó intervenciones de capacitación y actualización del personal de salud, abasto de insumos, organización y provisión de servicios con base en 12 guías de práctica clínica para los padecimientos más frecuentes de la consulta de medicina familiar; e implementación del expediente electrónico (SIMF), indicadores de calidad y satisfacción del usuario y trabajadores, entre otros.

El proceso se inició en ocho unidades de medicina familiar, “clínicas piloto”: Tijuana, ciudad de México, Tequesquahuac, Monterrey, Oaxaca, Manzanillo, Durango y Puerto Progreso, y consistió en tres etapas: desarrollo conceptual del proceso de mejora, diseño de intervenciones y evaluación basal; implantación de intervenciones; y evaluación posterior a la intervención y el proceso de extensión (cuadro 14–1).¹

Componentes del proceso de mejora de medicina familiar

SIMF

Herramienta que facilita y agiliza el registro de la información clínica que elimina el problema de legibilidad de las notas médicas. Los datos están organizados y disponibles en cualquier consulta, lo cual facilita la toma de decisiones. Ahorra tiempo, pues no se tiene que registrar “n” veces la identificación del paciente en los documentos que se generan durante el desarrollo de la consulta. Asimismo, permite la emisión de la receta hasta con ocho medicamentos y reportes de la productividad.

Cita previa

La falta de organización en la consulta de medicina familiar ocasionaba largas filas, salas de espera llenas y tiempos prolongados de espera con la consecuente insatisfacción de los usuarios. La cita previa ofrece la ventaja de oportunidad en la atención, menor tiempo de espera y salas de espera más limpias y con menos nivel de ruido, además de que siempre hay lugar para los derechohabientes.

Sobrepeso, diabetes e hipertensión (SODHI)

La intención de modificar la historia natural de estas patologías plantea un panorama ciertamente difícil, ya que son resultado de la expresión de muchas variables sociales que propician la manifestación genética, por lo que se requieren programas que logren modificaciones en los cambios de estilos de vida no sólo de un grupo, sino de familias y comunidades.¹¹ Se realizó la integración de grupos en todas las unidades de medicina familiar de 10 o más consultorios.¹² Sus objetivos son vincular la comunicación entre los integrantes, compartir y retroalimentar experiencias, y favorecer la reflexión colectiva que sea de apoyo para lograr conductas saludables que sirvan de impacto en el control de estas enfermedades.

Prescripción razonada

En 2007 en México se gastó en medicamentos 24% del total del gasto en salud, equivalente a 1.4% del producto interno bruto. En cuanto a las instituciones del Sector Salud, el IMSS concentró 47.9% del gasto público en medicamento, por lo que se consideró que los problemas de prescripción y de abastecimiento de medicamentos constituían un factor prioritario en la calidad de la atención a la salud.¹³ Dado que la mayor proporción de medicamentos se prescriben en el primer nivel de atención médica, toda vez que es en este nivel donde se atiende a la mayor cantidad de población, el IMSS implantó el programa de Prescripción razonada de medicamentos, con la finalidad de otorgar a los derechohabientes medicamentos de forma oportuna y suficiente, de acuerdo con la congruencia clínico–diagnóstico–terapéutica.¹⁴

PREVENIMSS

Antes de año 2000 las acciones preventivas se dirigían a evitar riesgos y daños a la salud mediante numerosos programas independientes y la medición de resultados se realizaba a través de logros de metas de productividad establecidas con base poblacional. Con la implementación de PREVENIMSS, a partir de 2002, las coberturas se miden con el registro nominal de cada derechohabiente. El éxito

de los programas de salud está directamente relacionado con muy diversos factores, entre los que destacan el desarrollo de técnicas preventivas, diagnósticas y terapéuticas que sean eficaces, seguras y con una amplia coberturas de los servicios de salud. Desde hace años han surgido estrategias para ordenar las acciones preventivas y agruparlas en cinco programas integrados de salud, con dos propósitos principales; facilitar las tareas de los trabajadores de la salud y elevar las coberturas e impacto en la población, siendo éstos la respuesta que el IMSS ofrece a sus derechohabientes para prevenir enfermedades y conservar la salud.^{1,15}

Rehabilitación

La transición epidemiológica y demográfica, y el incremento en la esperanza de vida han contribuido a la existencia de más enfermedades crónico-degenerativas, cuyas complicaciones o secuelas elevan a su vez la necesidad de demanda de atención en rehabilitación. Esta situación conlleva a un importante impacto financiero para el IMSS al elevarse los costos de la atención para rehabilitación y los recursos económicos necesarios para el pago de incapacidades por enfermedad general y por riesgos de trabajo. Por lo tanto, la discapacidad toma cada vez mayor importancia debido al aumento en la incidencia de morbilidad y en la esperanza de vida, por lo que es considerada no sólo un problema de salud, sino social y económico, ya que constituye, sin duda, uno grupos muy vulnerable de la sociedad. En México, el IMSS brinda atención a una población aproximada de 50 millones de derechohabientes, con una proporción 2.5% de personas con discapacidad severa. Derivado de lo anterior, el IMSS generó un cambio relevante para la atención a los pacientes que requieren servicios de rehabilitación, decidiendo extender la cobertura que facilite el acceso a tales servicios en unidades de medicina familiar. Para poder lograrlo se llevó a cabo un proyecto que consideró el diseño médico arquitectónico, la construcción de áreas físicas apropiadas, las guías de equipamiento, el sistema de información —que incluyó la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud— y plantilla de personal, así como capacitación a los médicos familiares en la unificación de criterios de diagnóstico y tratamiento del personal del servicio de rehabilitación de las unidades de medicina familiar.¹⁶

Actualmente la medicina física y rehabilitación en medicina familiar atiende los problemas de salud más prevalentes, encontrándose perfectamente establecidos sus campos y formas de actuación. Su implantación en la medicina familiar ha mejorado la accesibilidad a los servicios de rehabilitación, la oportunidad en la atención médica, la disminución del tiempo esperado de recuperación y la prevención de secuelas irreversibles, mejorando la calidad de vida y contribuyendo a la reintegración del paciente a su entorno familiar, laboral y social, todo ello aunado a una contención del gasto.¹

Equipamiento

A fin de elevar la oportunidad y la capacidad resolutive en las unidades se decidió dotar de equipos de ultrasonido y mastógrafos como un medio diagnóstico no invasivo, inocuo y de bajo costo. Específicamente el ultrasonido constituyó un medio diagnóstico no invasivo, inocuo y de bajo costo para la determinación de la edad gestacional, lo cual eliminó los envíos a segundo nivel y permitió realizar un monitoreo del embarazo.¹⁷ Por otra parte, por ser el cáncer de mama una de las principales causas de muerte por neoplasia en las mujeres de 50 a 69 años de edad, se equiparon las unidades medicina familiar de más de 10 consultorios con mastógrafo, ya que la detección es la herramienta más importantes dentro de la salud pública para detectar la neoplasia en su fase temprana. El IMSS cuenta con 256 mastógrafos, de los cuales 120 están ubicados en las áreas medicina familiar.¹⁸

Certificación de unidades

En 1999 la Secretaría de Salud convocó a las principales instituciones para diseñar un modelo de certificación de los establecimientos de atención médica que apoyara el mejoramiento de la calidad del Sistema Nacional de Salud. El proceso de mejora de medicina familiar colabora en responder a la necesidad del IMSS de elevar la calidad de atención que se otorga a la población derechohabiente en las unidades de medicina familiar.¹⁹ Considerando que la certificación garantiza la seguridad de los pacientes, en el IMSS se cuenta con un total de 86 unidades de medicina familiar certificadas que garantizan la calidad de la atención médica, la seguridad hospitalaria, la aplicación de la normatividad vigente y las políticas prioritarias en salud con competitividad internacional.²⁰

Plan gerontológico

En el IMSS 15% de los derechohabientes tienen 60 años de edad o más, generando 25% del total de las consultas de medicina familiar, 23% de las hospitalizaciones y 20% de la demanda de servicios de prestaciones sociales. Para comprender el proceso de envejecimiento es necesario conjugarlo con la noción conceptual y reflexiva del cambio por el cual transita el ser humano; así habrán de generarse objetivos, estrategias, acciones y metas que impacten los contextos cambiantes de una sociedad cuyos estilos de vida personales, familiares y culturales son complejos y heterogéneos. En consecuencia, se diseñó el Plan Gerontológico Institucional (PGI) 2006–2025, el cual aborda la salud con una amplia perspectiva y reconoce el hecho de que la salud sólo se puede crear y mantener mediante la participación de la persona, las familias y las comunidades, con el apoyo de múl-

tiples sectores. El PGI busca satisfacer necesidades sociales y de salud derivadas de los cambios demográficos, epidemiológicos, sociales y culturales, con un especial énfasis en las estrategias que permitan afrontar las dificultades y oportunidades del envejecimiento de la población atendida por el Instituto. El modelo del PGI se sustenta en cuatro anhelos fundamentales para la vejez: estar sano, valerse por sí mismo, tener solvencia económica y estar acompañado, considerando a su vez tres programas básicos: envejecimiento saludable, envejecimiento en casa y atención social a la salud. Con la aportación y complementariedad del área médica y otras áreas institucionales, la formación, capacitación y actualización del personal institucional y comunitario, se está en condiciones de brindar una atención con calidad y buen trato al grupo creciente de personas mayores, con los ideales y propósitos para reestructurar e innovar los servicios que son la parte sustantiva del Plan gerontológico institucional, para ayudar a las personas mayores a mejorar, mantener o recuperar la funcionalidad, prolongar la autonomía, retardar la dependencia y lograr una vida más larga, productiva y con mayor calidad.²²

Actualización técnico–médica

Los programas educativos han sido reorientados a fin de coadyuvar decisivamente en el proceso de atención y cuidado de la salud de los derechohabientes, alineándolos a la prevención y solución de los problemas prioritarios de salud, en los que se incluyen valores, calidez, respeto y trato digno. En el ámbito de la educación continua, y con el propósito de impulsar la calidad de la atención a la salud que reciben los derechohabientes, se implementan las modalidades educativas, como la visita de profesores para la difusión y capacitación de las guías de práctica clínica, para lo cual se establecieron tres etapas de intervención: en la primera etapa se atendieron seis motivos de consulta, a saber, diabetes mellitus, hipertensión arterial, infección respiratoria aguda en menores de cinco años de edad y vigilancia de la nutrición; para la segunda etapa se agregaron dispepsia, lumbalgia aguda, lesión traumática de mano, tuberculosis pulmonar, infección de las vías urinarias y osteoartrosis; para la tercera etapa se trabajó con los 16 motivos de consulta más frecuentes. En la educación y la capacitación mediante guías de práctica clínica se sustenta el análisis de los problemas clínicos de la consulta diaria. También la visita de profesores promueve estrategias educativas participativas de libre debate de ideas, así como de práctica reflexiva apoyada en casos clínicos simulados. La capacitación está a cargo de especialistas sobre todo en medicina interna, pediatría, gineco–obstetricia, traumatología y ortopedia, reumatología, epidemiología y medicina familiar. En las unidades médicas de uno a cuatro consultorios se diseñó la estrategia de educación a distancia como el medio idóneo para hacer llegar a todos los médicos familiares la oportunidad de participar. La educación médica continua responde a una obligatoriedad expresada

en el contrato colectivo de trabajo en el que se describe el proceso educativo como activo y permanente, necesario para el desarrollo y la actualización constante del personal.

Asimismo, se iniciaron los cursos para la formación de personal directivo del área de la salud con recursos propios de la institución y orientados a la resolución de los problemas más relevantes en el campo de las prestaciones médicas para el beneficio de la población derechohabiente.¹⁶

Carta compromiso al ciudadano

Es un importante componente del proceso de medicina familiar. La carta compromiso al ciudadano (CCC) es una herramienta de mejora continua con la cual se pretende lograr implementar un sistema de gestión de calidad con participación de usuarios y, así, a partir de sus expectativas generar el compromiso de mejoras.²³ Este instrumento surgió en el Reino Unido en 1991, con excelentes resultados. En México, y por lo tanto en el IMSS, se implementó en enero de 2006, con principios como centrarse en el paciente, desempeñarse eficaz y eficientemente, fomentar el liderazgo y la participación de todos los miembros de la institución, logrando una mejora continua. En medicina familiar se realizó una encuesta con nueve preguntas para evaluar la difusión, el trato en consulta externa y el desempeño.

Los resultados globales de atención médica incluyeron difusión: 54% de los derechohabientes han visto en cartel, folletos o posters los compromisos de la carta compromiso al ciudadano y 70% del personal habla de los compromisos adquiridos: trato en consulta externa (97.6 a 98.5%), claridad (95 a 98.5%), honestidad (100%) y desempeño (92.5 a 93.2%).

Con base en los resultados se puede decir que las correcciones que se incluyeron fueron las correctas.

El instrumento ofrece beneficios para los derechohabientes: información completa, veraz y oportuna, servicios eficientes y de alta calidad, y libertad para expresar su opinión sobre la atención recibida y participar activamente en la mejora. Los beneficios para la institución incluyen integrarse a los modelos de gestión de calidad, dirigir los esfuerzos a resultados y, por lo tanto, producir mejoras concretas en el proceso y en la prestación del servicio a todo derechohabiente. Asimismo, al trabajador del IMSS le permite obtener resultados tangibles, recobrar la confianza y credibilidad ante los derechohabientes y recibir información continua, además de que se hace acreedor de reconocimientos y estímulos, y la transparencia se convertirá en líder.²⁴

En resumen, la carta compromiso al ciudadano logra un acercamiento con la sociedad, identifica al derechohabiente como centro de toda acción y promueve la seguridad y la rapidez en todos los servicios.

Unidad de Medicina Familiar Plus (UMAA)

Es un concepto vanguardista en infraestructura creada que surgió en el IMSS en 2005, con reordenamiento de áreas y mejoras arquitectónicas, enfocada en brindar ciclos de servicio completos al derechohabiente sin la necesidad de referirlo a rehabilitación, procedimientos de cirugía ambulatoria y estudios especializados, incrementando la oportunidad de la atención en cirugía y consulta externa. La UMF Plus cuenta con 10 consultorios de medicina familiar y 10 módulos de enfermería especialista en medicina de familia, diseñada para atender una población de 50 000 derechohabientes. Asimismo, una UMAA cuenta con 14 especialidades médicas y quirúrgicas que equivalen a un hospital de 60 camas. La característica principal es “deshospitalizar” la atención en los padecimientos que sea factible, brindarles una atención médica ambulatoria en las especialidades de cirugía general y consulta externa de oftalmología, otorrinolaringología, urología y oncología, así como realizar procedimientos endoscópicos y de inhaloterapia, quimioterapia, hemodiálisis y diálisis peritoneal. En complemento, el Módulo de Medicina Física y Rehabilitación cuenta con la consulta de rehabilitación y el servicio de terapia física, orientado a mecanoterapia, hidroterapia, electroterapia y módulo de mano. El enfoque es asistencial y preventivo, ya que en este último rubro se educa a la población adulto mayor en la prevención de caídas.

CONCLUSIONES

El proceso de mejora del área de medicina familiar ha contribuido para articular los servicios médicos otorgados en el primer nivel de atención, colocando al médico familiar como el eje de los procesos de atención médica en el plano teórico y con diferentes matices de liderazgo en la práctica, con un trabajo en equipo que requiere fortalecer su desarrollo y enfocarse al plano familiar, apoyándose en sus creencias y cultura, y promoviendo la corresponsabilidad en el cuidado a la salud.

REFERENCIAS

1. Proceso de mejora de medicina familiar. *AMF* 2006;38:194–264.
2. <http://es.wikipedia.org/wiki/Especia>.
3. **García PC et al.**: *La medicina familiar en los albores del siglo XXI*. Sección 1. 2006:161–188.
4. **Rivero O**: Políticas sociales de educación y salud. En: *Medicina no equitativa*. México, ETMSA, 2006:31.
5. **Woolhander S, Himmelstein D**: The deteriorating administrative efficiency of the US. Health Care System. *N Engl J Med* 1991;324:1253–1258.

6. **Rodwin M:** Conflicts in managed care. *N Engl J Med* 1995;332(9):604–607.
7. **Alfaro G:** *La medicina familiar y su incidencia en las reformas de los sistemas de salud y la APS*. Bogotá, OPS–Colombia, Observatorio Talento Humano en Salud, 2009. UU/Vbe-Content/library/documents/DocNewsNo19076Document No11180.PDF.
8. **Rodríguez DJ, Fernández OMA, Mazón RJJ, Olvera F:** La medicina familiar en México, 1954–2006. Antecedentes, situación actual y perspectivas. *Atención Primaria* 2006;38(9):519–522.
9. Dirección de Prestaciones Médicas: *Programa proceso de mejora de medicina familiar*. México, Instituto Mexicano de Seguridad Social. 2007. <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonly-res/43F50D4B-5CBE-4307-B95D-E12B96B8E885/0/mejora.pdf>
10. *Certificación en medicina familiar. Historia*. México. 2010. <http://consejomedfam.eshost.com.ar>.
11. **Glasgow RE, Hiss RG, Anderson RM, Friedman NM, Hayward RA et al.:** Report of the Health Care Delivery Work Group. *Diabetes Care* 2001;24:124–130.
12. **Rubin RR, Peyrot M, Saudek CD:** Effect of diabetes education on self-care, metabolic control, and emotional well-being. *Diabetes Care* 1989;12:673–679.
13. **Ramírez RMO et al.:** Prescripción y abasto de medicamentos en el primer nivel de atención. *Salud Tabasco* 2007;13(2).
14. **Izázola C:** Escuelas y facultades de medicina, oportunidades para mejorar la prescripción de medicamentos. *Rev Med IMSS* 2006;44(2):139–146.
15. **Gutiérrez TG et al.:** Estrategia de prestación y evaluación de servicios preventivos. *Rev Med IMSS* 2006;S3–S11.
16. **Guzmán GJM:** Servicios de rehabilitación en medicina familiar. *Rev Med IMSS* 2004;42(5):269.
17. **Casas PD et al.:** Ultrasonido en el primer trimestre de gestación. *Rev Med IMSS* 2012;50(5):497–504.
18. OECD: *Health at a glance 2007*. OECD indicators. París, OECD, 2007:27. World Health Organization. World Health Statistics 2009. Ginebra, WHO, 2009.
19. <http://www.imss.gob.mx/delegaciones/Pages/CERTIFICADEUNIDADES.aspx>.
20. <http://www.oem.com.mx/elsoldelcentro/notas/n2629290.htm>.
21. <http://www.imss.gob.mx/SiteCollectionDocuments/Delegaciones/Apartado>.
22. **Chávez SJ, Lozano DME, Lara EA, Velázquez MO:** *Actividad física y deporte en el adulto mayor. Bases fisiológicas*. México, Secretaría de Salud, Masson–Doima, 2004:11–12, 83–101.
23. www.serviciosdecalidad.gob.mx.
24. http://www.serviciosdecalidad.gob.mx/genera_carta.php calidad, facilidad.

La medicina familiar frente a los retos de los avances tecnológicos

Yolanda García Valerio, Christopher Emmanuel Wissar Acosta

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la ciencia y la tecnología involucrada en su aplicación desde sus inicios hasta nuestros tiempos ha sido enorme. Las ciencias biomédicas son las que han logrado muchos de los avances más significativos para la humanidad, seguramente como resultado de la inquietud innata que tiene el hombre de buscar la solución a los problemas relacionados con la salud–enfermedad, la cura de las enfermedades, la mitigación el dolor y el sufrimiento por la pérdida progresiva o intempestiva de algunas facultades, las limitaciones funcionales propias de la edad o secundarias a algún padecimiento, la falta de aceptación ante la muerte y el consecuente afán de preservar la vida, entre otros.

Sin embargo, existen controversias relacionadas con los avances científicos, las cuales tienen su origen en el siglo XVII, cuando Francis Bacon proclamó la revolución de la ciencia en función del bienestar de los seres humanos. Siglos más tarde el informe de Vannevar Busch, en 1945, titulado “Ciencia, la frontera sin fin”, planteaba la necesidad de que ésta cumpliera su misión ante la sociedad y satisficiera las necesidades sociales del pueblo estadounidense en un contexto de guerra mundial. Estas primeras ideas constituyen uno de los sustentos básicos de la política científica y tecnológica actual. La evaluación del desarrollo científico y tecnológico se debe orientar hacia el conocimiento de en qué medida se cumplen estas premisas, debido a que en muchas ocasiones los conocimientos generados por el desarrollo científico, pero sobre todo sus aplicaciones, no sólo se han convertido en una gran ayuda para quien, por medio de ellos, ve resueltos sus

males, sino que además han transformado a la medicina en un gran negocio, y a los médicos muchas veces, en grandes comerciantes. De aquí que no sólo sea necesario, sino urgente evaluar el impacto social de la ciencia y la tecnología.¹

El progreso tecnológico y científico de nuestros tiempos le ha proporcionado al ser humano la posibilidad de intervenir sobre otros seres y sobre su medio, produciendo modificaciones esenciales, profundas y con un efecto aún no conocido en tu totalidad; en estos momentos de gran expansión tecnológica en el campo científico no se puede prever cuáles serán los límites de esas modificaciones; de aquí que desde la introducción de la tecnología en la asistencia médica se haya determinado el surgimiento de numerosos problemas jurídicos, éticos, morales y sociales que estimularon en su momento la creación de comités interdisciplinarios de ética encargados de introducir y hacer cumplir principios de moderación y de prudencia, en indicaciones éticas y no morales consideradas por muchos como anticuadas; es decir, se convirtieron en motores impulsores del desarrollo indetenible de la bioética, al grado de relacionar como consecuencia lógica de la tecnología la deshumanización.²

Durante el desarrollo de este capítulo se hace una breve reseña histórica de los avances tecnológicos y descubrimientos que han impulsado a la medicina y sus aplicaciones en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; se comenta el papel decisivo que deben desempeñar los comités de ética en todas las situaciones donde se realicen actividades asistenciales —desde las más simples hasta los trabajos de investigación muy complejos— y se analiza el papel de la medicina familiar frente al avance de la tecnología.

DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

Una forma común de clasificar a las tecnologías médicas es la siguiente:³

- Tecnologías de diagnóstico: permiten identificar y determinar los procesos patológicos por los que pasa un paciente, como la tomografía axial computarizada.
- Tecnologías preventivas: protegen al individuo contra la enfermedad, como la mamografía.
- Tecnologías de terapia o rehabilitación: liberan al paciente de su enfermedad o corrigen sus efectos sobre las funciones del paciente, como el láser de dióxido de carbono (en cáncer de piel, odontología y cortes quirúrgicos) y las prótesis.
- Tecnologías de administración y organización: permiten conducir el otorgamiento correcto y oportuno de los servicios de salud, como las tecnolo-

gías de información y comunicación (TIC), los expedientes electrónicos y los microprocesadores genéticos.

Por otro lado, también hay que considerar que, gracias a muchas de estas tecnologías médicas, se han logrado avances científicos importantes y que de alguna manera han cambiado el curso de la medicina y, por qué no decirlo, de la humanidad.

En este trabajo se habla tanto de la tecnología como de los avances secundarios a ésta, que finalmente representan la aplicación positiva o negativa de la primera; ya se verá dentro del marco de la ética de qué lado se inclina la balanza.

OBJETIVOS

1. Presentar una revisión histórica del desarrollo de la tecnología dentro de la medicina.
2. Analizar las implicaciones éticas de la aplicación de los avances tecnológicos en la práctica médica en general y en la medicina familiar en particular.
3. Definir la actuación de la medicina familiar ante los avances tecnológicos.

DESARROLLO

Evolución histórica de la tecnología en medicina

Las primeras civilizaciones y culturas humanas basaron su práctica médica en dos pilares aparentemente opuestos: un empirismo primitivo y de carácter pragmático (aplicado fundamentalmente al uso de hierbas o remedios obtenidos de la naturaleza) y una medicina mágico-religiosa, que recurrió a los dioses para intentar comprender lo inexplicable. Con Alcmeón de Crotona, en el año 500 a.C., dio inicio una etapa basada en la *tekhne* (técnica), definida por la convicción de que la enfermedad se originaba a partir de una serie de fenómenos naturales susceptibles de ser modificados o revertidos. Ese fue el inicio de la medicina moderna, aunque a lo largo de los siguientes dos milenios surgieron otras muchas corrientes (mecanicismo, vitalismo, etc.) y se incorporaron modelos médicos procedentes de otras culturas con una larga tradición médica, como el chino. A finales del siglo XIX los médicos franceses Bérard y Gubler resumieron el papel de la medicina hasta ese momento: “Curar pocas veces, aliviar a menudo, consolar siempre”.⁴

Desde un punto de vista general, en la medicina del siglo XX se acentuaron la especialización —ya en la primera mitad del siglo XX se contaban 66 especia-

lidades en EUA— y la tendencia a posponer al enfermo, atendiendo más a la enfermedad y a reducir ésta al análisis del laboratorio en manos de diversos especialistas. La deshumanización, la técnica y la carestía son los rasgos de esta medicina. Sin embargo, la mayor eficacia de la medicina ha prolongado significativamente la expectativa de vida con el consiguiente desarrollo de la geriatría en 1916 (que recibió su nombre del americano Nascher) y el aumento de la frecuencia relativa de las enfermedades de la vejez.⁵

Así, la medicina del siglo XX, impulsada por el desarrollo científico y técnico, se fue consolidando como una disciplina más resolutiva, aunque sin dejar de ser el fruto sinérgico de las prácticas médicas experimentadas hasta ese momento: la medicina científica, basada en la evidencia, se apoya en un paradigma fundamentalmente biologicista, pero admite y propone un modelo de salud–enfermedad determinado por factores biológicos, psicológicos y socioculturales.⁶

En México el desarrollo tecnológico y científico ha sido lento. Al inicio de la Independencia los hospitales funcionaban como instituciones de caridad y no existía casi ninguna posibilidad de emplear la tecnología. Durante 200 años el instrumental quirúrgico apenas se había modificado; sin embargo, en el siguiente siglo se contó con quirófanos dotados de mesas especiales para operar, mascarillas para anestesia, pinzas de diferentes tipos e iluminación; cirujanos como Pedro Escobedo (médico militar, primer catedrático de cirugía en México, en 1826) o Rafael Lavista (neurocirujano, pionero en México y América Latina en cirugías cerebrales para el tratamiento de la epilepsia jacksoniana) no sabrían qué son los numerosos aparatos y equipos que hay en el quirófano actual y tampoco sabrían los detalles del uso del instrumental disponible, así como quizá no imaginarían siquiera la posibilidad de hacer una cirugía transendoscópica y, menos aún, el manejo de un robot a través de una computadora.⁷

En el cuadro 15–1 se hace un breve recorrido de fechas en los que los avances tecnológicos han marcado un cambio importante en el desarrollo de la medicina.^{3,8}

Cabe destacar que en la medicina del siglo XX sobresalen los progresos ocurridos en conexión con las ciencias básicas, como el desarrollo de la bioquímica estrechamente vinculado con la química y física, el nacimiento de la genética molecular, las aplicaciones de la física en otras áreas de la medicina, el acelerado desarrollo de la biofísica y el nacimiento de la biomatemática. Entre los aportes de la física se cuentan la difracción de rayos X, los radioisótopos, la electroforesis, la cromatografía, la ultracentrifugación, la espectrofotometría, la absorción de rayos ultravioleta, la terapia con láser, el microscopio electrónico, la ecografía, la tomografía computarizada y la resonancia nuclear magnética. Las aplicaciones de la física no sólo han contribuido a mejorar sustancialmente el diagnóstico, como en el caso de la tomografía computarizada, sino que también hicieron posible obtener una cantidad enorme de conocimientos, como con la microscopía elec-

Cuadro 15–1. Avances tecnológicos que han marcado un cambio importante en el desarrollo de la medicina

Año	Avance
1895	W. C. Roentgen descubre los rayos X
1921	Por primera vez se utiliza un microscopio en una operación; actualmente en vez de microscopios, se utiliza la “endoscopia” la cual permite revisar tejidos por medio de una minúscula lamparita colocada al borde de un delgado alambre elaborado con fibra óptica. Gracias a la endoscopia se han podido realizar cirugías con menor agresividad hacia el paciente
1938	Isidor Rabi describe y mide en rayos moleculares la resonancia magnética nuclear
1942	Se utiliza por primera vez un riñón artificial para la diálisis
1946	Félix Bloch y Edward Mills Purcell refinan la técnica de la resonancia magnética nuclear, usándola en líquidos y en sólidos
1952	Félix Bloch y Edward Mills Purcell compartieron el Premio Nobel de Física por la nueva aplicación de la resonancia magnética nuclear
1952	P.M. Zoll implanta el primer marcapaso
1953	Se obtiene el modelo de la doble hélice del DNA; se puede señalar que este descubrimiento revolucionó tanto la medicina como nuestra manera de pensar
1969	Raymond Damadian Vahan, médico e inventor estadounidense–armenio, propone el primer escáner de cuerpo
1967	Se realiza el primer trasplante de corazón entre humanos. Hoy en día, estos trasplantes, gracias a la aplicación de la tecnología, son una operación relativamente sencilla. El riesgo ha disminuido notablemente
1970	Surge la ecografía como resultado de investigaciones militares sobre el sonar en la Segunda Guerra Mundial y se desarrolla su aplicación en medicina. En la forma tradicional de diagnóstico ecográfico las imágenes son estáticas; sin embargo, gracias al fenómeno Doppler, es posible obtener imágenes con movimiento
1971	Tomografía computarizada (tomas con rayos X) que junto con las técnicas desarrolladas alrededor de la TAC (<i>scanners</i> volumétricos y angiografías) han revolucionado la forma de diagnóstico de muchas enfermedades y sobre todo de lesiones en tejidos blandos. No se podría imaginar tener en la actualidad un hospital sin éste tipo de equipos
1977	Raymond Damadian Vahan es el primero en realiza una exploración completa del cuerpo de un ser humano en para diagnosticar el cáncer, con un método ahora conocido como la resonancia magnética nuclear (RMN). Esta técnica es ideal para la detección de tumores muy pequeños, que pueden resultar invisibles para la técnica tradicional por rayos X
1978	Nace primer bebé concebido <i>in vitro</i>
1991	Inició un programa, “Análisis del Genoma Humano”, con el objetivo principal de descifrar el código genético humano
2000–2007	Los científicos que trabajaron en el proyecto “Análisis del Genoma Humano”, publican por primera vez un borrador del genoma humano. Descubriendo los 23 000 genes que nos forman, dados a conocer en 2007

Fuente: adaptado de Arqhys.com Aplicación de tecnología en la medicina. Disponible en <http://www.arqhys.com/general/aplicacion-de-tecnologia-en-la-medicina.htm>. Kraus A. Tecnología y medicina. Tags: letrillas. Dilemas éticos. Artículo de opinión 2009. Disponible en <http://www.letraslibres.com/revista/letrillas/tecnologia-y-medicina>.

electrónica. Asimismo, la difracción de rayos X fue fundamental en el descubrimiento de la estructura del ácido desoxirribonucleico.⁵

En los albores del siglo XXI el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), siempre a la vanguardia en atención médica institucional en México, realizó a nivel nacional uno de los cambios más significativos en cuanto a la atención médica en el primer nivel. Por primera vez durante el Proceso de Mejora de Medicina Familiar, de 2001 a 2006 se privilegió el apoyo tecnológico en las unidades de medicina familiar, cuando tradicionalmente los recursos en innovación tecnológica se habían destinado al segundo y tercer niveles de atención.⁹

Sin embargo, en la medida en que las instituciones, las empresas privadas o los médicos en el ejercicio privado de su profesión mantengan la innovación al día, la absorción de las nuevas tecnologías en la práctica clínica representará una presión continua sobre los costos de producción de los servicios médicos. En el cuadro 15–2 se presentan algunos ejemplos de avances tecnológicos en la práctica clínica y el año en que fueron introducidos en el IMSS.^{10,11}

Es un hecho que conforme avanzan los conocimientos científicos en la medicina se hace indispensable la aplicación de nuevas tecnologías, lo cual da entrada a la promoción e innovación para el desarrollo de más tecnología, creando un círculo interminable.

Cuadro 15–2. Avances tecnológicos en la práctica clínica

Año	Intervención
1968	Primer trasplante de riñón
1980	Primer programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria
1988	Primer trasplante de corazón
1989	Primer trasplante de médula ósea en niño
1990	Inclusión del primer medicamento antirretroviral en el Cuadro Básico de Medicamentos del Instituto (zidovudina)
1999	Primera operación prenatal
2003–2006	Se instala y opera el Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) en prácticamente 100% de las unidades de medicina familiar
2009	Se agrega al esquema nacional la vacuna del virus de papiloma humano
2010	Adquisición de tomógrafos* de 64 cortes
2011–2012	Adquisición de 14 aceleradores lineales y un <i>Cyberknife</i> **
2013	Se realiza en primer implante de dispositivo cardíaco en sustitución del trasplante en el Hospital de Cardiología del CMN “Siglo XXI”

* Un tomógrafo es un equipo que permite realizar imágenes digitalizadas del cuerpo humano apoyando el diagnóstico de diferentes enfermedades.

** Los aceleradores lineales y el *Cyberknife* son equipos oncológicos utilizados para el tratamiento de tumores cancerosos mediante radiación externa. Los aceleradores lineales comenzarán a operar entre agosto y septiembre de 2012.

Adaptado de Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011–2012. 1ª ed. IMSS, 2012.

Otra consecuencia del rápido crecimiento científico y tecnológico es el nacimiento de las especialidades médicas, mencionadas anteriormente, las cuales surgen como una necesidad de limitar los campos del conocimiento debido al rápido crecimiento científico y tecnológico que hace imposible abarcar con competencia todos los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que requiere la práctica integral de la medicina. Los límites de las especialidades médicas se encuentran en la extensión y profundidad de los conocimientos por adquirir y en los dominios por alcanzar. En principio se dividen por ciertas características generales de los pacientes a estudiar (sexo, edad) o por la división en órganos, aparatos y sistemas, por opción terapéutica (médica o quirúrgica) o por enfoque tecnológico (laboratorio, imagenología diagnóstica y terapéutica). Los límites también están contenidos por las leyes de la oferta y la demanda; de acuerdo con esto, la duración, los programas académicos y la vía de entrada (directa o indirecta) de las residencias médicas debe ser un sistema plástico susceptible de modificarse de acuerdo con los cambios demográficos, epidemiológicos y asistenciales de la población.¹²

La tecnología, convertida en el gran “dios”, ha sustituido el encuentro humano y ha desplazado la confianza. El paciente cree en las “pruebas” y en los avances terapéuticos mucho más que en el profesional, al que llega a ver como un mero dispensador de las mismas. Las infinitas expectativas de salud total (cosa que no existe) a cargo de la omnipotente ciencia llevan a una demanda inagotable de soluciones (que a menudo tampoco existen), lo que aleja al médico del paciente, al sentirse incapaz de dar respuesta a esa demanda, al tiempo que contribuye a colapsar aún más el sistema. Habrá que considerar la forma en que se debe adaptar la práctica profesional de la medicina en un contexto institucional y que perfila características concretas a las que están sujetos los profesionales que allí laboran, así como la formación de los profesionales que en el futuro trabajarán en ellas.^{13,15}

Implicaciones éticas de la aplicación de la tecnología en la medicina y en medicina familiar

El avance del conocimiento y la tecnología en medicina no son ni buenos ni malos. Puede ser “mala” la forma en que se obtienen o inadecuadas las vías por medio de las cuales se ejercen. Los juicios morales sólo son aplicables a los seres humanos; son los usos de la tecnología los que están sujetos a la polaridad axiológica de bueno o malo. La cuestión central es clara: debe existir un balance entre tecnología y ética.⁴

El análisis de los avances científicos es condición necesaria, pero no suficiente, para la comprensión de la situación actual, a la luz de lo ocurrido en los últimos 50 años y también para la estimación de los acontecimientos previsibles a futuro.¹⁵

El uso indiscriminado y exagerado de la tecnología médica en los últimos años incrementa la brecha entre el doctor y el paciente, descuida los significados del término cuidar y se va perdiendo en aras del *glamour* y de los incentivos económicos la lealtad hacia el enfermo, principio inequívoco de la profesión médica; el acceso a los progresos de la tecnología profundiza la diferencia entre ricos y pobres, entre estar sano o enfermo.⁴

La inquietud y preocupación por la “deshumanización” de la medicina comenzó y se incrementó en la segunda mitad del siglo XX. Es lamentable que a expensas de los cánones establecidos por una sociedad conquistada por los avances científicos y tecnológicos se estén perdiendo y olvidando recursos que han demostrado su utilidad durante siglos y siglos, cuando la ciencia y la tecnología de la medicina para diagnosticar y, sobre todo para curar, eran de dudosa eficacia; entonces se curaba sólo con recursos que se derivaban del contacto personal y humano del médico con el paciente, de la empatía, de la preocupación del médico por el sufrimiento del paciente, de la amistad, del afecto y del interés auténtico del médico no sólo por la enfermedad de un órgano o sistema del enfermo, sino por su integridad biológica y espiritual, del médico que atiende el sufrimiento del paciente y de su familia.

El sufrimiento, el padecer del paciente y su familia, no se curan sólo con medicamentos, exámenes costosos y sofisticados, o intervenciones de alta especialidad.¹⁶

Por otro lado, el debate sobre el aspecto negativo del avance médico-técnico se enfoca en el aumento de los costos, que finalmente recaen sobre la economía del paciente o de las instituciones, según sea el caso; por ello, en un primer paso se debe aclarar si los avances en la tecnología médica han llevado a un uso eficiente de las innovaciones tecnológicas médicas.¹⁷

Ante el avance de la tecnología el médico tiene en sus manos la decisión de aplicar estudios como apoyo para realizar un diagnóstico temprano en pro de la salud del paciente; sin embargo, cuando no se aplica como primera instancia la clínica para llegar a un diagnóstico se sobreutilizan los estudios en forma innecesaria, originando que la atención al paciente se eleve tanto en tiempo como en costos.¹⁸

Además de realizar una adecuada valoración clínica del paciente, el médico debe tener principios éticos muy sólidos, ya que en el afán de mantener cautiva a una “clientela” cae en la tentación de desarrollar una competencia desleal, al ofrecer o solicitar en forma desmedida la tecnología de vanguardia, por lo que respecta a seguros de vida o seguros de gastos médicos mayores elevan los costos de la aplicación de tecnología originando que se pierdan recursos y tiempo a veces cruciales para aplicar un tratamiento oportuno.¹⁹

La nueva medicina con todos los maravillosos adelantos en el conocimiento y en la tecnología médica puede servir al ser humano mejor que nunca. Las condi-

ciones que enfrenta obliga a reflexionar en qué circunstancias se puede lograr esto para cumplir mejor con los postulados que constituyen la ética médica actual:

- Beneficencia: pensar que toda acción sólo debe ser para el beneficio del paciente.
- No maleficencia: evitar cualquier acción que redunde en daño, injusticia o peligro para el paciente.
- Respeto a la autonomía: actuar con decisiones compartidas y evitar la actitud paternalista o con suficiencia que deja a un lado la opinión del paciente.
- Lograr que todas las acciones se inscriban en la justicia de la administración igualitaria de los recursos médicos para todos los pacientes, independientemente de su capacidad económica.

Por esto, el médico que además de conocer las ciencias médicas tiene una vocación y cultura humanista, y una comprensión más amplia del complejo fenómeno salud–enfermedad, está posiblemente mejor inclinado a ejercer una medicina humanitaria. El reto de hoy es cómo formar a las generaciones de nuevos médicos con este perfil, en un mundo donde la sociedad rinde culto al avance tecnológico y un sector de negociantes de la medicina induce la idea de que los recursos tecnológicos novedosos y los avances de las ciencias médicas son todo lo que se necesita para atender bien a los pacientes, y también cómo lograr que los médicos ya formados, quienes tienen la oportunidad de interactuar o participar formalmente en la preparación de los estudiantes de medicina, internos de pregrado y residentes, le den el enfoque humanista que en ocasiones, y por muchas razones que no son motivo de este trabajo, ya tampoco lo aplican en el momento de su consulta, por lo que no pueden transmitirlo a sus alumnos.¹⁹

El reto está en encontrar el camino que nos lleve nuevamente a crecer en el aspecto de la sensibilidad humana, en el gran valor que implica dentro de la profesión médica la capacidad no siempre de curar, pero sí de aliviar el sufrimiento humano. El reto es romper con la inercia que nos ha llevado a un reduccionismo impersonal. Esto es resultado de más de un factor que coincide en el tiempo. Por un lado tenemos la impresión de que los servicios de atención a la salud pueden ser considerados un bien. Esto es más evidente en las grandes corporaciones médicas, donde tanto el personal de salud como los pacientes, muchas veces mal llamados “clientes”, son intercambiables, es decir, siempre y cuando se pueda suplir un servicio con una persona preparada para brindar la atención, no importa quién sea al final del día, igualmente un paciente con cierta enfermedad se equipara a cualquier otro paciente con el mismo diagnóstico.¹⁴

Esto va en contra de la base principal que sustenta la profesión médica, que es la relación médico–paciente. Es en este vínculo donde se establece la confianza para poder conversar con el médico de cuestiones importantes, muchas veces

para el diagnóstico y tratamiento que no nos atrevemos a comentar ni siquiera con las personas más allegadas a nosotros. El médico familiar explora los rincones profundos de la conciencia, del cuerpo y de los valores que dan sentido a nuestra vida. Esta relación va más allá de una transacción meramente comercial, donde el objeto de intercambio es un bien o servicio que se puede pagar por cierto monto.¹⁹

El paciente no es “el paciente de la neumonía” o “el paciente de la cama 12”; esta persona tiene un nombre, una historia, temores particulares, expectativas personales, un cúmulo de valores que ha ido adquiriendo durante su vida, una filosofía personal para avanzar en el camino de la vida... Y todo esto el médico dejó de conocerlo, porque no le ve el gran valor que justifique invertir tiempo en escucharlo. Es posible conocer tantas cosas de su cuerpo por medio de pruebas de laboratorio y medir en microgramos, picogramos o nanogramos concentraciones de múltiples cosas, tener imágenes de resonancia magnética nuclear, tomografías, ecografías, biopsias etc., que aportan datos, números, gráficas, imágenes que ciertamente ayudan al diagnóstico y muchas veces a definir un tratamiento, pero la sensibilidad, la calidez y el afecto para tratar al paciente sólo procede de uno mismo.

La medicina familiar frente a los avances tecnológicos

La medicina familiar como especialidad desde el decenio de 1960 a nivel mundial y en México en la década de 1970 ha tenido que evolucionar y adaptarse a los cambios sociales, demográficos y tecnológicos que el devenir histórico le ha impuesto.

Como una disciplina académica ha tenido un importante desarrollo en el ámbito internacional tanto en los aspectos académicos como en los asistenciales, consolidándose como la base del sistema de salud en muchos países, como Cuba, Canadá, Inglaterra y Nueva Zelanda, entre otros, donde el cuidado primario en salud fundamentado en promoción y prevención, la continuidad en la atención, el enfoque integral basado en los riesgos biopsicosociales, la excelencia clínica, el enfoque sistémico en la atención y la aplicación práctica de muchos otros principios de la medicina familiar han tenido un importante aporte para lograr no sólo la ausencia de la enfermedad sino el tener la salud como un componente del bienestar.²¹

Algunas fechas y hechos importantes que han favorecido su desarrollo dentro del IMSS son los siguientes:

- 1955: se definió el sistema médico familiar.
- 1971: inició el curso de especialización en medicina familiar.

- 1972: se crearon manuales del sistema médico familiar.
- 1974: la UNAM le dio el aval académico a la especialidad, fundándose el primer Departamento de Medicina Familiar de Latinoamérica.
- 1978: se llevó a cabo la “Conferencia Mundial de Salud de Alma Ata”, donde se priorizó la atención primaria a la salud y se evidenció que una de las especialidades médicas que mejor podría aplicarla sería la medicina familiar.
- 1980: se abrió la especialización en otras instituciones de salud, como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SS).
- 1988: con el aval de la Academia Nacional de Medicina de México se creó el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar.
- 1991: *World Organization of National Colleges, Academies* (WONCA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitieron la declaración “El papel del médico de familia en los sistemas de atención a la salud” como parte importante de la estrategia de atención primaria.
- 1994: en Ontario, Canadá, se hizo la declaración de que el médico de familia es quien mejor puede atender a las necesidades de salud de la población.
- 1994: se creó el Colegio Mexicano de Medicina Familiar.
- 2001: inició el Proceso de Mejora de Medicina Familiar (PMMF), con la misión de renovar el primer nivel de atención, que a la fecha ha resultado en la más grande transformación que Latinoamérica haya experimentado. Las inversiones aplicadas para el fortalecimiento estructural en la educación médica con fines de actualización y en la instrumentación de sistemas de información en salud que hicieron posible contar con un expediente clínico electrónico individual, además de que lograron hacer no sólo más eficientes los procesos, sino tener un avance significativo en la calidad de la atención médica que se ofrece a los derechohabientes.^{22,23}

Éste es un ejemplo claro de que la tecnología ha favorecido tanto los procesos de actualización de los médicos en servicio a través del uso de videoconferencias y apoyo en línea de los profesores, como el desarrollo y consolidación de un sistema de información en medicina familiar que permitió una más ágil y correcta toma de decisiones. Durante el PMMF se invirtió en equipo de cómputo para 1 219 UMF de 2003 a 2007, además de la dotación de equipos de ultrasonido y mastógrafos para uso en la unidades de medicina familiar. En forma sucinta, el proceso incluyó el nuevo sistema para información clínica SIMF (Sistema de Información en Medicina Familiar) y manejo de agendas. Gracias a esto ahora se pueden proporcionar prescripciones e incapacidades por vía electrónica, facilitando que el paciente las pueda entender y cumplir mejor. El empleo de computadoras incluye apoyos en la red para la toma de decisiones, con lo cual se tiene la

oportunidad de consultar los lineamientos en Internet en el momento de atender al paciente.^{10,23}

Sin embargo, por otro lado se ha argumentado en muchas ocasiones que el uso de estas herramientas durante la consulta constituye una barrera en la relación médico-paciente, ya que impide una comunicación efectiva, distrae la atención del médico y evita que mire a los ojos al paciente durante el interrogatorio.

Hoy en día la tecnología de la información y de la comunicación, conocida genéricamente como TIC, representa otra forma innovadora para difundir el conocimiento médico.

Entre las TIC más usadas se encuentran las computadoras, el Internet, las llamadas aplicaciones (*apps*) para teléfonos celulares y las tabletas, lo que ha favorecido mejoras en el envío de los documentos de divulgación científica; tanto en tiempo como en formatos han disminuido los tiempos del proceso administrativo, de la revisión por pares y del dictamen editorial, pero también han tenido repercusiones positivas en el proceso de impresión que, junto con lo anterior, han mejorado la calidad de la publicación, de su ilustración y finalmente han influido en la oportunidad de su divulgación, no sólo en cuanto a menor tiempo sino también en lo económico, debido a que han abaratado los costos de edición e impresión.²⁴

En 1970 las autoridades del IMSS reconocieron que “El médico familiar en esta institución es una innovación que permite conservar la tradición, la conducta humanista de antaño, aunada al conocimiento de nuevas técnicas de la medicina moderna.”²⁵ Entonces, una de las prioridades en el ejercicio del médico familiar debe ser conservar el humanismo, que nunca podrá ser sustituido por la sola aplicación de los conocimientos y las tecnologías actuales y las que vengan. Se debe establecer un equilibrio entre empatía y humanismo, no involucrado emocionalmente con el paciente ni indiferente a su padecer. Es necesario renovar las perspectivas profesionales de la medicina familiar para continuar con la creación de sistemas de atención en el primer nivel mejor diseñados y que permitan lograr las metas de calidad en la atención, contribuyendo también a edificar una respuesta para la comunidad encaminada a la conservación y restauración de la salud.²⁶

Para bien o para mal la tecnología ha venido, por un lado, a facilitar el quehacer médico, pero por otro se ha convertido en una tentación irresistible de sobreutilizarla para mantenerse a la vanguardia de los avances científicos; a pesar de ello no se puede negar que a la tecnología bien aplicada facilita mucho la práctica médica, pero sobre todo la toma de decisiones, por ejemplo, la posibilidad de monitorear constantemente de manera ambulatoria los niveles de glucosa o las cifras de tensión arterial para realizar ajustes en el tratamiento farmacológico, ante era impensable.²⁷

Del mismo modo, cómo el médico de familia podría desempeñar adecuadamente sus funciones en el ámbito rural y comunitario sin contar con tecnología

no tan sofisticada como un *cyberknife*, pero sí tan importante como un ultrasonógrafo portátil o un Doppler para frecuencia cardíaca fetal, bombas volumétricas, refrigeradores para vacunas, ventiladores volumétricos, hemoglobímetro y unidades radiológicas dentales, entre otros.²⁸

La clave para realizar procesos de adaptación y cambio de manera exitosa y en forma constante ante el bombardeo tecnológico radica en fomentar competencias que alienten la creatividad, la innovación, la crítica, la flexibilidad y el empeño con altos niveles de eficacia.²⁹

Por otro lado, no hay que negar que la tecnología en medicina crea sobrevida, aunque en ocasiones con un alto índice de discapacidad, y prolonga vidas llenas de dolor y sufrimiento; ésta es la otra cara de la moneda. Es el humanismo el elemento que tenemos a mano para comprender, lo que equivale a escoger con amor, a discernir cuando la tecnología no se use a expensas de la calidad de vida y cuándo se debe aplicar y, muy importante, cuándo no hacerlo. No se debe sucumbir ante la promoción de la tecnología en salud, difundida por los diferentes medios prestadores, hospitales, clínicas y demás, en revistas de circulación nacional. Es un llamado a no caer en el facilismo de que la tecnología es la solución rápida y fácil ante la enfermedad.

Es por ello que se requiere hacer un lado toda esa deslumbrante tecnología y regresar al origen, cuando el acto de sentarse junto a la cama del paciente, saludarlo por su nombre y sonreírle, era ya el inicio de su tratamiento. Tocar su mano para sentir el pulso, escuchar su corazón, palpar los órganos abdominales o definirlos con la percusión eran maniobras que iniciaban el proceso de confortar, confiar y formar una alianza para caminar juntos, paciente y médico en busca de una mejor condición de vida.¹⁴

CONCLUSIONES

La tecnología y su aplicación en la medicina en general y en la medicina familiar en particular, deben servir mejor que nunca en la práctica médica cotidiana sin menoscabo de los principios médicos fundamentales. Es obligatorio reflexionar en qué circunstancias se puede lograr esto para cumplir mejor con los postulados que constituyen la ética médica actual: beneficencia, no maleficencia, respeto a la autonomía y lograr que todo el actuar médico se inscriba en la justicia de la administración igualitaria de los recursos para todos los pacientes, independientemente de su capacidad económica o su situación geográfica.

El médico familiar dentro del marco institucional deberá actuar en apego a los objetivos de la atención médica que consideran como prioridad la experiencia del paciente: seguridad, eficacia, equidad, eficiencia, atención centrada en el pacien-

te y oportunidad, sin caer en la sobreutilización de la tecnología en sustitución del desarrollo de una buena práctica clínica y una cálida relación médico-paciente.

REFERENCIAS

1. Impacto social ciencia y tecnología. *Acimed* 2010;21(2):161–183.
2. **Rivero SO:** La vocación humanística: motivación permanente para el estudiante de medicina. *Gac Méd Méx* 2004;140(1).
3. *Aplicación de tecnología en la medicina*. <http://www.arqhys.com/general/aplicacion-de-tecnologia-en-la-medicina.htm>.
4. **Kraus A:** *Tecnología y medicina*. Tags: letrillas. Dilemas éticos. 2009. <http://www.letraslibres.com/revista/letrillas/tecnologia-y-medicina>.
5. Pontificia Universidad Católica de Chile: *Apuntes de historia de la medicina. Sobre la medicina del siglo XX*. 2012. <http://escuela.med.puc.cl/publ/HistoriaMedicina/SigloXXIntroduccion.html>.
6. **Pitz PB:** Nuevos retos en la formación de residentes de medicina de familia. *Form Med Contin Aten Prim* 1999;6(4):218–221.
7. **Viesca TC:** Conmemoración del Bicentenario y Centenario desde la medicina mexicana. *Rev Med IMSS* 2010;48(1):46.
8. **Krestchmer R:** Principales adelantos del conocimiento médico. En: Rivero SO, Tanimoto M: *El ejercicio de la medicina en la segunda mitad del siglo XX*. Tercera parte. México, Siglo XXI, 2009.
9. **Pérez CR, Reyes MH, Muñoz HO:** Simposio XII. El uso de la evidencia científica en la toma de decisiones en el IMSS. *Salud Púb Méx* 2007;49(Supl 1):277–279.
10. Dirección de Innovación y desarrollo tecnológico: *Expediente clínico electrónico del IMSS*. Archivos IMSS, noviembre de 2011.
11. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2011–2012*. 1ª ed. 2012. <http://www.imss.gob.mx/instituto/informes/pages/index.htm>.
12. **Lavalle MC:** Los límites de la especialización médica. En: *Los retos de la educación médica. Revistas médicas mexicanas*. México, Nieto, 2012;1(1):94–114. <http://www.nietoeditores.com.mx/volumen-1-numero-1-enero-abril-2012/4603-los-limites-de-la-especializacion-medica.html>.
13. **Casas PD, Jarillo SE, Contreras LG, Rodríguez TA:** La salud colectiva para el análisis de la medicina familiar. *Medwave* 2013;13(4):e5666.
14. **Gutiérrez MJ:** Reto de la medicina: regresar a sus orígenes. México, Forbes, 2013. <http://www.forbes.com.mx/sites/reto-de-la-medicina-regresar-a-sus-origenes/>.
15. **Martínez PGE:** *Breve reseña histórica del desarrollo de los procedimientos diagnósticos sobre el embrión humano*. Argentina, Anales de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas, 2008:3–20.
16. **Rivero SO:** La vocación humanística: motivación permanente para el estudiante de medicina. *Gac Méd Méx* 2004;140(1).
17. **Schillmeier M, Domènech M (eds.):** *New technologies and emerging spaces of care*. Farnham, Ashgate, 2010.
18. **Janvier A, Lantos J:** Variations of practice in the care of extremely preterm infants. En: Diekema D, Mercurio M, Adam M (eds.): *Clinical ethics in pediatrics, a case-based textbook*. Cambridge University Press, 2011;17:94.

19. **Rivero SO, Durante MI:** Ética en la medicina actual. *Gac Méd Méx* 2008;144(4).
20. **Rodríguez AMA:** *Relación médico-paciente*. La Habana, Ciencias Médicas, 2008.
21. **Arias CL:** La medicina familiar y los retos del siglo XXI. *Colomb Med* 2006;37(1):5.
22. **Quiroz PJR, Irigoyen CA:** Una visión histórica sobre la medicina familiar en México. *MPA e-Journal Med Fam & At Prim Int* 2008;2(1):49-54.
23. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Rendición de cuentas 2001-2006*. Libro Blanco Proceso de Mejora de Medicina Familiar.
24. **Espinoza L:** Las publicaciones médicas y las tecnologías de la información. *Rev Med IMSS* 2013;51(3):244-247.
25. Instituto Mexicano del Seguro Social: Medicina Social. Dos sexenios en la medicina de la Seguridad Social. *Bol Med IMSS* 1970;IX(4):261-97).
26. **Muñoz HO, García PMC, Vázquez EF:** Perspectivas en medicina familiar. *Arch Med Fam* 2006;8(3):145-151.
27. **Kirley K, Sharma U, Rowland K:** BP meds: this simple change improves outcomes. *J Fam Practice* 2012;61(3):153-155.
28. **Susman J:** The rebirth of the solo family doc. *J Fam Practice* 2011;60(9).
29. **Zerón GLE et al.:** Diferenciación profesional de la práctica médica. *Rev Med IMSS* 2012; 50(6):645-650.

La medicina familiar y el cambio exponencial en la información y el conocimiento de los pacientes

Yolanda García Valerio, Christopher Emmanuel Wissar Acosta

INTRODUCCIÓN

El conocimiento es poder y el acceso a la información marca la diferencia entre los individuos con posibilidades de superarse y aquellos que tendrán que limitar su desarrollo individual y colectivo. Se ha demostrado ampliamente que los pacientes que disponen de información de calidad sobre la salud pueden desempeñar un papel más activo en la toma de decisiones relativas a su tratamiento, viven de forma más saludable y están más satisfechos con el resultado de los cuidados y tratamientos médicos. Sin embargo, mientras que hay pacientes que usan la información para colaborar, hay otros que lo hacen para incomodar. Esto depende de la relación previa que se haya construido con el médico tratante.

La adquisición de conocimientos relacionados con padecimientos y opciones de tratamiento es un fenómeno que se ha extendido rápida y ampliamente a nivel mundial, con un claro predominio en las áreas urbanas y en personas con mayores niveles educativos, quienes gracias a Internet y a la prensa especializada reclaman nuevas formas de atención, constituyendo una generación de pacientes que pueden llegar ante el médico como un interlocutor interesado, predispuesto a participar con él y asumir la responsabilidad del autocuidado, o bien como un desafío ante los médicos que, en consecuencia, se han inclinado por la medicina defensiva, caracterizada por la desconfianza entre médicos y pacientes.

No es malo que el paciente tenga cada vez mayores conocimientos en materia de salud; por el contrario, en enfermedades crónicas ha quedado manifiesto que aumenta el compromiso y corresponsabilidad para el manejo y apego a las indica-

ciones del médico. Por otro lado, los hace más exigentes y obligan a los médicos a mantenerse también informados y actualizados, con la posibilidad de incidir no sólo en la práctica médica de calidad, sino también en la de todo el equipo de salud, la reorganización de los sistemas y la mejora continua de la prestación de servicios.

DEFINICIÓN

En este capítulo se pretende hacer un análisis de la importancia de preservar la comunicación para el fortalecimiento de la relación médico–paciente, a pesar de que el bagaje de información que actualmente tienen las personas que acuden a la consulta del médico familiar, y que muchas veces es incompleta, está cargada de imprecisiones, mala interpretación o datos tendenciosos e intenciones ocultas de quienes la proporcionan; asimismo, se revisan algunas implicaciones éticas y legales de la información que se debe proporcionar a pacientes y familiares ante los problemas de salud y se plantea cómo la medicina familiar tiene que ajustarse y aprovechar estas tendencias para el mejor cuidado y atención de las familias a su cargo.

OBJETIVOS

1. Analizar la importancia de preservar una comunicación efectiva para el fortalecimiento de la relación médico–paciente, ante el incremento exponencial de información y conocimientos que tienen los pacientes en materia de salud.
2. Revisar las implicaciones éticas y legales de la información que se debe proporcionar a pacientes y familiares ante los problemas de salud.
3. Definir cuál debe ser el proceder del médico familiar ante los conocimientos e información que posee el paciente.

Importancia de preservar una comunicación efectiva para el fortalecimiento de la relación médico–paciente, ante el incremento exponencial de información y conocimiento de los pacientes en materia de salud

La comunicación es el acto mediante el cual el médico y el paciente establecen un contacto que les permite transmitir una información. En la comunicación in-

tervienen diversos elementos que pueden facilitar o dificultar el proceso. La comunicación entre el médico y el paciente implica no solamente las palabras que se utilizan al hablar, sino también los gestos, la expresión facial, la mirada, el tono de voz, el énfasis, los movimientos de las manos, la actitud corporal y la actitud mental ante algunas características individuales de los pacientes, como edad, sexo, raza o condición social.¹

No es importante solamente lo que se dice, sino también cómo se dice. Las peculiaridades de cada uno a la hora de expresarse suelen reflejar algunas características de su personalidad. La comunicación efectiva en medicina requiere una serie de habilidades aprendidas; es, como dicen algunos, un conjunto de procedimientos que tienen el fin de mejorar el cuidado del paciente. Para que sea “efectiva”, el médico se debe centrar en habilidades específicas que tiene que aprender y desarrollar, y no únicamente basarse en la sola intención de mejorarla.²⁻⁴

En la antigüedad la comunicación entre el médico y el paciente era básicamente unidireccional, es decir, el médico ordenaba un tratamiento y el paciente se dedicaba únicamente a obedecer, pero este tipo de comunicación paternalista evolucionó junto con las necesidades de la sociedad hasta llegar al tipo de comunicación actual entre el profesional de la salud y el paciente, en la que el médico es un consultor y orienta a un paciente, en su mayoría, previamente enterado de su padecimiento gracias al actual acceso a la información, un paciente que pregunta e incluso sugiere posibilidades de su tratamiento.^{4,5}

El elemento de comunicación más importante ante cualquier paciente, pero sobre todo en el paciente informado, es que sienta que su médico lo sabe escuchar. Uno de los principios determinantes y difíciles de todo el proceso comunicativo es saber escuchar. La falta de comunicación que se sufre hoy en día se debe en gran parte a que no se sabe escuchar a los demás. Pero, ¿cuánto escucha el médico? De acuerdo con el Dr. Alberto Alves de Lima, fundador de la especialidad de medicina familiar en Argentina, “...50% de los pacientes salen de la consulta sin haber resuelto los problemas que los llevaron a consultar y un porcentaje similar no tiene claro de cuáles fueron las indicaciones. Además, los médicos interrumpen mucho: la primera interrupción sucede a los 18 seg, en promedio. En cambio, cuando al paciente se le permite hablar se llega a mejores diagnósticos, se gasta menos en estudios y se mejora su apego a las indicaciones médicas, algo central para un vínculo intenso y sostenido entre médico y paciente”.⁶

Existe la creencia errónea de que se escucha de forma automática, pero no es así. Escuchar requiere un esfuerzo superior al que se hace al hablar y también del que se ejerce al escuchar sin interpretar lo que se oye. Se requiere una escucha activa, es decir, escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla. La escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también a poner atención a los sentimientos, las ideas o los pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo.

Para llegar a entender a alguien se precisa cierta empatía, es decir, ponerse en el lugar de la otra persona.⁷

Las verbalizaciones de asentimiento, mirar directamente al paciente mientras se le habla, adoptar una postura cercana y relajada, utilizar un lenguaje claro, preciso y conciso, mediante una voz clara y pausada, cambiando el ritmo de la conversación para hacerla más interesante, firme pero confiada y bien modulada, llamar a cada persona por su nombre, con expresiones faciales de acuerdo con el mensaje que queremos transmitir, son parte importante de la interacción con el paciente, en especial con el paciente informado.^{1,7,8}

La información que reciben los pacientes y sus familiares acerca de su estado de salud es un aspecto de significativa importancia, ya que determinará en gran medida el grado de aceptación de su condición y el apego al tratamiento. Sin embargo, la sola consideración de la información sin tener en cuenta aspectos comunicacionales —tales como el tipo de mensaje, la claridad del emisor, la pertinencia del canal— y un buen vínculo entre pacientes—familiares y profesionales de la salud no logran aumentar la motivación para manejar sus enfermedades, mejorar sus condiciones de salud y apropiarse de ese conocimiento. Los pacientes que no participan en el proceso de decisión ni están informados tienen una menor probabilidad de aceptar el tratamiento elegido por el médico y de hacer lo que es necesario para permitir que el tratamiento dé resultado.⁹

Hoy un paciente urbano, con acceso a Internet, diarios y revistas tiene más información, pero eso no significa que sepa más. Lo más importante sigue siendo cómo aplicar esa información. El problema se suscita cuando exige, por ejemplo, que el médico le cure el cáncer porque se enteró de que “salió un nuevo medicamento”, que cuando el profesional busca en la bibliografía corrobora que ese fármaco sólo prolonga la vida tres meses. La información no debería llegar a los pacientes con datos manipulados ni influidos por los intereses de la industria farmacéutica. La información es beneficiosa, pero hay que tener en cuenta de qué fuente proviene y cómo se usa (en Internet hay mucha “basura” y cada quien la interpreta a su conveniencia), si es para enriquecer el vínculo con el médico y conocer más o está buscando judicializar la práctica médica. Mientras el médico base sus decisiones en procedimientos actualizados y validados no debería existir problema.¹⁰ Para Hugo Mercer, titular de Sociología de la Salud de la Universidad de Buenos Aires e investigador de la Organización Mundial de la Salud, hay dos tendencias que promueven un mayor equilibrio en la relación médico—paciente. “Una, los cambios demográficos y epidemiológicos: poblaciones más añosas con mayor prevalencia de enfermedades crónicas que conviven muchos años con su enfermedad y saben mucho acerca de ella, no sólo como patología, sino como vivencia personal”.

La segunda fuente de nivelación proviene de un acceso muy generalizado a la información científica, “que hace que la distancia cognitiva entre profesionales

y pacientes se acorte”.⁵ La información, entonces, hace que la gente perciba al médico como un socio y quiera tomar más decisiones; sin embargo, esto no ocurre en algunos lugares en los que prevalece el modelo de medicina hegemónica, caracterizada por ser biologicista, individualista, mercantilista y eficazmente pragmática, donde se establece una relación entre el saber y el poder, predominan las fuentes del conocimiento y quedan fuera los factores socioculturales con una orientación curativa y de eliminación del síntoma, y que considera al paciente como portador de un saber equivocado, subordinado social y técnicamente al médico, así como en sectores de menor instrucción y en aquellos en quienes la figura del médico sigue generando una imagen de autoridad, independientemente del grado de instrucción. Afortunadamente este modelo está en crisis y esperamos que en vías de desaparecer.

En una investigación del Instituto Universitario de la Fundación ISALUD en Argentina sobre usuarios de hospitales públicos, obras sociales y prepagas de varias zonas del país la mayoría de las respuestas se concentran en expresiones como “quiero que el médico me informe, me dé un buen tratamiento, que no se quede mudo mientras me ausculta...” En ese mismo trabajo se encontró que 85% de los encuestados “consideran que el vínculo con su médico no descansa solamente en los aspectos técnicos y académicos, sino también en la capacidad afectiva, la predisposición para escucharlo, informarlo y tranquilizarlo, y la necesidad de que le explique con palabras entendibles sobre su enfermedad y tratamiento”.⁵ Por tanto, uno de los aspectos de mayor interés para el paciente es que el médico demuestre estar interesado por él, que utilice palabras comprensibles, que le proporcione información sobre el tratamiento, le transmita tranquilidad y le aconseje, pero que le permita ser él quien decida, que tenga libertad para comentar sus puntos de vista y que el médico considere su opinión acerca del tratamiento. Una de las mayores necesidades del paciente es ser entendido y conocido, esto es, que entre las cualidades del médico debe destacar una conducta afectiva que le permita reflejar sentimientos y mostrar empatía y preocupación por sus pacientes, aunque la falta de estas cualidades podría explicarse por la asimetría cultural entre el médico y el paciente; lo cierto es que para éstos, las cualidades humanísticas del médico parecen ser muy valoradas, entre las cuales la comunicación guarda un papel predominante.¹⁰

Implicaciones éticas y legales de la información que se debe proporcionar a los pacientes y familiares ante los problemas de salud

Nuestra época es totalmente diferente al pasado. Mientras que hace 20 años al médico se le veía todavía como una eminencia y era él quien tenía la última pala-

bra en las decisiones en torno al manejo de los pacientes, actualmente una gran proporción de éstos los ve como un consejero, un asesor, un par con el que se conducirá codo a codo para el restablecimiento de la salud perdida.¹¹

Los cambios son evidentes y se presentan de una manera acelerada dentro de una sociedad en transición. Resulta claro que la actitud entre la población en general también ha cambiado debido a muchos factores, entre los que insistimos en destacar la gran cantidad de información disponible, el mayor acceso a ésta, la difusión, defensa y exigencia de los derechos humanos, y la posibilidad de contar con muchos medios para lograrlo, principalmente los electrónicos, lo que ha condicionado la construcción de una nueva conciencia y cultura de la salud. Sin embargo, el hecho de que las personas tengan más información relacionada con la salud, no necesariamente significa que sepan más sobre sus enfermedades, lo relevante sigue siendo la forma en cómo se apliquen esos conocimientos y en saber cuándo éstos están basados en tendencias mercantilistas, intereses económicos o propaganda mal intencionada, volviéndose no sólo en contra del médico y su labor asistencial, sino en contra del mismo paciente y la evolución de su enfermedad.¹¹

Dado que todas las decisiones médicas, procedimientos y tratamientos utilizados en el cuidado de los pacientes recaen sobre el paciente y su cuerpo, es importante que cada vez se sumen más instituciones y organizaciones sociales a favor de que los pacientes reciban información y que su derecho a opinar se ejerza sin límites.¹⁰

El Dr. Alberto Lifshitz asegura que “\$los médicos contemporáneos enfrentan la disyuntiva entre la beneficencia y la autonomía, que equivale a tomar partido a favor de lo que al paciente le hace bien aunque éste no esté de acuerdo, o de respetar lo que éste decida aunque le haga daño. Si bien se percibe el cambio social en términos de una mayor participación y exigencia, también se pueden distinguir variantes que se ubican entre dos grupos extremos: el de los pacientes que siguen siendo totalmente dependientes de los médicos, obedientes y pasivos, incapaces de expresar su opinión, y por otro lado los pacientes beligerantes, muchos de los cuales han sido estimulados por gestores que se benefician del conflicto”.¹²

Este debate sobre el ejercicio del derecho de los pacientes a recibir información sobre el propio estado de salud y el tratamiento a seguir se inició a mediados del siglo XX en EUA, donde está plenamente consolidado. Surgió como resultado de múltiples factores: el aumento de las enfermedades crónicas y el progresivo envejecimiento de la población, el interés de los médicos por compartir la responsabilidad de las decisiones tomadas, así como el incipiente movimiento ciudadano que reclamaba una información de calidad en temas de salud. Todo ello sin obviar los aspectos éticos que trataremos más adelante, con un trasfondo claramente económico: un paciente informado es un colaborador activo en su proceso

de recuperación porque es más responsable con su enfermedad y tratamiento, lo que permite reducir los costos sanitarios de la administración y de las compañías aseguradoras. Sin embargo, el ejercicio del derecho a la información por parte de los pacientes se basa en un triple marco fundamental: psicológico, normativo y legal, y ético.¹³

Desde un punto de vista psicológico, la cantidad y la calidad de la información proporcionada a los pacientes reduce su angustia, consiguiendo así una mejor y más rápida recuperación como resultado de la mayor colaboración durante el tratamiento. Desde un punto de vista legal y normativo, este derecho a la información es recogido por la legislación de la mayoría de los países y es reconocido por diversos organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en su Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, y la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, entre otros.¹⁴

En México la información sobre la atención médica que se le brinda al paciente está legislada en diferentes instrumentos de normatividad jurídica. A pesar de esto, durante muchos años la opinión del paciente, sus derechos y necesidades no se percibieron en su justa dimensión. Fue en abril de 2001 cuando se reformó la Ley General de Salud y la información dejó de estar dispersa y de ser de difícil acceso para los ciudadanos, no sólo para obtenerla, sino también para comprenderla y hacerla valer; fue entonces cuando se estipuló que los pacientes en México tienen 16 derechos orientados a favorecer una mejor calidad médica y a fomentar el respeto a sus necesidades e intereses. En ese momento se conformó un grupo coordinado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), integrado por representantes de diversas instituciones de salud pública y privada, universidades, organizaciones no gubernamentales, representantes de la sociedad civil, asociaciones y colegios médicos. En diciembre del mismo año se elaboró un documento único para el usuarios de los servicios de salud —la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes— que resume en 10 puntos los derechos de los pacientes, misma que debe estar a la vista de todos en hospitales, clínicas y consultorios.¹²

Desde un punto de vista ético, los códigos deontológicos de la profesión médica reconocen el derecho a la información de los pacientes y se consideran los únicos responsables de darla; asimismo, han establecido los principios éticos que rigen el quehacer de los profesionales de la salud, principios universales e históricos que conservan total vigencia y que deberían aplicarse en todo momento. Entre esos principios comúnmente se exponen el respeto a la vida, la autonomía, la beneficencia y no maleficencia, y la justicia. En este marco surgió el consentimiento informado (CI) como una herramienta de mediación entre los intereses no sólo de investigadores, financiadores e individuos incluidos en la investiga-

ción científica, sino en todos los prestadores de servicios de salud. El CI, también conocido como consentimiento libre y esclarecido, consentimiento bajo información o consentimiento educado, permite garantizar la autonomía, la autodeterminación y el respeto a los individuos involucrados en el proceso de investigación científica o que reciben atención médica.^{10,14}

En 1984 el Colegio Americano de Médicos definió el consentimiento informado como “la explicación a un paciente atento y mentalmente competente de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance de los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos”. Esa misma instancia agrega que “La presentación de la información debe ser comprensible y no sesgada..., la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coacción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente”.¹⁵

Hay un consenso generalizado para considerar que el CI es un proceso que requiere tres etapas para poder ser llevado a cabo: información, comprensión y voluntariedad, tras lo cual se podrá tomar una determinación.

Se debe tener en cuenta que el consentimiento del paciente puede ser retirado en cualquier momento y que su decisión debe respetarse una vez que ha sido completamente informado de sus consecuencias. Ésta es una norma internacional ampliamente arraigada: nadie puede, en principio, ser forzado a someterse a una intervención sin su consentimiento. Los seres humanos, por tanto, deben ser capaces de dar o negar libremente su consentimiento a cualquier intervención sobre su persona. Esta regla deja clara la autonomía del paciente en su relación con los profesionales de la salud.¹⁶

En México hay pronunciamientos claros en torno a la obligatoriedad del consentimiento informado, establecidos en los siguientes documentos:¹⁷

- Ley General de Salud: artículos 74 bis fracción III; 100 fracción IV; 103; 116 bis 3 fracción VI; 166 bis 15 fracción II; 192 quintus; 321; 321 bis; 322; y 323).¹⁸
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios médicos: artículos 80, 81 y 82.¹⁹
- Leyes Estatales de Salud (Chihuahua): artículos 110 numeral IV; 112; 156 fracción VI; y 166 fracción frac IV.²⁰
- Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS: artículos 51, 88 y 129.²¹
- Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado: artículos 2 fracción X; 55; y 116 *Diario Oficial de la Federación* del 9 de junio de 2011.²²
- Normas Oficiales Mexicanas (Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, numerales 10.1, 10.1.2, 10.1.3 y D17).²³

- Comisión Nacional para la Certificación de Establecimientos de Salud: enfoque numeral 3, estándar ECP.5.²⁴
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED): Carta de derechos de las pacientes y los pacientes: 3, 4 y 5.²⁵

Se debe considerar que el consentimiento informado es una parte sustantiva de la atención médica y no sólo un acto administrativo o requerimiento legal, y que la información que como profesionales de la salud brindemos a los pacientes o bien la que ellos han adquirido por mutuo propio, debe ser siempre un estímulo para mejorar en todo momento nuestra práctica médica.

Papel del médico familiar ante los conocimientos e información que posee el paciente

Es una realidad que actualmente no sólo el médico familiar, sino todos los profesionales de la salud atienden a pacientes más informados, aunque no siempre mejor informados, pero sí más inquisitivos, desconfiados y críticos. Se enfrenta el reto de un nuevo tipo de paciente que al tener un mayor acceso a la información también incrementa sus expectativas con respecto a los servicios de salud que recibe, por lo que debemos hacerle frente con un nuevo tipo de médico abierto al diálogo y a favor de hacer equipo con sus pacientes, trabajando juntos y propiciando un diálogo conveniente en donde no haya una lucha de poder, sino que ambas partes se reconozcan como aliadas.

Ya se describió la importancia de la comunicación para el establecimiento de una relación médico-paciente que contribuya a la salud psicológica y física del paciente y que permita aumentar la confianza y compromiso.^{3,4} Igual de importante, tal y como lo considera la Organización Mundial de la Salud, es el autocuidado, como un recurso esencial para preservar y recuperar la salud. Éste incluye estilos de vida, apoyo social, cuidados no medicamentosos y automedicación, pero lo relevante del autocuidado es que esté sustentado en información y conocimientos dirigidos y de calidad que permitan restituir a los pacientes la responsabilidad de cuidarse, de tomar sus propias decisiones, de elegir entre las alternativas de atención, de utilizar los recursos sanitarios conforme a su necesidad y de exigir conforme a sus derechos.²⁶

Así, mientras los pacientes adquieren y utilizan cada vez más información relacionada con la salud, el médico de familia se ve inmerso en un sinfín de exigencias y necesidades institucionales que en ocasiones limitan la comunicación con el paciente, entre ellas el tiempo dedicado a cada consulta, el registro y llenado de formatos, la limitación en la prescripción de fármacos y el envío forzoso al segundo nivel para la autorización de un medicamento; sin embargo, es obliga-

ción de los profesionales del primer nivel adaptarse a estos cambios y conducirse siempre bajo los principios éticos y profesionales que sustentan la especialidad. El papel del médico familiar no sólo abarca el entendimiento de los procesos agudos o crónicos de sus pacientes, sino que también debe orquestar el manejo integral de estas condiciones y su impacto en ellos y en la familia. Las nuevas perspectivas de pacientes y familiares condicionadas por el incremento en la información acumulada de manera ilimitada debe ser soslayada con base en recomendaciones basadas en evidencias para cada caso, permitiendo que el médico mejore así la satisfacción del paciente y la suya propia, pero sobre todo, que pueda afrontar el manejo de solicitudes tan comunes como los tratamientos más nuevos para el manejo de la diabetes mellitus tipo 2, el dolor crónico en los adultos mayores, la enfermedad de Alzheimer o la hipertrigliceridemia, entre otras.²⁷

La práctica médica actual reclama una relación clínica más horizontal y democrática, basada en la comunicación y centrada en el paciente, en la que se practique la beneficencia, siempre teniendo en cuenta la opinión y proyecto de vida del paciente y respetando su autonomía, en la que el médico desempeñe el papel de interlocutor que ayude al paciente a tomar sus propias decisiones y lo aliente a participar corresponsablemente en el cuidado de su salud.

CONCLUSIONES

El mayor acceso de la ciudadanía a las fuentes de información en salud, gracias al advenimiento de la Internet, ha hecho que los pacientes estén mejor informados y sean más exigentes en las consultas. Sin embargo, la falta de selección de esa gran cantidad de datos disponibles en la red lleva a la confusión. Las expectativas creadas ante esa gran cantidad de información por lo general no corresponden con la práctica médica institucional o incluso privada.

Se hace necesario y urgente que haya una mayor comunicación entre el paciente y el profesional de salud, quien es el más indicado para orientar a quien acude a una consulta o es atendido en un hospital.

El cumplimiento generalizado de los principios éticos y legales que norman la práctica médica en nuestro país es indispensable para garantizar el equilibrio entre la buena práctica médica y el bombardeo mercadotécnico de la industria farmacéutica.

Para atenuar este tipo de problemas, el médico familiar, como base del sistema de salud, debe estar al día en conocimientos, contenidos y habilidades de comunicación necesarias para preservar una excelente relación médico-paciente, desarrollar e implantar con efectividad actividades de promoción de la salud, dar a conocer los factores de riesgo asociados a distintos estilos de vida en una activi-

dad formativa dirigida a sus grupos familiares y explicar y acompañar a sus pacientes en la evolución de padecimientos agudos y crónicos con la sensibilidad que se requiera en caso.

Asimismo, también él deberá aprovechar los recursos sanitarios disponibles en Internet, realizar búsquedas inteligentes en la red, utilizar cada vez más los programas de educación continua a distancia y convertirse, por qué no, en un médico más informado y exigente consigo mismo y con su práctica diaria como médico familiar.

REFERENCIAS

1. **Stepanikova I et al.**: Non-verbal communication between primary care physicians and older patients: how does race matter. *Gen Inter Med* 2011;27(5):576–581.
2. **Durante M, Lozano SJ, Martínez GA, Morales LS, Sánchez MM**: *Evaluación de competencias en ciencias de la salud*. México, Panamericana, 2012.
3. **Moore P, Gómez G, Kurtzd S**: Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas, pero diferente. *Aten Primaria* 2012;44(6):358–365.
4. **Moore P, Gómez G, Kurtzd S, Vargas A**: La comunicación médico-paciente: ¿cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Med Chile* 2010;138:1047–1054.
5. **Peya GM**: Pacientes informados: mejor nivel de salud. *Nursing* 2011;29(3):6–29.
6. **Alves de Lima A**: Habilidades de comunicación: un pilar básico de la competencia clínica. *Rev CONAREC* 2003;68(19):19–24.
7. **Thomson P**: *Los secretos de la comunicación*. México, Granica, 2012.
8. **Davis F**: *La comunicación no verbal*. Madrid, FGS, 2010.
9. **Ortiz Z**: *Un paciente informado es un paciente seguro*. Buenos Aires, Academia Nacional de Medicina, 2007. <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar>.
10. **Parada CA**: *Pacientes informados*. Bibliografía antropológica de la cátedra “Problemáticas sociológicas y antropológicas”. http://www.lanacion.com.ar/cienciasalud/nota.asp?nota_id=722184.
11. **Rodríguez AM**: *Relación médico-paciente*. La Habana, Ciencias Médica, 2008.
12. Fundación Pfizer: Prólogo. En: *Guía para el paciente participativo. Atrévete a saber, atrévete a exigir*. LID, 2011.
13. **Vall CA, Rodríguez PC**: El derecho a la información del paciente: una aproximación legal y deontológica. *Textos universitaris de biblioteconomia i documentació* 2008;21:1–18. <http://www.ub.edu/bid/21/vall2.htm>.
14. **Cañete R, Guilhem D, Brito K**: Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta Bioethica* 2012;18(1):121–127.
15. Ad Hoc Committee on Medical Ethics. American College of Physician ethics Manual. *Ann Intern Med* 1984;101:129–137.
16. **Marijuán M, Ruiz D**: *UD4: consentimiento informado*. Curso: bioética. Universidad del País Vasco (UPV-EHU). 2009. <http://ocw.ehu.es/ciencias-de-la-salud/bioetica>.
17. Comisión Nacional de Bioética: Consentimiento informado. En: *Guía nacional para la integración y funcionamiento de los comités hospitalarios de bioética*. Secretaría de Salud, 2010.
18. *Ley General de Salud*. Última reforma. *DOF* 24 de abril de 2013.
19. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios médicos.

- Última reforma. *DOF* 4 de diciembre de 2009.
20. H. Congreso del Estado de Chihuahua: *Ley Estatal de Salud*. Última reforma. POE 2013.04. 17/No. 31.
 21. Instituto Mexicano del Seguro Social: Reglamento de prestaciones médicas. *DOF*, 30 de noviembre de 2006.
 22. Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado. *DOF*, 9 de junio de 2011.
 23. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. *DOF*, 15 de octubre de 2012.
 24. Consejo de Salubridad General: *Estándares para la Certificación Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades*. 2012.
 25. Secretaría de Salud, CONAMED: *Carta de los derechos generales de las pacientes y los pacientes*. 2011.
 26. **McCoy M**: Autonomy, consent, and medical paternalism: legal issues in medical intervention. *J Altern Complement Med* 2008;14(6):785-792.
 27. **Fromer L**: Introduction: New perspectives on common clinical conditions. *J Fam Practice* 2007;56(12):S3.

El médico familiar y su entorno familiar

*Virginia Rodríguez Belmares, Blanca Leticia Ruiz González,
Noemí Juárez Caballero, Abraham Rubén Tamez Rodríguez*

INTRODUCCIÓN

La dinámica de la familia ha cambiado a través de los años; no es estática, es una institución social que se adapta a los acelerados ritmos modernos en los que lo único constante es el cambio.

La familia es determinante dentro del proceso de salud–enfermedad; desde ese momento surge la necesidad de la disciplina en medicina familiar que obliga un abordaje integral del paciente y la familia, constituida como piedra angular de la sociedad, marcando al médico familiar un perfil completamente diferente a otras especialidades.

La medicina familiar tiene como base el entorno familiar biopsicosocial, el cual tiene la capacidad de ir del individuo a la familia y a la comunidad, para finalmente integrarlos, dándole un peso especial a los aspectos educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación.

El sistema de salud dentro de su organización tiene una variedad de elementos complejos, como es el recurso humano; dentro de éste, es el médico familiar en quien recae más de 80% de la solución de la salud de sus pacientes.

La atención primaria a la salud y la medicina familiar son ámbitos estrechamente relacionados, en los que la atención primaria a la salud es el terreno de actuación fundamental del médico familiar; enfoca como unidad de análisis al individuo y su familia para otorgar servicios médicos primarios integrales y continuos, con énfasis en la prevención de la salud y la atención a la enfermedad.¹

La prevención de la salud recae en manos del médico familiar, por lo que se debe reconocer que es el recurso humano más importante en una sociedad que se encuentra en plena transición epidemiológica. El progresivo envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de enfermedades de mayor duración, complejidad o recurrentes han generado la necesidad de un abordaje más amplio en atención primaria, lo cual contrasta con la atención especializada menos integradora, por eso la importancia de que el médico conozca bien a su población, considerando los cambios acelerados de la sociedad moderna y afrontando los retos en cuanto a las problemáticas sociales y de salud, además de explorar si su entorno familiar es acorde con su discurso profesional y éste con su satisfacción laboral, que finalmente se refleje en la atención médica de calidad.

OBJETIVO

Explorar el entorno familiar del médico familiar.

DEFINICIÓN DE FAMILIA

La Organización Mundial de la Salud define familia como “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”.²

La familia es una unidad fundamental de la sociedad y es un medio natural para el crecimiento y bienestar de sus miembros. Cada familia es una unidad de vida social y personal. La familia no es una simple yuxtaposición de individuos. La familia es de alguna manera lo que son los individuos que la componen, las relaciones que establecen entre ellos, el grupo que ellos forman, los valores que comparten o que disputan, los contactos y redes que mantienen con otras familias y grupos, el techo bajo el que habitan, las estrategias que desarrollan para vivir y sus pasatiempos.³

Las familias se están transformando; las formas de organización familiar se vuelven cada vez más diversas y complejas. No existe un solo tipo de familia y el modelo conyugal–nuclear, aunque sigue vigente, no es el único que domina, ya que coexisten familias extensas y compuestas. Es notorio el número de hogares monoparentales, particularmente de los encabezados por una mujer; destaca también un número importante y creciente de familias reconstruidas, debido en buena medida al incremento de las tasas de divorcio y de separación.

En las nuevas tendencias de los grupos de familias se están incrementando la familia formada por un solo padre o madre, los hogares encabezados por mujeres,

el aumento de la edad promedio para el primer matrimonio de las mujeres y el nacimiento de los hijos, lo que retrasa la formación de las primeras familias, así como el mayor ingreso de las mujeres en la fuerza laboral con cambios en los roles de género dentro de la familia. Es así que el tamaño de la familia y del hogar ha disminuido.

Consideramos que a los médicos familiares les es de gran ayuda contar con un concepto básico del objeto de estudio; con este propósito se puede definir a la familia como “un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o de matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos, y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar”.⁴

La familia como sistema desempeña un rol importante no sólo en la generación de enfermedad, sino también en la rehabilitación a medida que cumpla con sus funciones básicas. En la familia pueden estar los mejores aliados para lograr los estilos de vida saludables (alimentación, ejercicio, disciplinas, valores, etc.) o tener un factor detonante para el incremento de los riesgos (alcoholismo, tabaquismo, sedentarismo, obesidad, etc.), con la gran posibilidad de transmitir estos hábitos de padres a hijos, aunque si bien la familia es un sistema abierto, ya que existe una estrecha interrelación entre sus integrantes; sin embargo, lo que le sucede a un miembro influye ineludiblemente en los otros en la misma familia y a su vez en la sociedad.

El interés de la medicina por el estudio sistemático y científico de la familia se debe, en gran medida, al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad. Con este enfoque el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo, captando como una seria parte de nuestra salud el cuidado del entorno y preservación del medio ambiente, que es parte del ecosistema.

Los médicos familiares luchan con una sociedad plagada de una cultura encaminada a obtener la salud fácil sin esfuerzo, que tiende más al sedentarismo y a la comida rápida, al ejercicio virtual y al estrés por responder a una exigencia de la moda de una sociedad materialista y consumista, situación que el médico enfrenta en la población y en su propia familia.

Es necesario desterrar la tendencia en varios segmentos de nuestra población y probablemente de los miembros de nuestra familia a que la atención de otro especialista anteceda a la del médico familiar de atención primaria; los atributos de ésta son las características que deben ser cumplidas en los establecimientos del primer nivel y en la familia para lograr mejores resultados de impacto sanitarios.

Al médico familiar se le prepara en la especialidad para atender familias diagnosticar su dinámica y reconocer sus capacidad de apoyo. Los mismos médicos familiares deben hacer intervenciones en la dinámica familiar, conociendo que

el apoyo familiar será vital para el control de los procesos de salud–enfermedad. Cabe mencionar que la atención de su propia familia no está exclusivamente en sus manos; lo importante es reconocer qué ocurre hacia el interior y tomar acción de ello a través de la asesoría con homólogos experimentados en el manejo de la dinámica familiar y con otros profesionales relacionados con el manejo de familias.

El médico familiar está en una posición privilegiada para detectar problemas familiares y valorar la intervención en función del problema encontrado y de su propia capacidad en esta área.

El ambiente familiar influye de alguna forma sobre el individuo inhibiendo o favoreciendo su desarrollo, fenómeno que ha sido observado en los diferentes grupos culturales.

El ciclo de vida familiar puede ser descrito en una gran variedad de formas. La forma más usada es la propuesta por Geyman⁵ (1980), constituida por el matrimonio, la expansión, la dispersión, la independencia y el retiro y la muerte.

- **Matrimonio:** inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y concluye con la llegada del primer hijo a la familia. En esta etapa hay ajustes en la vida de pareja.
- **Expansión:** es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Esto genera la necesidad de un adecuada organización o coordinación entre la pareja para atender las necesidades de los hijos sin descuidar la relación en el sistema conyugal.
- **Dispersión:** se caracteriza porque todos los hijos asisten a la escuela y se presenta el camino para la próxima independencia de los hijos mayores, quienes se encuentran en plena adolescencia. En esta etapa los padres deben ajustar sus pensamientos a los de los jóvenes, lo cual puede generar conflictos.
- **Independencia:** se caracteriza porque los hijos de la familia han formado nuevas familias. En esta etapa los lazos entre padres e hijos se debe fortalecer ante el riesgo del distanciamiento que pueda surgir, sin olvidar el respeto hacia las nuevas familias que están formando los hijos.
- **Retiro y muerte:** esta etapa se caracteriza por los sentimientos de incertidumbre y nostalgia. Se presentan situaciones difíciles de afrontar, como la incapacidad laboral, el desempleo, la falta de recursos y, en ocasiones, el abandono por parte de los hijos.

El estudio de la dinámica familiar, según “consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad”. Chagoya agrega que la dinámica familiar normal “es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse

como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás”.⁴

El estudio de la dinámica familiar desde el punto de vista de la teoría de los sistemas nos permite comprender que la familia es mucho más que la suma de sus partes y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento. Este enfoque también permite definir las diferentes alianzas o subsistemas que se dan en todo tipo de familia, y que el médico familiar debe conocer, ya que pueden influir en el éxito o el fracaso de la terapéutica. Al respecto, Saucedo y Foncerrada han hecho una síntesis que puede ser de gran utilidad para el médico familiar.

Respecto a la tipología de la familia, hay diversos criterios para clasificarla; entre ellos se pueden citar los siguientes:¹⁰

Desde el punto de vista de su integración, la familia se puede clasificar como integrada, semiintegrada y desintegrada.

- Desde el punto de vista de sus hábitos y costumbres y patrones de comportamiento se puede clasificar como tradicional o moderna, o bien se puede tipificar como rural y urbana.
- Si analizamos a la familia con un enfoque psicosocial, basándonos en la dinámica de las relaciones intrafamiliares, se puede clasificar en funcional y disfuncional.
- En función de los elementos que la constituyen, la familia puede ser nuclear o extensa.

Las funciones familiares desde un punto de vista psicosocial se clasifican en externas e internas. Las externas tienen como fin transmitirle al individuo una serie de valores culturales con el propósito de que se incorpore a esa cultura, sea aceptado socialmente y, de esa manera, perpetúe dichos valores a través del tiempo. La función interna de la familia se refiere a la protección biológica, psicológica y social del individuo.

Otras formas de enfocar las funciones de la familia que permiten comprender más fácilmente las funciones de los médicos familiares incluyen la seguridad psíquica de sus miembros, la satisfacción sexual de los cónyuges, la seguridad física de sus miembros, la procreación, la socialización de los miembros de la familia, la contribución a la economía y la conservación y transmisión de las costumbres, sin olvidar las funciones familiares de socialización, la reproducción, el cuidado, el afecto y el estado socioeconómico.

Según algunos artículos que evalúan la relación familia-trabajo, uno de los mayores conflictos por los que pasa el médico familiar implica conciliar el trabajo y la profesión, considerándose en otros países como un gran reto, en especial para el sexo femenino en todo tipo de entorno laboral. Diversos estudios han mos-

trado que esto ocurre por la incompatibilidad de horarios que presenta la profesional de la salud y los roles que desempeña.¹⁸

Desde el punto de vista de la satisfacción laboral y la calidad de los servicios de salud en atención primaria, la satisfacción laboral es la actitud general de un individuo hacia su trabajo y la calidad en salud; ya que cuenta con una gran cantidad de definiciones, se tomó como ejemplo la de un programa ibérico, que indica que es la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción de los usuarios. La satisfacción laboral usualmente tiene que ver con la calidad institucional, es decir, con el clima organizacional en que se realiza el trabajo en la institución.

Se podría pensar que el prestador más satisfecho hará mejor las cosas, pero esto no es siempre así. Hasta la fecha no hay evidencia de la relación entre la satisfacción laboral y la calidad del servicio que se presta.³⁰

Del resultado de la revisión bibliográfica existe escasa o nula información de un diagnóstico de estructura y dinámica de la familia interna de los médicos familiares.

En un artículo no publicado Rodríguez Belmares V. y col. aplicaron a médicos familiares de la región norte dos instrumentos: el APGAR (adaptabilidad, cooperación, desarrollo, efectividad y capacidad resolutive) y el FACES III (*The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*) para conocer de qué forma el médico familiar se involucraba en la dinámica de su propia familia y la participación que tenía en su entorno familiar; según su percepción, 96% eran normofuncionales; según su cohesión 45% eran relacionadas y 35% aglutinadas; y según su adaptabilidad, 47% eran caóticas, 29% flexibles, 18% estructuradas y sólo 4% rígidas.

Por otro lado, la composición familiar indicó 76% familias nucleares, 11% monoparentales, 7% compuestas, 5% extensas y 1% no parentales.

De acuerdo con el ciclo de vida 50% se encontraban en etapa de dispersión, 25% en independencia, 23% expansión y 2% en retiro y muerte, mientras que 93% realizaban actividades recreativas y 96% consideraron que su trabajo tenía un impacto positivo en la familia (97.5% de los médicos se sentían satisfechos laboralmente).

Se exploró su participación en las actividades domésticas del hogar, encontrando que 45% participaban siempre, 38% casi siempre, 12% algunas veces y 5% casi nunca.

En cuanto a su participación en actividades escolares 45% indicaron que siempre participaban, 38% casi siempre, 13% algunas veces y 4% nunca. Al clasificar los resultados por sexo, se encontró que tanto hombres como mujeres tenían un alto grado de participación en las tareas escolares, lo cual les permitía favorecer la cohesión de lazos emocionales entre los miembros de la familia.

Retos del médico familiar en el siglo XXI

El gran reto de los médicos familiares en este nuevo siglo es lograr un cambio de cultura de su familia, su entorno biosocial y su dinámica familiar para lograr el cambio. Aunque el médico familiar dentro de su formación tiene muy claro en qué consiste el proceso salud–enfermedad, aún no conoce su propia dinámica familiar.

- Conocer cuantitativa y cualitativamente el entorno familiar del médico familiar.
- Que el médico familiar detecte señales de alerta para que él, su familia y su entorno familiar interno y externo no sean adversos, mediante los diversos instrumentos de medición aprendidos desde su entrenamiento de especialista.
- Requiere conocer cómo está constituida su familia, en qué etapa del ciclo vital se encuentra y el rol desempeñan el médico y los miembros que la constituyen.
- Tener conocimiento de cómo responde la familia como unidad biopsicosocial en el contexto de la sociedad que la rodea, aunado a la respuesta ante el proceso de salud–enfermedad ante los eventos esperados y la funcionalidad de cada uno de sus miembros.
- Desarrollar la capacidad de influir favorablemente en cada uno de los miembros de su familia con la esencia de la medicina familiar, sobre todo en el contexto de la prevención como un sistema.
- Tener las competencias clínicas y los conceptos claros y firmes de la clasificación de las familias con base en su desarrollo y ocupación, para identificar la tipología de familiar.
- Conocer si el comportamiento en la dinámica de la propia familiar influye en el desarrollo profesional.

El estudio del ciclo de vida de una familia le permite al médico familiar analizar genéricamente la historia natural de la familia desde su formación hasta su disolución, lo cual permite prever una serie de fenómenos (crisis normativas y no normativas que puedan afectar la salud familiar) y poder anticiparse a ellos mediante la planificación de guías anticipadas.²⁸

La tendencia mundial está dirigida a la intervención en la dinámica familiar para resolver el proceso de salud–enfermedad.

Cómo enfrentar estos retos en la familia del médico familiar

1. Que cada médico ejercite la autorreflexión respecto a cómo se ha preparado para atender su profesión y a su propia familia.

2. Realizar una autoevaluación de su dinámica profesional y familiar en la práctica cotidiana que le permita el entendimiento del funcionamiento del entorno fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo, que puede favorecer o limitar la salud individual o familiar.
3. Estudiar las relaciones familiares del propio profesional de medicina familiar es relevante porque su medio puede afectar las decisiones sobre la vida personal y profesional, lo que puede estar correlacionado con el estrés y los resultados de los indicadores de salud (aún no se dispone de estudios para medir estas relaciones en profesionales de esta área médica).
4. Cada especialista de medicina familiar debe iniciar por modificar positivamente su propio ámbito familiar para posibilitar cambios en su entorno, ya que la familia es, sin duda alguna, el grupo social más determinante en la vida de los individuos. “Todo esto resultará en un cambio en cada médico familiar, iniciado por nosotros mismos”.

PROPUESTA INSTITUCIONAL

- Integrar al Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) los instrumentos necesarios para los requisitos y la evaluación de la dinámica de las familias.
- Realizar un diagnóstico del uso de los instrumentos para evaluar la dinámica familiar por parte de los especialistas en medicina familiar y la medición del impacto en la salud familiar y su entorno.
- Llevar a cabo capacitación continua en el uso e interpretación de estos instrumentos, con apego a la aplicación y evaluación de estos instructivos para evaluar la dinámica de las familias, impartida por maestros en dicha especialidad.
- Contar con evaluación periódica de la funcionalidad, cohesión y adaptabilidad familiar para medir el impacto de la influencia positiva en el control de los principales motivos de la consulta médica familiar, teniendo como prioridad la obesidad y la diabetes como parte de las enfermedades crónico–degenerativas.
- Integrar Indicadores de la productividad y el impacto de la aplicación de estos instrumentos para poder evaluar la función de la dinámica familiar.

CONCLUSIONES

La salud familiar como sistema existe cuando se cumplen las funciones básicas familiares, que son la esencia de su existencia, socialización, cuidado, afecto,

reproducción y estatus, que permiten una alta satisfacción de las necesidades básicas, y cuando coexiste un consenso de salud en sus integrantes y en las relaciones percibidas entre los mismos como agradables y gratificantes.

La investigación en medicina familiar es fundamental; sin embargo, hay muy poca literatura que estudie el comportamiento del entorno familiar del propio especialista en familia y analice cómo esto influye en la salud familiar y el cambio de cultura; esto es esencial y crucial en la transición del modelo familiar actual al modelo de salud integrador e integral preventivo, con un enfoque en el manejo de las emociones en el funcionamiento del entorno familiar desde la perspectiva de los principios de la medicina familiar: integridad, prevención–continuidad y alto impacto en la salud.

El médico familiar no está detectando los problemas de su entorno familiar, ya que se detecta una percepción de una normofuncionalidad no congruente con los resultados al aplicar instrumentos de medición específica de funcionalidad, cohesión y adaptabilidad desde la perspectiva del médico familiar y su entorno familiar, por lo que se requiere aplicar los mismos instrumentos de medición correlacionados con su familia. El médico familiar debe reconocerse a sí mismo como un especialista y el líder de un cambio favorable en su familia para crear un entorno positivo.

Enmarcado en la necesidad de conocer cuál es la dinámica familiar que presentan las familias de origen de los profesionales médicos familiares, se considera necesario un mayor estudio de la relación del médico familiar y su familia por parte de los propios especialistas.

Se debe buscar siempre en el sistema familiar el comportamiento de cada uno de sus integrantes en su interrelación como familia de manera equilibrada, como un sistema abierto y en continua transformación, con intercambios vivenciales que les permitan tener experiencias positivas hacia cambios evolutivos históricos y trascendentes en todo contexto del médico familiar.

Con este enfoque de sistema familiar el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos, espirituales y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y se reflejan de una u otra forma en la salud del individuo–familia y del entorno del medio ambiente, que es parte del ecosistema.

El médico familiar debe explorar y participar activamente en cada uno de los elementos de su entorno biopsicosocial familiar, aplicando sus habilidades preventivas y conductuales en la aplicación de estilos de vida saludables en el contexto de su sistema familiar holístico dentro de su entorno familiar.

La tendencia actual en el ejercicio de la disciplina del médico familiar es que el médico de esta especialidad sea un promotor de su autoconocimiento, lo cual le permitirá liderar a su propia familia, procurando en forma muy objetiva el logro de su bienestar y contribuyendo en forma muy positiva en el cambio de su

entorno comunitario. Asimismo, mediante el autoconocimiento se le concede la autorregulación, actividad cognitiva capaz de identificar las emociones y sentimientos logrando que sean expresados ante la persona adecuada, con la intensidad adecuada y en el momento adecuado, a lo cual se le llama muy acertadamente inteligencia emocional, el máximo reto del médico familiar.

REFERENCIAS

1. **Anzures CR:** *Medicina familiar*. 2ª ed. CIESS, 2013.
2. *Declaración de Alma Ata*. Conferencia Internacional en Atención Primaria de la Salud. 1978.
3. **Ribeiro FA:** *Diagnóstico de la familia*. 1ª ed. Universidad Autónoma de Nuevo León, 2011.
4. *La familia como unidad de análisis*. <https://www.google.com.mx/#hl=es-419&client=psy>.
5. **Irigoyen CA, Morales LH:** *Cinco estrategias para mejorar la práctica de la medicina familiar*. 1ª ed. Medicina Familiar Mexicana, 2013.
6. <http://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/introduccion-a-la-mf-foroaps.pdf>.
7. <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo164.htm>.
8. **Irigoyen CA:** Nuevos fundamentos de medicina familiar. En: Irigoyen CA, Morales LH (eds.): *Antecedentes históricos y características de la familia del futuro*. 4ª ed. México, Medicina Familiar Mexicana, 2013:13–34.
9. **García PMC, Pérez CR, Espinel BMC:** *Atención primaria: equidad, mejora de la salud y protección social*. 1ª ed. México, CIESS, 2009.
10. Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Arch Med Fam* 2005;7(Supl 1):15–19.
11. **Huerta GJL:** *La familia en el proceso salud-enfermedad*. 1ª ed. México, Alfíl, 2005.
12. **Olson DH:** Circumplex model of marital and family systems. Assessing family functioning. En: Walsh F (ed.): *Normal family processes*. 2ª ed. Nueva York, The Guilford Press, 1993.
13. **Membrillo LA, Fernández OMA, Quiroz PJR, Rodríguez LJL:** *Familia. Introducción al estudio de sus elementos*. Editores de Textos Mexicanos, 2008.
14. *La familia*. <http://www.oocities.org/hiponiqueo/videos/Family.html>.
15. **Dorado GMP, Loría CJ, Guerrero MMB:** Aptitud clínica hacia el estudio integral de la familia en residentes de medicina familiar. *Arch Med Fam* 2006;8(3):169–174.
16. *Ciclo vital de la familia*. <http://residentesumf.mex.tl/imagesnew/4/7/5/8/5/CICLO%20VITAL%20FAMILIAR.pdf>.
17. **Vargas I:** *Familia y ciclo vital familiar*. <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/2009>.
18. Validación de escala para evaluar la relación familia-trabajo en médicas y médicos de familia en marzo y abril de 2011. *Rev Salud Pùb*.
19. **Galindo HA:** *Funcionalidad familiar en residentes medicina*. Veracruz, Unidad Médica Familiar, IMSS, 2013. <http://www.uv.mx/registro/favem/admin/Descarga.aspx>.
20. **Ramos MR:** *Abordaje del ciclo vital en medicina familiar*. UMF/UMAA No. 53, IMSS.
21. **Sauceda GJM:** *Medicina y psicoterapia con enfoque familiar*. <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2106/18.pdf> Libro.
22. **Mendoza P:** *Disfuncionalidad familiar en el personal de salud del Hospital de la Paz*. 2007;5(2).
23. **García B, de Oliveira O:** *Las familias en el México metropolitano: visiones femeninas y masculinas*. México, El Colegio de México, 2006.

24. **Estrella SE, Suárez BM:** Introducción al estudio de la dinámica familiar. *Fascículos CADEC RAMPA* 2006;1(1):38–47.
25. **Mendoza SLA, Soler HE, Sáinz VL, Gil AI, Mendoza SHF et al.:** Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Arch Med Fam* 2006;8(1):27–32.
26. **Martínez BV, Brandt TC:** *La vejez de nuestros padres y nuestra propia vejez. Formación del médico de familia basada en tres pilares: excelencia clínica, liderazgo y medicina poblacional, la experiencia de la Universidad de Duke.* <http://www.cimfcuba.com/Programa-Cientifico.pdf>.
27. www.slideserve.com/.../la-familia-como-objeto-de-estudio.2012.
28. Sociedad de Residentes de Medicina Familiar en Nuevo León: *La familia como objeto de estudio.*
29. **Ramos MR:** *Abordaje del ciclo vital en medicina familiar.* UMF/UMAA No. 53, IMSS.
30. **Urquiza R:** *Satisfacción laboral y calidad de los servicios en atención primaria.* 2012. www.idefiperu.org/rampa.html
31. **Rodríguez BV et al.:** *Percepción del médico familiar y su entorno familiar.* 2013. (Artículo no publicado.)

Eficiencia financiera en medicina familiar

*Ana María Salinas Martínez, Álvaro Mathiew Quirós,
Georgina Mayela Núñez Rocha, María Guadalupe Garza Sagástegui*

INTRODUCCIÓN

Las reformas en los sistemas de salud que se han presentado en todas las regiones del mundo ante los retos de aumento de demanda, los altos costos y la entrega de servicios médicos con calidad han puesto a la economía en un plano estratégico que hace unas décadas eran inimaginables en el campo de la salud. Las autoridades sanitarias ahora deben lidiar con términos económicos, como oferta, costo–beneficio, costo–efectividad y farmacoconomía, entre otros. Más aún, los médicos han visto invadir sus áreas de trabajo con condiciones dictadas por economistas para ahorro de recursos creando en ocasiones conflictos de tipo ético, por ejemplo, en la selección obligada de un determinado fármaco con base en su costo. Esta situación es más evidente en los servicios públicos con presupuestos ajustados; sin embargo, el sector privado no se escapa del fenómeno, ya que las aseguradoras o terceros pagadores también limitan la actividad de los médicos imponiendo lineamientos que conllevan al ahorro de recursos. El reto actual en la prestación de servicios médicos es llegar a un punto de equilibrio entre calidad y gasto; en otras palabras, hacer más con menos. De otra forma, la viabilidad de los sistemas de salud está en riesgo. Precisamente el tema a tratar en este capítulo abarca el tema de la eficiencia, uno de los conceptos más utilizados por los economistas, que aplicado en el campo de la salud colabora con la exigencia vigente de optimización de recursos.

El estudio de la eficiencia implica la relación entre insumos (recursos) y productos (resultados intermedios o finales); se dice que ocurre ineficiencia cuando

una unidad médica utiliza cantidades excesivas de recursos sin mejores resultados que otra que trata a pacientes de características similares. Así, eficiencia en atención primaria constituye un balance entre el nivel de recursos aplicados para obtener determinados resultados en salud, incluyendo aquellos considerados como negativos por efectos colaterales o iatrogénicos. Adicionalmente, los médicos familiares contribuyen significativamente con el funcionamiento del sistema de salud mediante su capacidad de interlocución y habilidad de atender las necesidades de salud del paciente con base en la aplicación eficiente de los recursos disponibles.

Por otra parte, la medicina familiar es una especialidad médica enfocada en la atención primaria con actividad clínica y contenido propio de enseñanza e investigación; se espera que los centros de primer nivel de atención ejerzan sus recursos en forma eficiente a través de cualidades clínicas del médico familiar. Esta premisa es aún más trascendental para el caso de las instituciones con políticas de contención de costos, como las del sector público que dependen de un presupuesto asignado y la distribución inteligente de los recursos disponibles; es por ello que tienen una gran importancia los programas que tienen como objetivo alcanzar la eficiencia.

Los beneficios de la medicina familiar son indudables; en EUA se ha reportado que el incremento de un médico de atención primaria por 10 000 habitantes se asocia con 1.4 menos muertes por 10 000 habitantes, 2.5% menos mortalidad infantil y 3.2% menos nacimientos de bajo peso.¹ Asimismo, en Canadá se ha identificado que las áreas con mayor número de médicos de atención primaria registran un mayor uso de recomendaciones preventivas, menor utilización de servicios de emergencia por problemas no urgentes, menor tasa de hospitalización por condiciones agudas y menor tasa de exacerbación de enfermedades crónicas.²

De hecho, algunos sitios geográficos con siete o más médicos de atención primaria por cada 10 000 habitantes registran una mayor probabilidad de diagnóstico temprano de cáncer de mama y, por tanto, mayor supervivencia.³ Dichas bondades de la medicina familiar son el resultado de la combinación del efecto de cuatro características únicas del primer nivel de atención: punto de contacto inicial, atención centrada en el paciente con interacciones continuadas en el tiempo, integralidad y coordinación.⁴

El propósito del presente trabajo es revisar las medidas de eficiencia a nivel organizacional, con énfasis en la atención primaria.

El contenido del capítulo ha sido organizado en tres secciones, en la primera se expone la definición de eficiencia, en la segunda las técnicas más utilizadas para medir la eficiencia y en la tercera se presentan resultados reportados en la literatura a nivel internacional y nacional sobre el nivel y las causas comunes de ineficiencia.

DEFINICIÓN DE EFICIENCIA

La eficiencia es un concepto utilizado en economía para estudiar la relación entre una entrada y una salida, es decir, entre un recurso y un producto de una empresa, institución o unidad médica, cuya principal premisa es producir al menor costo el mejor resultado posible en salud. Su fundamentación teórica se basa en la presencia de una función de producción, en la cual existen insumos (físicos, materiales, humanos) para la fabricación de bienes o servicios que pueden resultar afectados por factores externos (figura 18–1). La función de producción en el campo específico de la medicina familiar implica que el médico del primer nivel de atención realice actividades y consuma recursos para alcanzar su misión, así como que genere productos derivados de la atención otorgada. En principio, se espera que el médico de familia en una clínica del primer nivel de atención:

1. Haga uso de tecnologías dirigidas a prevenir, detectar tempranamente complicaciones y vigilar el control de una enfermedad crónica (p. ej., solicita mastografías, mide presión arterial y ordena un estudio de hemoglobina glucosilada).



Figura 18–1. Fundamento teórico del proceso de producción; base de un estudio de eficiencia.

2. Logre metas en salud, medibles mediante indicadores objetivos de morbilidad y mortalidad o bien mediante indicadores subjetivos, como aquellos inherentes a la satisfacción de expectativas. En consecuencia, se pueden distinguir dos tipos de producto, actividades (resultados intermedios) e impacto en el estado de salud (resultados finales). Entre los insumos que consume se encuentran los de origen humano (envío de paciente a interconsulta con profesional de la nutrición o especialista ubicado en el segundo nivel de atención) y material (fármacos prescritos), entre otros.

En la literatura es común encontrar términos como eficiencia técnica, eficiencia asignativa y eficiencia distributiva, por lo que se definirán brevemente cada uno de ellos.

La eficiencia técnica, conocida también como eficiencia productiva, hace referencia a la relación entre insumos (en forma de mano de obra, capital o equipo) y productos. No establece comparaciones entre tratamientos alternos ni indica si una intervención produce un mejor resultado que otra con menos recursos; señala más bien si una organización alcanza el resultado máximo posible con base en su nivel de insumos.

La eficiencia asignativa hace referencia a la capacidad de una organización para utilizar los recursos en proporciones óptimas dado el precio y la tecnología disponible, mientras que la eficiencia distributiva refiere la medida con la cual los bienes y servicios son distribuidos en la sociedad. Esta última vincula preferencias y valores de la población para con el consumo de productos; así, es posible tener una asignación de recursos técnicamente eficiente pero distributivamente ineficiente, al estar los productores suministrando demasiado o muy poco de un bien o servicio, en relación con los deseos y necesidades de los consumidores.

El análisis de costo–efectividad corresponde a una técnica de evaluación económica que aporta criterios de eficiencia al comparar el costo de acciones alternas dirigidas a lograr un mismo objetivo. Permite identificar la intervención en salud que alcanzaría el mayor impacto en la población por unidad de inversión, es decir, aquella que produce el mismo (o mejor) resultado con menor cantidad de recursos; la estrategia más eficiente es aquella que muestra la mejor relación costo–efectividad. También el análisis de costo–utilidad aporta criterios de eficiencia al comparar el costo de acciones alternas, cuyos resultados son medidos específicamente en términos de “utilidad” que incluye valores o preferencias por parte del individuo. Por lo general se utiliza la medida de años de vida ajustados por calidad; la estrategia más eficiente es aquella que muestra la mejor relación costo–utilidad. En uno u otro contexto sólo es posible afirmar que una combinación específica de insumos es costo–efectiva o costo–útil para producir un resultado particular si ha habido comparación con una o más combinaciones de insumos utilizados para el mismo propósito.

Por último, el costo–eficiencia, conocido también como índice de eficiencia, hace referencia a la relación entre costo actual y costo esperado. Éste se construye de tal manera que el 1.00 iguala el costo observado al costo esperado; los valores superiores a 1.00 indican un bajo costo–eficiencia (es menos eficiente de lo que se predijo) y los valores menores de 1.00 implican un alto costo–eficiencia (es más eficiente de lo que se predijo).^{5–7}

MEDIDAS DE EFICIENCIA COMUNES

El estudio de la eficiencia en el sector salud se puede establecer en por lo menos tres niveles: enfermedades o problemas de salud específicos, sistemas de salud en su conjunto y organizaciones sanitarias. La eficiencia que concierne enfermedades específicas hace uso de técnicas de evaluación económica, particularmente las de costo–utilidad y costo–efectividad, previamente mencionadas. La eficiencia en los sistemas de salud relaciona los cambios en el estado de salud de la población debido al gasto público sanitario utilizado para comparaciones entre países; usualmente aplica indicadores de resultados finales tales como muertes evitables, esperanza de vida y mortalidad infantil, entre otros. Por último, en la eficiencia a nivel organizacional se puede distinguir el desempeño logrado por una unidad médica con respecto a otra trabajando en circunstancias similares; aún más, las variaciones de eficiencia entre las unidades sugiere ahorros potenciales en costos si todas ellas operaran tan eficientemente como la que es señalada como la mejor.⁶

Por otra parte, la medición de eficiencia se puede categorizar con base en modelos de proceso de producción (eficiencia productiva o técnica) o bien de estimación de costos (costo por día, costo por paciente, costo por evento), así como con base en el uso de construcción de una frontera de eficiencia (método paramétrico de frontera estocástica o método no paramétrico de análisis envolvente de datos) (figura 18–2). A continuación se describen las medidas de eficiencia más comunes.

Eficiencia estimada con métodos de análisis de no frontera

Los métodos de análisis de no frontera son muy utilizados por organizaciones de salud para la toma de decisiones en el contexto de contención de costos, a la vez que se debe mantener la calidad del servicio. Tienen como marco conceptual la gestión administrativa y epidemiológica y se basan en un conjunto multidimensional de indicadores de desempeño, entre los que se encuentra la eficiencia. La

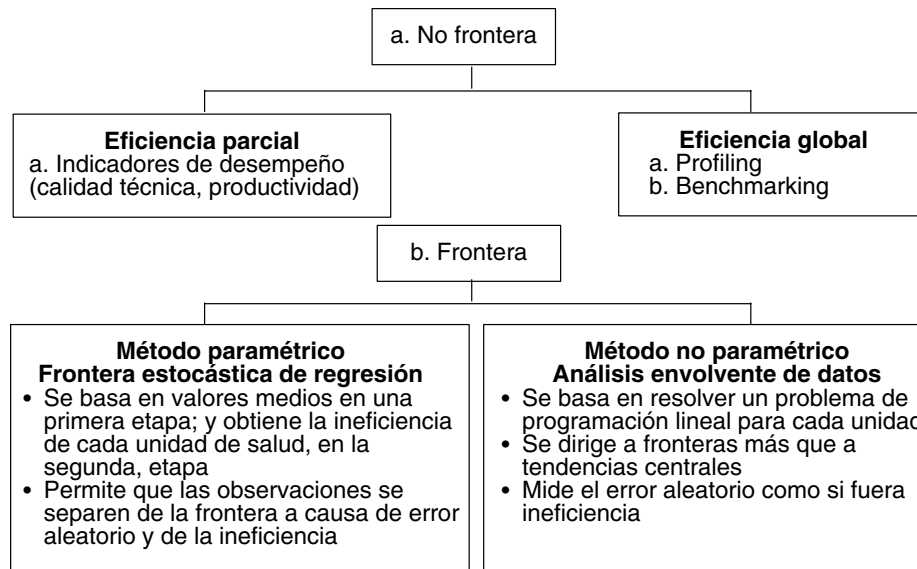


Figura 18–2. Medidas de eficiencia comunes en el sector salud.

medición se puede concentrar en el análisis del perfil de un médico en particular o bien en la comparación de perfiles entre médicos que trabajan en una misma organización (*profiling*). El *benchmarking*, aunque implica la realización de perfiles, también incluye la identificación de unidades de salud con mejores prácticas, retando al resto de las unidades evaluadas para progresivamente situarse a nivel de los mejores. Por otra parte, la agrupación de indicadores por áreas homogéneas permite disponer de un cuadro de mando integral, con información financiera, satisfacción de clientes y procedimientos internos, entre otros datos (*balance scorecard*).^{6,8,9}

Eficiencia estimada con base en métodos de análisis frontera

El análisis frontera surge del análisis microeconómico estándar y hace uso de la econometría, entre otras herramientas; su ámbito es prácticamente el académico, con una pequeña pero creciente atención por parte de políticos y personal directivo. La frontera en sí representa el nivel máximo de producción que se puede obtener para cada nivel de recursos, de tal manera que las organizaciones que se encuentran sobre la frontera son eficientes y aquellas por debajo son ineficientes (figura 18–3).

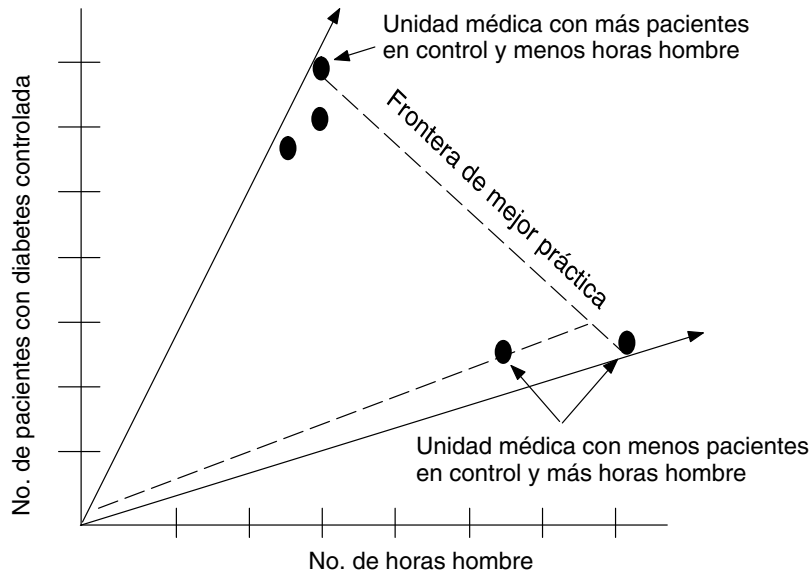


Figura 18-3. Representación gráfica de la frontera de mejor práctica.

No existe un consenso en la literatura acerca de cuál es el método más apropiado para construir la frontera de mejor práctica. El análisis de regresión es uno de ellos, el cual muestra cómo la distribución de una variable se ve afectada por otra; útil para predecir un determinado resultado dado un conjunto de insumos. Pero la mayoría de las organizaciones de salud utilizan recursos múltiples para producir servicios y resultados múltiples. La solución a ello fue el análisis envolvente de datos (AED).

Esta técnica no sólo identifica la mejor práctica médica, sino que también muestra la magnitud de la ineficiencia y su origen.

El AED mide la eficiencia técnica a través del cociente entre una combinación lineal de resultados y una combinación lineal de insumos que genera una puntuación de 0 a 1; el 0 señala el extremo de ineficiencia y el 1 la existencia de eficiencia.

Es importante señalar que la eficiencia estimada es relativa, es decir, es consecuencia de comparar los resultados observados con respecto a aquellos de la unidad de análisis que registró la mejor práctica, es decir, el nivel máximo de producción factible, y no contra un resultado ideal o estándar de oro.

El AED es actualmente uno de los métodos más exitosos de investigación operacional que ha encontrado aplicaciones para medir la eficiencia de organizaciones no lucrativas e instituciones gubernamentales y de servicios de salud.⁷

RESULTADOS REPORTADOS EN LA LITERATURA A NIVEL INTERNACIONAL Y NACIONAL, SOBRE EL NIVEL Y LAS CAUSAS COMUNES DE INEFICIENCIA

España

La mayoría de los estudios de eficiencia se enfocan en hospitales, mientras que los servicios de atención primaria han recibido menor interés. No obstante, Muriillo y col.¹⁰ estimaron la eficiencia técnica de 85 centros españoles de atención primaria mediante el método AED, considerando dos tipos de resultados, el número de consultas y la calidad del servicio otorgado, e insumos, como mano de obra, capital y recetas surtidas (cuadro 18-1). Antes de considerar el resultado de calidad la media del puntaje de eficiencia fue de 84.4% (máximo posible de 100%, lo cual corresponde a la frontera de eficiencia) y se redujo después a 57.9%. Los autores destacaron la importancia de incluir la medición de variables inherentes a la calidad del servicio en el estudio de la eficiencia de unidades de medicina familiar, pues de lo contrario se señalaría a un centro con un nivel de eficiencia superior al real.

Por otra parte, Cordero y col.¹¹ puntualizaron que el desempeño de un centro de salud se puede ver afectado por factores más allá de su control, especialmente por diferencias en las características sociodemográficas de su población blanco. Por ello analizaron, también en España, la eficiencia de 94 centros de atención primaria mediante el método AED, en presencia de variables como la tasa cruda de natalidad, la razón de habitantes de la tercera edad y la densidad y el porcentaje de población dedicada a la agricultura, entre otras. Asimismo, consideraron dos tipos de productos, actividades (resultado intermedio) y calidad relacionada con la capacidad del personal médico para diagnosticar y tratar problemas médicos (resultado final) (cuadro 18-1). La media del puntaje de eficiencia fue de 82.8% para actividades y de 75.1% para la calidad de la atención; 20 y 18 unidades resultaron eficientes, con un puntaje en la frontera de 100%. Como era esperado, algunas unidades fueron más eficientes en términos de actividades y otras en términos de resultados de calidad. La comparación de valores estimados antes y después del control por factores sociodemográficos mostró elevación de los puntajes de eficiencia. Es decir, parte de la ineficiencia mostrada antes del ajuste se debía al entorno no favorable de las unidades que se encontraban localizadas en zonas con baja densidad de población y razón alta de personas de la tercera edad. En resumen, los autores subrayaron la trascendencia de incluir variables del entorno en el estudio de la eficiencia de unidades de medicina familiar para que los resultados correspondieran a características del servicio de salud y no a características de la población atendida.

© Editorial Ailfi. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuadro 18-1. Relación de estudios de eficiencia en centros de atención primaria

País	Insumos	Resultados intermedios	Resultados finales	Factores de control
España ¹⁰	<ul style="list-style-type: none"> • Número de médicos y enfermeras en consulta y servicio de urgencias; fisioterapeutas, dentistas y radiólogos; administradores, veterinarios, trabajadores sociales y de intendencia • Capital: metros cuadrados de construcción • Número de recetas surtidas por paciente (como medida indirecta del gasto en salud) 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de consultas por médico familiar, pediatra, enfermera y urgencias 	<p>Calidad del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de consultas diarias por médico general, pediatra o enfermera (debido a que todas las consultas se otorgan por un periodo de tiempo fijo, se puede asumir que el personal con menos consultas tuvieron más tiempo para dedicarle al paciente y, por tanto, mayor calidad, ya que el tiempo es un factor al que el paciente le asigna gran valor) 	<ul style="list-style-type: none"> • La función de producción se controló por variable sociodemográficas: ubicación urbana vs. rural del centro de atención primaria (como medida aproximada del nivel socioeconómico de la población blanco) España¹¹
			<ul style="list-style-type: none"> • Días laborados en los últimos 15 años por el médico familiar y el pediatra • Número de estudios de laboratorio solicitados por paciente (se asume que el médico será más efectivo en puntualizar el diagnóstico y el tratamiento a otorgar; por tanto, cuanto más estudios se posea, mayor será calidad del servicio) 	
			<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de metas (tasa de cobertura media de programas propios de la atención en medicina familiar, como vacunas y detección temprana de cáncer de mama) • Calidad percibida de la atención (satisfacción del paciente) • Capacitación del personal de salud y membresía a asociaciones médicas o científicas 	

Cuadro 18-1. Relación de estudios de eficiencia en centros de atención primaria (continuación)

País	Insumos	Resultados intermedios	Resultados finales	Factores de control
<ul style="list-style-type: none"> Número de médicos y enfermeras en consulta y servicio de urgencias; fisioterapeutas, dentistas, radiólogos, administradores, veterinarios, trabajadores sociales y de intendencia 	<ul style="list-style-type: none"> Número de recetas surtidas por paciente (como medida indirecta de gasto) 	<ul style="list-style-type: none"> Número de consultas por médico familiar, pediatra, enfermera y urgencias Cumplimiento de metas (tasa de cobertura media de programas propios de la atención en medicina familiar, como vacunas y detección temprana de cáncer de mama) Disponibilidad de medicamentos, plan de monitoreo de recursos físicos, accesibilidad a personas discapacitadas, membresía a asociaciones médicas o científicas, entre otras variables 	<ul style="list-style-type: none"> Calidad del servicio: <ul style="list-style-type: none"> Días laborados en los últimos 15 años por el médico familiar y el pediatra 	<ul style="list-style-type: none"> La función de producción se controló por las siguientes variables sociodemográficas: tasa cruda de natalidad, razón de habitantes en la tercera edad, densidad de población y porcentaje de empleados en la agricultura, entre otras EUA¹²
<ul style="list-style-type: none"> Número de médicos, asistentes médicos, enfermeras, técnicos y administrativos (horas efectivas en la clínica) 	<ul style="list-style-type: none"> Capital: pies cuadrados de construcción 	<ul style="list-style-type: none"> Número de consultas por año por clínica 	<ul style="list-style-type: none"> El modelo no contempló indicadores de calidad del servicio porque se presumió que el sistema era homogéneo en este sentido. Por ejemplo, más de 94% de los médicos están certificados y todas las clínicas están acreditadas. Adicionalmente, los pacientes tienen un nivel de gravedad muy parecido, pues aquellos con necesidades de salud complejas son referidos a medicina interna 	<ul style="list-style-type: none"> La función de producción se controló por año de estudio para analizar posibles cambios a través del tiempo, así como por porcentaje de adscritos con cargo administrativo en el mismo centro (debiendo a que pudiera influir en trato preferencial. P. ej., más pero con más personal administrativo de la misma clínica podrían generar más consultas)

© Editorial Atili. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuadro 18-1. Relación de estudios de eficiencia en centros de atención primaria (continuación)

País	Insumos	Resultados intermedios	Resultados finales	Factores de control
México ¹³	<ul style="list-style-type: none"> • Número de médicos y enfermeras en servicio • Número de consultorios de medicina general o familiar • Número de camas no censables y núcleos básicos existentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de consultas de medicina general o familiar y de salud reproductiva • Número de vacunas aplicadas y detecciones de enfermedades crónicas • Número de actividades de salud bucal y promoción de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de pacientes crónicos en control 	
México ¹⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de horas-hombre-médico en atención a pacientes con diabetes • Porcentaje de médicos familiares que utilizan el apoyo de nutricionistas • Porcentaje de médicos familiares que utilizan el apoyo de enfermeras al servicio de pacientes con afecciones crónicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de pacientes con examen anual de colesterol (sólo casos sin diagnóstico previo de colesterol elevado) • Porcentaje de pacientes con medición de presión arterial en cada visita de control • Porcentaje de pacientes con medición de peso en cada visita de control • Porcentaje de pacientes con revisión anual de pies • Porcentaje de pacientes con solicitud anual de fondo de ojo 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de pacientes con glucosa en ayuno = 130 mg/dL (promedio de los últimos tres reportes de laboratorio) • Porcentaje de pacientes con colesterol < 200 mg/dL en el último reporte de laboratorio • Porcentaje de pacientes con presión arterial < 130/80 mmHg • Porcentaje de pacientes con presión arterial < 130/80 mmHg En el momento de la encuesta • Porcentaje de pacientes que consiguieron que esperaban la atención durante la última visita de control 	

Estados Unidos

La atención primaria constituye no sólo un servicio básico, sino que además representa el punto de entrada a otros servicios del sistema de salud. Schmacker y McKay¹² refirieron un estudio con 957 grupos médicos realizado en 1978, que mostró una eficiencia técnica media de 66%. Asimismo, otro reporte compara establecimientos con uno y varios médicos desarrollado durante 1984 y 1985, el cual registró una eficiencia media de 58 y 65%, respectivamente. Teniendo dichos antecedentes, dichos autores examinaron posibles factores de ineficiencia en 442 centros de atención primaria del sistema de salud militar estadounidense, mediante el método de frontera estocástica. Los factores a estudiar fueron de origen organizacional (tipo de personal de salud), del medio ambiente (tipo de derechohabiente) y del tipo de establecimiento. El producto correspondió a la cantidad de servicio otorgado y los insumos a mano de obra y capital (cuadro 18-1). La media del puntaje de eficiencia fue de 82.2%. Se observó que 57.3% del total de la varianza podía ser explicada por ineficiencia productiva; el único factor que afectó la eficiencia fue el tipo de establecimiento. Las clínicas de atención primaria no asociadas a centros médicos fueron técnicamente más eficientes que las sí asociadas. Posiblemente porque estas últimas están expuestas a entornos más complejos y tienen a su cargo internos o residentes, por lo que, en consecuencia, los médicos generan menos consultas de las que deberían por atender sus funciones de enseñanza.

México

Toda gestión presupuestal está sujeta a indicadores de eficiencia y desempeño, los cuales, a diferencia de los establecimientos privados, no trabajan en función de ganancias económicas o márgenes de rentabilidad. Con base en este contexto, García R. y col.¹³ procedieron a la estimación de la eficiencia técnica mediante el método DEA en 37 unidades de atención primaria en Tabasco (10 centros de salud con servicios ampliados y 27 centros de salud urbanos), que eran representativos de los servicios de salud prestados por el gobierno del Estado en el primer nivel de atención. En el estudio se utilizaron productos intermedios, principalmente acciones preventivas y de promoción de la salud y un resultado final, número de enfermos crónicos en control; y como insumo número de médicos y enfermeras, número de consultorios y de camas no censables, entre otros (cuadro 18-1). Únicamente 17 unidades registraron eficiencia; el análisis detallado permitió identificar que había un amplio margen de mejora potencial en la producción de servicios de consulta externa y de salud bucal, en la detección y control de pacientes con enfermedad crónica, y en salud reproductiva.

También en México, en el estado de Nuevo León, se tiene el antecedente de otro estudio de eficiencia. Como bien se sabe, en el perfil de salud de la población mexicana sobresale la diabetes como enfermedad no transmisible, constituida en epidemia creciente en todas las regiones del país. En el primer nivel le corresponde al médico familiar cumplir con la función de producción de convertir recursos en servicios y bienestar. Bajo dicho contexto, Salinas y col.¹⁴ estimaron la eficiencia técnica de la atención al paciente con diabetes en el primer nivel de atención, distinguiendo la provisión de servicios y los resultados de salud, además de examinar fuentes potenciales de variación. El análisis incluyó 47 clínicas de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de Nuevo León, cuya eficiencia fue determinada mediante el método AED, considerando los indicadores de provisión de servicios para la detección temprana de complicaciones, además de los resultados finales en términos del control de glucosa, presión arterial y lípidos, y uno de percepción de calidad (cuadro 18–1).

La media del puntaje de provisión de servicios fue de 69.3% y en resultados de salud de 74.2%; sólo dos las unidades fue eficiente en ambos productos. Fue notorio que todos los centros que operaban con una puntuación de eficiencia inferior a 50% podrían mejorar incrementando la actividad de examen anual de pies o bien del control de glucosa en sangre (cuadro 18–2).

En cuanto al origen de la eficiencia, la localización en la zona metropolitana y el mayor número de consultas favorecieron la eficiencia en el suministro de servicios. Ninguno de estos dos factores influyó en los resultados en salud. En relación con el perfil del médico, se observó que la edad no favoreció que las unidades fueran eficientes para proveer servicios, pero sí para obtener resultados en salud, al margen de los atributos del paciente. Esto último quizá se debió a la falta de aptitud clínica en los médicos jóvenes, ya que se esperaría adquirirla con los años. Los autores concluyeron que la eficiencia representa un reto especial para las organizaciones de salud no lucrativas que, como todas, están interesadas en otorgar servicios eficientes sin sacrificar la calidad con recursos limitados. En realidad la importancia de los estudios de eficiencia radica en ofrecer a las instituciones de salud el camino por el cual se puede empezar la optimización.

CONCLUSIONES

1. La eficiencia es un concepto utilizado en economía para estudiar la relación entre los recursos y los productos; su principal premisa es producir el mejor resultado posible en salud al menor costo.
2. La medición de eficiencia se puede categorizar con base en modelos de proceso de producción (eficiencia productiva o técnica) o bien de estimación

Cuadro 18–2. Magnitud y tipo de mejora potencial de las unidades de salud del primer nivel de atención operando con menos de 50% de eficiencia en la provisión de servicios y los resultados de salud. Monterrey, México, 2004

Unidad	Examen anual de los pies (%)	Examen anual del fondo de ojo (%)	Medición de la presión arterial cada visita (%)	Medición del peso en cada visita (%)
Potencial de mejora* en la provisión de servicios				
AK	100	0	0	0
R	100	40	0	0
AN	100	0	0	0
J	100	100	54	0
L	100	100	0	0
G	100	100	14	0
AI	100	22	16	16
H	100	0	0	13
AR	100	0	14	26
AH	100	100	14	25
Q	100	100	0	0
Potencial de mejora* en resultados de salud				
	Glucosa = 130 mg/dL (%)	Colesterol < 200 mg/dL (%)	Presión arterial < 130/80 mmHg (%)	Siente que recibió la atención que esperaba del médico familiar (%)
AH	100	0	0	0
Z	100	100	100	100
P	100	100	100	100
AS	100	100	0	0
J	100	0	0	100
F	100	100	100	36

*Cuanto más alto sea el porcentaje mayor será el potencial de mejora en la producción, dados los recursos humanos con los que cuenta la unidad de salud.

de costos (costo por día, costo por paciente). También con base en el uso de construcción de una frontera de eficiencia (método paramétrico de frontera estocástica o método no paramétrico de análisis envolvente de datos).

3. El estudio de la eficiencia a nivel organizacional permite distinguir el desempeño logrado por una unidad médica con respecto a otra trabajando en circunstancias similares. Aún más, las variaciones de eficiencia entre las unidades sugiere ahorros potenciales en costos si todas ellas operaran tan eficientemente como la que es señalada como la mejor.
4. La medicina familiar es una especialidad médica enfocada en la atención primaria con actividad clínica y contenido propio de enseñanza e investiga-

ción, esperándose que los centros de primer nivel de atención ejerzan sus recursos en forma eficiente a través de cualidades clínicas y gerenciales del médico familiar. Esta premisa es aún más trascendental en el caso de las instituciones con políticas de contención de costos, como las del sector público que dependen de un presupuesto asignado y la distribución inteligente de los recursos disponibles; es por ello que los programas de eficiencia tienen una gran importancia.

REFERENCIAS

1. **Starfield B, Shi L, Macinko J:** Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457–502.
2. **Guttman A, Shipman SA et al.:** Primary care physician supply and children's health care use, access, and outcomes: findings from Canada. *Pediatrics* 2010;125:1119–1126.
3. **Gorey KM, Luginaah IN, Holowaty EJ, Fung KY, Hamm C:** Associations of physician supplies with breast cancer stage at diagnosis and survival in Ontario, 1988 to 2006. *Cancer* 2009;115:3563–3570.
4. **Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A et al.:** The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010;10:65.
5. **Stoddart G, Lavis J:** Eficiencia. En: *Ética y economía en el sector salud. Principios básicos*. Santiago de Chile, Bitrán & Asociados, 2002:19–29.
6. **Martín MJJ, López del Amo GMP:** La medida de la eficiencia en las organizaciones sanitarias. *Presupuesto Gasto Público* 2007;49:139–161.
7. **Hussain A, Brightman JR:** *White paper. Frontier analyst in depth*. Reino Unido, Banxia Software, 2000.
8. **Patel B, Chausalet T, Millard P:** Balancing the NHS balanced scorecard! *Eur J Oper Res* 2008;185:905–914.
9. **Wagner JM, Shimshak DG, Novak MA:** Advances in physician profiling: the use of DEA. *Socio-Economic Planning Sciences* 2003;37:141–163.
10. **Murillo ZLR, Petraglia C:** Technical efficiency in primary health care: does quality matter? *Eur J Health Econ* 2011;12(2):115–125.
11. **Cordero FJM, Cebada EC, Murillo ZLR:** The effect of quality and socio-demographic variables on efficiency measures in primary health care. *Eur J Health Econ* 2013. (Epub ahead of print.)
12. **Schmacker ER, McKay NL:** Factors affecting productive efficiency in primary care clinics. *Health Serv Manage Res* 2008;21(1):60–70.
13. **García RJF, Rodríguez LGA, García FA:** Eficiencia técnica de los centros avanzados de atención primaria de la salud de Tabasco (CAAPS). Aplicación del método de optimización análisis envolvente de datos (DEA). *Salud Tabasco* 2008;14:782–791.
14. **Salinas MAM, Amaya AMA, Arteaga GJC, Núñez RGM, Garza EME:** Eficiencia técnica de la atención al paciente con diabetes en el primer nivel. *Salud Pub Mex* 2009;51(1):48–58.

La medicina familiar en el contexto de la economía de la salud

*Enrique Villarreal Ríos, Verónica Escorcía Reyes,
Leticia Blanco Castillo, Laura Alicia Cu Flores,
Shaid Santibáñez Beltrán, Martha Lorena Villanueva Ruiz*

BASES CONCEPTUALES DEL BINOMIO MEDICINA FAMILIAR Y ECONOMÍA DE LA SALUD

El modelo de medicina de familia es una respuesta a las necesidades de salud de la población, que se integra como un subsistema del sistema de salud institucional. Se puede decir que ha atendido y solucionado la problemática de salud y que se ha adecuado al contexto social en que le ha tocado vivir; así ha transitado por el abordaje clínico y epidemiológico entre otros, todos ellos con un enfoque netamente surgido de la medicina y de la práctica médica tradicional. No obstante, se debe estar cierto que el mundo ha cambiado y con él las prioridades de la sociedad, incluida en éstas el modelo preponderante que marca la pauta.

En este contexto no se puede negar que en la actualidad el abordaje económico se establece como el modelo a seguir y con él los criterios para tomar decisiones, asignar recursos y ejercer la práctica médica.

Cuando el abordaje para el ejercicio de la práctica médica se basaba en la clínica, la toma de decisiones tenía por sustento el criterio clínico; es decir, el referente era el paciente atendido en el consultorio de medicina familiar o en el hospital, y el objetivo era la recuperación de la salud. De igual forma, cuando el abordaje de la práctica médica tenía por sustento la epidemiología, la toma de decisiones se centraba en los resultados alcanzados en la población.

En la actualidad es una realidad que la práctica médica ha cambiado y ahora el abordaje es económico, y con él la toma de decisiones tiene por prioridad alcanzar la máxima eficiencia de los recursos asignados.

Ante este panorama, la práctica médica en general y la práctica de la medicina familiar en particular requieren un nuevo lenguaje y una nueva lógica para el ejercicio, sin que esto signifique renuncias a los postulados humanistas y características propias que han distinguido a la práctica de la medicina a lo largo del tiempo.

En principio se puede especular que el arribo de la economía de la salud a la medicina familiar constituye un enfrentamiento que se acompaña del desplazamiento del paciente como figura central de la práctica médica, pero la realidad es muy diferente; el análisis sereno revela la coincidencia de conceptos con distinto lenguaje. El abordaje económico mantiene al paciente en el centro de la atención, pero los caminos para llegar a él no son los tradicionales. El ejercicio de la práctica de la medicina familiar en el contexto de la economía de la salud mantiene al paciente y al núcleo familiar como la razón de ser, pero para entender la relación entre la economía de la salud y la medicina familiar es necesario incorporar al personal de salud el lenguaje, los conceptos y la lógica de la economía. Este escenario no es inocuo; se acompaña de un alto riesgo, sitúa al personal de salud y al médico familiar en el borde del precipicio en cuyo fondo se encuentra la pérdida de identidad de la profesión, identidad heredada y construida durante un largo tiempo, por lo que el reto es mantener la identidad como médico familiar.

Entonces, hablar de economía de la salud implica tener claro que los recursos, por más abundantes que se presenten, son escasos y que todos se van a terminar en el largo plazo; éste es un principio básico de la economía. Un ejemplo de ello son las instalaciones médicas, los medicamentos, el equipo médico, la salud y la vida. Todos los recursos mencionados fenecerán irremediablemente y dejarán de existir; en consecuencia, lo que postula la economía en general y la economía de la salud en particular es lograr la mayor eficiencia, la cual se acompaña de la toma de decisiones en la asignación.

En el contexto de la economía de la salud, la decisión de asignar el recurso se encuentra indisolublemente ligado a la identificación del mayor beneficio que se pueda alcanzar para el individuo en sociedad.

Es aquí cuando aparentemente la economía de la salud se aleja del concepto humanista tradicional de la práctica de la medicina familiar; no obstante, esta aseveración se encuentra distante de la realidad; lo que plantea el abordaje de la economía de la salud es la evidencia del problema de la escasez de recursos y reconocer que la asignación se realiza después de efectuar la evaluación de los distintos escenarios e identificar la alternativa más eficiente, aquella que ofrece el máximo beneficio del recurso asignado.

Así por ejemplo, tomar la decisión de asignar los recursos a un programa educativo o de vacunación que incremente el capital humano en la población, en menoscabo de un programa orientado a restituir la salud en población con patología en fase terminal, pareciera que se ubica en un escenario muy alejado del humanismo. No obstante, la reflexión serena podría ubicarlo en un contexto humanista

social, puesto que se está privilegiando a la sociedad y consecuentemente al individuo; de no ser así, se estaría poniendo en riesgo al grupo social.

No obstante, el médico familiar que se encuentra en el consultorio ejerciendo la práctica médica debe tener claro que en ese momento la prioridad es el paciente que tiene frente a él y que el criterio que debe imperar para la asignación de recursos es la búsqueda del máximo beneficio del paciente al que atiende en ese momento.

Ante este panorama, en el contexto de la economía de la salud la toma de decisiones constituye un elemento central en el ejercicio de la medicina familiar, en el que, de la mano de la toma de decisiones, se torna imprescindible la información, aspecto que adquiere relevancia al constituirse como soporte de la elección racional que pretende alcanzar el máximo beneficio posible.

Así planteado, la información se constituye como el soporte del tomador de decisiones; en este sentido, se deberá estar cierto de que el tomador no es exclusivamente el directivo de los servicios de salud o de la unidad de medicina familiar. El médico familiar también representa un tomador de decisiones en el momento en que se encuentra ejerciendo la práctica de la medicina familiar frente al paciente o cuando se encuentra realizando la planeación de sus actividades.

Pero no es éste el único concepto que se requiere incorporar a la estructura de pensamiento del médico familiar; algunos conceptos, como capital humano, se encuentran íntimamente unidos a la educación para la salud y a la ejecución de acciones preventivas, como la vacunación o la detección temprana de patologías.

El concepto de capital humano implica la acumulación de conocimientos, que se traduce en la posibilidad de un mejor cuidado de la salud, así como en el ejercicio de estilos de vida orientados al incremento de la salud. De igual forma, las acciones preventivas equivalen a mejores condiciones individuales para enfrentar los agentes causales de enfermedad, pero no se limitan exclusivamente al capital humano individual y a la salud individual; el capital humano es extensivo a la sociedad al contribuir a la formación de una cultura social en salud.

Este tema en particular, el de la cultura social en salud, propicia el abordaje de las externalidades, las cuales solamente se pueden concebir en el individuo rodeado del resto de los individuos; es decir, solamente pueden existir en un contexto social. El concepto de externalidades en el lenguaje tradicional de la práctica médica de la medicina familiar corresponde a las consecuencias de las acciones realizadas por el médico familiar en el individuo, pero que repercuten positiva o negativamente en el resto de los individuos. Es muy importante estar claros que pueden ser negativas o positivas, es decir, en detrimento o beneficio de la salud.

Así por ejemplo, la vacunación tiene beneficios directos en el paciente que recibe la vacuna, los cuales son extensivos indirectamente al resto de los individuos al disminuir la posibilidad de personas enfermas; en caso contrario, cuando no existe vacunación se incrementa la posibilidad de que el resto de los individuos

contraigan la enfermedad. Otro ejemplo de externalidad es el tratamiento de enfermedades transmisibles que en principio benefician al individuo, pero que en un segundo momento benefician al resto de la sociedad al disminuir la cantidad de agentes causales (microorganismo) y las posibilidades de contagio.

Otros conceptos que forman parte de la cultura del médico familiar en el contexto de la economía de la salud son el costo, el costo efectividad y el costo oportunidad. Todos ellos, llevados al ejercicio de la práctica de la medicina familiar, constituyen un proceso de evaluación que proporciona información acerca de la mejor opción posible.

Del costo se ha dicho que refleja en pesos la cantidad de recursos que se requieren para lograr una función de producción, entendida por función de producción el tipo, la cantidad y la organización de los recursos indispensables para abordar un problema de salud; un ejemplo es la forma de atender a la mujer embarazada.

Una función de producción para atender a esta población incluye al médico familiar, quien realiza la evaluación clínica y se apoya en los servicios de radiodiagnóstico, para contar con el estudio de ultrasonido, y en el servicio de laboratorio, para disponer de los estudios bioquímicos que le permitan hacer una evaluación integral. Otra función de producción para esta misma población se puede integrar con la enfermera materno–infantil, el servicio de radiodiagnóstico y el de laboratorio.

Las dos funciones de producción persiguen el mismo objetivo, otorgar la atención a la mujer embarazada.

Una vez definida la función de producción, desde la perspectiva de la economía de la salud, es una obligación identificar el costo de generarla. La importancia del costo de producción se identifica al constituirse como el elemento, en el cual se basa la institución de salud para salir al mercado y enfrentar la competencia.

Evidentemente en una estructura de mercado cerrada con compradores cautelosos este aspecto pierde un poco su trascendencia, pero en una estructura de mercado abierta, en la cual, los productores van en pos del comprador, el costo se constituye como un elemento vital para diseñar las estrategias que permitan la permanencia del productor en el mercado.

Este discurso puede ser motivo para despertar la crítica implacable de la comunidad de salud y particularmente del médico familiar, pero se debe tener claro que es el lenguaje de la economía de la salud, y que esta es una realidad en la cual se encuentra inmersa la práctica de la medicina familiar y pasará mucho tiempo antes de que el contexto se modifique. En consecuencia, el médico familiar debe vivir esta realidad y asumir como una responsabilidad personal y de la especialidad la traducción y adecuación de los conceptos económicos, así como ejercer la medicina familiar en el contexto de la economía de la salud sin perder la identidad ni la esencia del abordaje humanista de la práctica médica y en particular de la especialidad.

ESTUDIO DE CASOS DE EVALUACIÓN ECONÓMICA EN MEDICINA FAMILIAR

La evaluación económica es una realidad en el sistema de salud, particularmente en medicina familiar; al respecto los estudios se encuentran en la literatura, pero la clasificación identifica cinco tipos de estudio: costo, costo–efectividad, costo–beneficio, costo–utilidad y costo–oportunidad.

En el primer grupo de estudios se encuentran los de costo, los cuales se ha señalado que evalúan exclusivamente la parte económica; no obstante, ésta es una verdad a medias, pues para realizar el costeo siempre es imprescindible el perfil epidemiológico, pero se deberá reconocer que en la mayoría de los casos este aspecto no se hace consciente.

En otro grupo se pueden reunir los estudios de costo efectividad, costo beneficio y costo utilidad. La característica que guardan en común es el análisis conjunto de la parte económica (costo) y la consecuencia (efectividad, beneficio y utilidad); aunado a ello se realiza la comparación de al menos dos alternativas. La diferencia entre ellos estriba en la forma de medir las consecuencias; por ejemplo, la efectividad se mide en unidades naturales, el beneficio en pesos y la utilidad en unidades naturales ajustadas por calidad.

Finalmente, en el tercer grupo se encuentran los estudios de costo–oportunidad, caracterizados por evaluar el costo de la mejor oportunidad a la que se renuncia para realizar una diferente.

En esta sección se presentarán cinco casos de evaluación económica, concretamente un estudio de costo de diagnóstico, uno de costo de polifarmacia, otro de costo–efectividad del programa de cita previa, uno más del programa del control del niño sano y finalmente un estudio de costo–oportunidad en embarazadas.

Estudios de costos

El costo de producción de los servicios de salud debe reflejar los insumos que son necesarios para producir cada función de producción. Para la empresa es importante conocerlos, dado que a partir del valor estimado es posible proyectar las ganancias y establecer el precio del servicio. Aunado a ello, permite a la empresa contar con un referente a partir del cual se pueden diseñar estrategias para incrementar el poder de mercado.

Lo señalado es propio de una empresa que participa en una estructura de mercado libre; no obstante, para una empresa con compradores cautivos, como es el caso de las instituciones de seguridad social, cuál es la importancia de conocer el costo de las funciones de producción. Al respecto se deberá señalar que son un

referente para la planeación, la elaboración de presupuestos y el análisis de escenarios posibles.

Costo del diagnóstico del cáncer de mama

Se realizó un estudio para identificar el costo del proceso diagnóstico del cáncer de mama, para lo cual se analizaron los expedientes de 245 mujeres que iniciaron con el proceso. En ellas se identificó la historia natural de la utilización de los servicios de salud, el perfil de uso, los costos unitarios, los costos ponderados por utilización, el costo promedio por paciente que inició el proceso y el costo promedio por cada paciente con cáncer de mama.

La historia natural del uso de los servicios de salud se determinó identificando cada uno de los servicios empleados para realizar el diagnóstico, así como el porcentaje de población que hace uso de cada uno de ellos. El perfil de uso se integró por cada servicio estimando el promedio de veces que utilizó el servicio, empleando como referente el total de población que inició con el proceso diagnóstico. El costo unitario se calculó por servicio, empleando el modelo de presupuesto capitado, la técnica de tiempos y movimientos, y el microcosteo. El costo promedio por servicio se integró a partir del perfil de uso y el costo unitario; la suma de los costos promedios de los servicios identificó el costo promedio total de la paciente que inicia el proceso diagnóstico de cáncer de mama. Para conocer el costo promedio por cada caso de cáncer de mama diagnosticado se determinó la prevalencia del diagnóstico en la población estudiada, información que permitió conocer el total de pacientes que se requiere estudiar para establecer un diagnóstico; la multiplicación de este valor por el costo promedio se convirtió en el costo promedio por diagnóstico.

Los resultados revelan que el costo promedio más alto de las pacientes que iniciaron el proceso diagnóstico del cáncer de mama corresponde a la mastografía (389.98 pesos), situación lógica si se asume que al total de la población se le practica este estudio. Este escenario no se replica en servicios como medicina familiar, que atiende a 23.7% de la población que inicia el proceso; esta circunstancia condiciona que el costo promedio ponderado del servicio sea de 39.38 pesos. Los costos promedio también se diluyen en los servicios de laboratorio, imagenología y clínica de mama —en éste se identificó un costo promedio de 54.09 pesos. Finalmente, empleando como referente a toda la población que inició con el proceso diagnóstico de cáncer de mama, el costo promedio es de 981.08 pesos.

Esta cifra puede ser empleada en la planeación de los servicios de salud. Su utilidad se refleja en la estimación de la cantidad de recursos económicos que se requieren para atender a una población determinada; no obstante, se debe estar consciente que no corresponde al costo promedio por diagnóstico efectuado; si se pretende identificar el costo promedio por cada diagnóstico de cáncer de

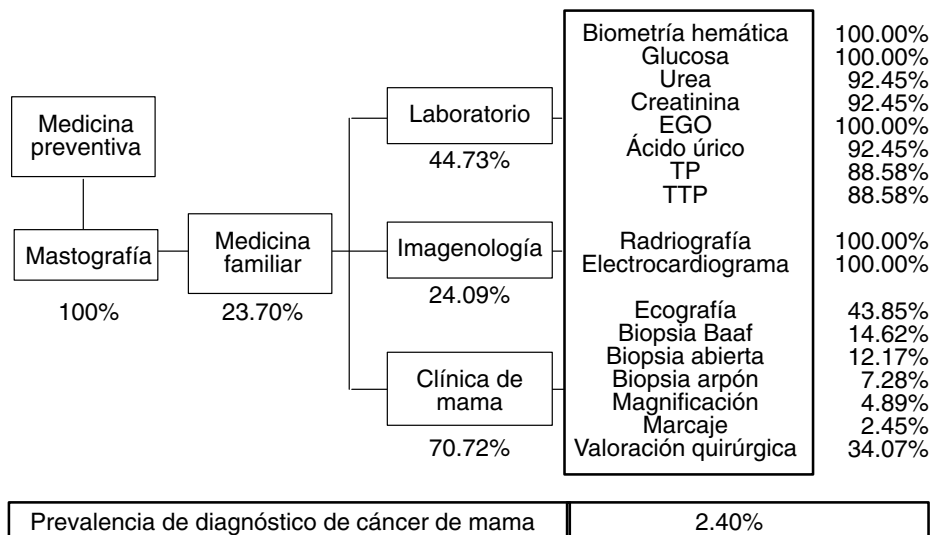


Figura 19-1. Historia natural del proceso diagnóstico de cáncer de mama.

mama, se debe decir que es de 40 878 pesos, cantidad que también es de utilidad en la planeación de los servicios de salud.

En torno a las cifras aquí presentadas, se debe estar consciente de que se estimaron utilizando los costos consolidados manejados en las instituciones de seguridad social, las cuales se caracterizan por ser grandes monopolistas y, por lo tanto, con capacidad para imponer el precio de compra, muy diferentes a los del mercado (figura 19-1 y cuadro 19-1).

Costo de la polifarmacia en el adulto mayor

Ya se presentó el ejemplo del costeo de una función de producción para establecer el diagnóstico; no obstante, también es posible estimar el costo de una función de producción para atender una demanda de salud concreta. En este caso se presenta el costo de la atención al paciente con polifarmacia, población que es una realidad de los sistemas de salud, producto de la transición epidemiológica y de la transición demográfica y, por paradójico que parezca, fruto de los avances médicos y tecnológicos que propician el incremento del número de casos de enfermedades crónico-degenerativas y el incremento de la esperanza de vida.

El estudio se realizó en una población de adultos mayores con al menos una enfermedad crónico-degenerativa, definiendo como polifarmacia el consumo simultáneo de más de tres fármacos por lo menos durante un mes. Se identificaron en el expediente clínico, el tipo y la cantidad de medicamentos empleados en el

Cuadro 19–1. Costo promedio ponderado de pacientes que iniciaron el proceso diagnóstico de cáncer de mama

Servicio	Perfil de uso	Costo unitario	Costo ponderado
Medicina preventiva	1.649	157.42	259.59
Mastografía	1.057	368.95	389.98
Medicina familiar	0.257	153.23	39.38
Laboratorio			
Biometría hemática	0.106	70.84	7.52
Glucosa	0.106	75.98	8.06
Urea	0.098	75.98	7.45
Creatinina	0.098	75.98	7.42
Examen general de orina	0.106	58.90	6.25
Ácido úrico	0.098	58.44	5.73
Tiempo de protrombina	0.094	84.75	7.46
Tiempo de tromboplastina parcial	0.094	84.75	7.96
Imagenología			
Placa simple	0.057	400.43	22.88
Electrocardiograma	0.057	225.61	15.14
Clínica de mama	0.273	198.13	54.09
Ecografía	0.074	320.95	23.59
Biopsia BAAF	0.025	1 635.14	40.06
Biopsia abierta	0.020	1 635.14	33.35
Biopsia arpón	0.012	1 635.14	19.95
Magnificación	0.008	300.00	2.46
Marcaje	0.004	3 000.00	12.30
Valoración quirúrgica	0.057	174.04	9.94
Costo promedio por población que inició el proceso			981.08
Costo promedio por cada diagnóstico de cáncer de mama realizado			
Costo promedio ponderado de pacientes que iniciaron el proceso diagnóstico	Casos de cáncer cervicouterino por cada 100 mujeres que iniciaron el proceso diagnóstico	Total de detecciones por cada diagnóstico de cáncer de mama realizados	Costo promedio por cada diagnóstico de cáncer de mama realizado
981.08	2.40	41.67	40 878

transcurso de un año, el número de consultas en medicina familiar y las visitas a la farmacia en ese mismo periodo.

Los costos unitarios para el medicamento se estimaron con microcosteo; para medicina familiar y farmacia se empleó la técnica de tiempos y movimientos, así como el modelo de presupuesto capitado.

En este caso es importante el criterio de inclusión de al menos un mes de consumo de fármacos; si la población estudiada hubiera incluido a pacientes con ingesta de fármacos durante al menos un año, los resultados hubieran sido distintos. Los resultados reflejaron que el costo promedio anual del paciente con poli-

farmacia es de 2 201.37 pesos, de los cuales 1 263.26 pesos corresponden al servicio de medicina familiar; la proyección a 1 000 pacientes es de 2 201 170 pesos.

Se podría criticar la inclusión del uso de los servicios de medicina familiar y farmacia como parte del costo de la polifarmacia, y se podría sugerir que el costo se integrara exclusivamente con el correspondiente al fármaco; no obstante, es una realidad que se requieren los servicios señalados para poder lograr la atención del paciente y con ello retomar el tema de la función de producción. Para poder proporcionarle el medicamento al paciente con polifarmacia se requiere una función de producción que incluya el servicio de medicina familiar, farmacia y el propio fármaco.

Se puede criticar el costo estimado de la polifarmacia y descalificarlo si se compara con el precio de los medicamentos en el mercado, pero el valor mostrado es una realidad en las instituciones de seguridad social que compran medicamento a un precio relativamente bajo. No se puede negar que éste es uno de los beneficios de la medicina institucionalizada: el poder de compra que les permite imponer precios.

Nuevamente la información proporcionada aquí es de utilidad para el tomador de decisiones que pretenda ofrecer servicios a una población de la cual posee los datos de prevalencia de la polifarmacia (cuadro 19-2).

Cuadro 19-2. Proyecciones y uso promedio, costo unitario y costo promedio anual en consulta de medicina familiar, farmacia y medicamentos en adultos mayores con polifarmacia

Indicador	Consulta de medicina familiar (pesos)	Atención en farmacia (pesos)	Medicamento (pesos)	Costo promedio total (pesos)
Uso promedio anual	8.30	8.30		
Costo unitario	152.20	27.70		
Costo promedio anual	1 263.26	229.91	708.00	2 201.17
Proyección del costo anual de la polifarmacia				
Pacientes	Consulta de medicina familiar (pesos)	Atención en farmacia (pesos)	Medicamento (pesos)	Costo promedio total (pesos)
100	126 326	22 991	70 800	220 117
1 000	1 263 260	229 910	708 000	2 201 170
10 000	12 632 600	2 299 100	7 080 000	22 011 700
100 000	126 326 000	22 991 000	70 800 000	220 117 000
1 000 000	1 263 260 000	229 910 000	708 000 000	2 201 170 000

Estudios de costo–efectividad

Si bien los estudios de costos proporcionan información específica y de manera indirecta realizan una evaluación, la verdadera evaluación y comparación se ejerce cuando se ejecutan evaluaciones de costo–efectividad. Sin embargo, habrá que señalar que no es la única evaluación económica posible; al respecto se debe mencionar que también existe la evaluación costo–beneficio, la evaluación costo–utilidad y la minimización de costos, pero se debe reconocer que la más empleada es la evaluación costo–efectividad.

Al respecto de los estudios considerados como parte de la evaluación económica, se deberá señalar que en éstos se comparan al menos dos alternativas; la intención es identificar la mejor de ellas. Aunado a ello, en estos estudios, a diferencia de los de costos, en los cuales exclusivamente se considera la dimensión económica, se incluye también la dimensión clínica y, en consecuencia, el análisis se realiza en conjunto.

También será necesario señalar que se pueden realizar cuando existe un monto económico limitado y se desea saber en cuál, de al menos dos alternativas, se tendrán mejores resultados desde el punto de vista clínico y económico.

Así, la evaluación económica se puede emplear para tomar decisiones en torno a programas de salud concretos que se encuentren en función, con el fin de conocer cuál de ellos ofrece los mejores resultados o cuál de las opciones existentes al interior de un programa es la mejor. Ejemplo de ello es la evaluación costo–efectividad del programa de cita previa establecido en medicina familiar y la evaluación costo–efectividad del programa del control del niño sano en medicina familiar.

Costo–efectividad de la cita previa en la consulta externa de medicina familiar

En este trabajo la unidad de análisis fue la unidad de medicina familiar, en él se evaluó el programa de la cita previa para determinar la mejor opción a partir de las perspectivas económica y clínica. Se midió el costo de la consulta otorgada por el médico familiar empleando para ello el modelo de presupuesto capitado y la técnica de tiempos y movimientos; la efectividad se midió desde la perspectiva del proveedor (médico familiar) y del usuario (paciente) en función de la satisfacción con el programa de cita previa: la satisfacción se evaluó como percepción en una escala del 0 al 10. El análisis se realizó para diferentes dimensiones, definidas como el porcentaje de consultas que se manejaron como cita previa; así, las dimensiones se integraron para 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80 y 85% del total de la consulta del médico familiar manejada como cita previa.

Desde la perspectiva del proveedor (médico familiar), la mayor efectividad (satisfacción de 8.32) se alcanza cuando 60% de las consultas corresponden a cita

previa, mientras que el menor costo (58.34 pesos) se identifica cuando 70% de las consultas de medicina familiar se realizan con cita previa. No obstante, la evaluación costo–efectividad revela que para alcanzar la mejor relación costo–efectividad, una satisfacción de 10 y un costo de 70.20 pesos se deben programar como cita previa 60% de las consultas de medicina familiar.

Cuando la evaluación se realizó desde la perspectiva del usuario (paciente), la mayor efectividad, es decir, la satisfacción de 8.40, se alcanzó cuando 70% de la consulta fue programada como cita previa; el costo más bajo (58.34 pesos) también correspondió a este nivel de cita previa. En consecuencia, la mejor relación costo–efectividad se logra cuando 70% de la consulta del médico familiar se programa como cita previa. Cuando se pretende alcanzar la máxima efectividad, es decir una satisfacción de 10, el costo es de 69.45 pesos.

En este caso en particular la perspectiva del médico familiar y la del paciente son diferentes; los resultados señalan que la mejor relación costo–efectividad se logra cuando 60 o 70% de las consultas de medicina familiar se programan como cita previa.

Al respecto se debe señalar que es responsabilidad del médico familiar o del director de la unidad de medicina familiar tomar la decisión y normar la política de salud que establezca el porcentaje de consulta que deberá corresponder a la cita previa; quizá la decisión contemple establecer diferentes niveles por consultorio (cuadro 19–3).

Costo–efectividad del programa del control del niño sano en medicina familiar

Es una realidad que los programas ejecutados en medicina familiar se dan en respuesta a necesidades de salud concretas que se presentaron en un momento del tiempo y que se adoptaron porque previamente se demostró la eficacia de la intervención, de eso no existe duda; sin embargo, también es verdad que la población, las instituciones y la sociedad evolucionan. En consecuencia, las formas de hacer las cosas cambian —o para decirlo en términos económicos— la función de producción que originalmente alcanzó la mayor efectividad; con el paso del tiempo puede no seguirse manifestando en el mismo sentido, sin que con ello se cuestione la relación causal en la cual se basó un programa.

Bajo esta premisa pareciera, entonces, que la evaluación económica en la modalidad costo–efectividad no evalúa la efectividad de la intervención, lo que evalúa es la forma en la que se realiza; es decir, valora el funcionamiento de los servicios de salud.

En este contexto surge la necesidad de la evaluación permanente para identificar áreas de oportunidad que sugieran una nueva función de producción y que permitan la vigencia de los programas o, en el caso extremo, la cancelación de

Cuadro 19–3. Costo–efectividad por nivel de cita previa desde la perspectiva del médico familiar y del paciente

Indicador	Nivel de cita previa							
	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%	85%
Perspectiva del proveedor (médico familiar)								
Efectividad (satisfacción en escala del 0 al 10)	8.50	8.25	8.32	8.08	8.11	7.95	8.00	7.96
Costo (pesos mexicanos)	\$67.27	\$62.98	\$58.39	\$58.71	\$58.34	\$58.81	\$59.17	\$60.41
Costo para alcanzar una efectividad de 10 (satisfacción)	\$79.14	\$76.34	\$70.20	\$72.68	\$71.95	\$73.96	\$73.96	\$75.89
Perspectiva del consumidor (paciente)								
Efectividad (satisfacción en escala del 0 al 10)	6.25	7.50	8.09	8.38	8.40	8.37	8.34	8.36
Costo (pesos mexicanos)	\$67.27	\$62.98	\$58.39	\$58.71	\$58.34	\$58.81	\$59.17	\$60.41
Costo para alcanzar una efectividad de 10 (satisfacción)	\$107.63	\$83.98	\$72.18	\$70.06	\$69.45	\$70.26	\$70.94	\$72.26

los mismos. Entre las funciones de producción en medicina familiar se encuentra el programa de control del niño sano, que en el contexto señalado previamente es susceptible de ser evaluado desde la perspectiva económica.

El estudio contempló la evaluación costo–efectividad del programa de dotación láctea del niño sano en medicina familiar; se integraron dos grupos de comparación: uno con dotación láctea y otro con ausencia de dotación láctea.

Para evaluar la efectividad se emplearon dos indicadores: el peso para la edad y la talla para la edad. El costo se estableció para medicina familiar, enfermería materno–infantil, medicina preventiva, laboratorio, gabinete y farmacia utilizando el microcosteo, el modelo de presupuesto capitado y la técnica de tiempos y movimientos. Las evaluaciones se realizaron a los 8, 10 y 12 meses de edad del lactante.

En los tres momentos (8, 10 y 12 meses) la mejor relación costo–efectividad correspondió a la alternativa sin dotación láctea en los dos indicadores (peso para la edad y talla para la edad). A los ocho meses de edad del lactante por cada 3 000 pesos invertidos la efectividad (peso para la edad) es de 98% en la alternativa sin dotación y de 92% en la alternativa con dotación. Esta tendencia se mantiene a

Cuadro 19–4. Costo–efectividad del programa de control del niño sano en medicina familiar

Indicador	8 meses		10 meses		12 meses	
	Sin dotación	Con dotación	Sin dotación	Con dotación	Sin dotación	Con dotación
Peso para la edad						
Costo para una efectividad de 100%	\$2 828	\$3 275	\$2 924	\$4 008	\$3 326	\$4 240
Efectividad por cada 3000 pesos	98%	92%	97%	75%	85%	71%
Talla para la edad						
Costo para una efectividad de 100%	\$3 060	\$3 275	\$3 103	\$3 638	\$3 515	\$4 315
Efectividad por cada 3000 pesos	98%	92%	97%	82%	85%	70%

los 10 meses, con una efectividad de 97 y 75%, respectivamente; a los 12 meses la efectividad corresponde a 85 y 71%, respectivamente. El mismo comportamiento se observa con el indicador de talla para la edad.

Nuevamente, la información generada permite que el médico familiar y el director de la unidad de medicina familiar dispongan de herramientas que les permitan tomar decisiones; no obstante, la información generada no se debe traducir automáticamente en una decisión, sino que antes debe pasar por el juicio crítico del hombre.

Pareciera que no obstante que la medicina familiar se encuentra inmersa en el contexto de la economía de la salud y que los criterios para la toma de decisiones se encuentran perfectamente establecidos la responsabilidad del médico familiar y del tomador de decisiones debe rebasar la parte técnica y modelar el perfil de la profesión (cuadro 19–4).

Estudio de costo–oportunidad

Pareciera que los estudios aquí presentados están planteados desde la perspectiva de institucional; se dice “pareciera” porque en el fondo a quien benefician es al paciente. Sin embargo, otros estudios tienen un abordaje que privilegia la perspectiva del paciente, ejemplo de ello son los análisis de costo–oportunidad.

En este caso, la oportunidad se define como la mejor opción a la que se renuncia para realizar una distinta; desde esta perspectiva, acudir a consulta con el médico familiar implica renunciar a otras actividades que alguien debe realizar, actividades que tienen un costo que si bien no se refleja directamente en pesos y

centavos en el bolsillo del paciente, sí repercuten en su economía. Un ejemplo de estos estudios es el de costo–oportunidad de la atención de la mujer embarazada en medicina familiar.

Costo–oportunidad en la embarazada en atención en medicina familiar

Se trata de un estudio de costo–oportunidad realizado en mujeres embarazadas atendidas en la Unidad de Medicina Familiar, se consideraron tres servicios utilizados por la mujer embarazada: consulta de medicina familiar, laboratorio y farmacia. En cada uno de los servicios se entrevistaron 269 mujeres embarazadas, se investigó el tiempo empleado en el traslado a la unidad, el tiempo de espera para la atención en medicina familiar, laboratorio y farmacia, y el tiempo invertido en la atención de los servicios señalados.

Empleando como referente el salario diario, se definió el costo del minuto en cada caso; cuando la paciente entrevistada no era asalariada se asumía el salario del esposo; también se recabó la información relacionada con el número y tipo de acompañantes al acudir a la unidad médica.

Cuando la paciente acude sin acompañantes a recibir atención en días diferentes, el costo oportunidad en medicina familiar es de 46.48 pesos, en farmacia es de 22.14 pesos y en laboratorio es de 34.82 pesos. Cuando el mismo día acude a los tres servicios el costo–oportunidad corresponde a 62.54 pesos.

Cuando el análisis del costo oportunidad se realiza ponderando el número de acompañantes la visita a medicina familiar tiene un costo de 77.14 pesos, a farmacia de 37.08 pesos y a laboratorio de 58.64 pesos. El costo–oportunidad ponderado por acudir a los tres servicios el mismo día es de 104.20 pesos.

En este caso se debe señalar que la estimación del costo–oportunidad está ponderada por el tiempo invertido para recibir atención (traslado, espera y atención), el costo del minuto y el número de acompañantes.

La anterior información le permite al tomador de decisiones proponer y ejecutar la organización de los servicios que se ofrecen a la población que demanda atención (cuadro 9–5).

CONCLUSIÓN

En conclusión, se puede decir que la medicina familiar se encuentra inmersa en un contexto desconocido hasta hace poco tiempo para el médico familiar, es decir, el contexto de la economía de la salud.

Dicho contexto debe comprender y entender que tiene como principio la escasez de recursos, y que emplea un lenguaje y una lógica de pensamiento diferentes

Cuadro 19–5. Costo–oportunidad promedio y ponderado por número de acompañantes, presentado por tipo de escenario en la paciente embarazada atendida en medicina familiar

Tipo de escenario	Costo oportunidad promedio
Costo oportunidad para paciente sola	
Consulta de medicina familiar	\$46.48
Farmacia	\$22.14
Laboratorio	\$34.82
Consulta de medicina familiar y farmacia	\$48.17
Consulta de medicina familiar y laboratorio	\$60.85
Farmacia y laboratorio	\$36.51
Consulta de medicina familiar, farmacia y laboratorio	\$62.54
Costo oportunidad ponderado por número de acompañantes	
Consulta de medicina familiar	\$77.14
Farmacia	\$37.08
Laboratorio	\$58.64
Consulta de medicina familiar y farmacia	\$79.89
Consulta de medicina familiar y laboratorio	\$101.46
Farmacia y laboratorio	\$61.39
Consulta de medicina familiar, farmacia y laboratorio	\$104.20

a los de la práctica de la medicina familiar —lógica que incluye la toma de decisiones, la asignación y la eficiencia.

Gracias a los estudios publicados se puede concluir que el médico familiar ha iniciado el recorrido en el camino de la economía de la salud. No obstante, el gran reto del médico familiar y de la medicina familiar es existir en el contexto de la economía de la salud, pero mantener la identidad personal como médico familiar y la identidad grupal como especialidad de medicina familiar.

El riesgo en este caso es convertirse en un ser frío y técnico, alejado de la razón de ser de la medicina familiar, el paciente y la familia. El gran reto del médico familiar es continuar siéndolo en un ambiente dominado por la economía.

REFERENCIAS

1. **Frank RH:** *Microeconomía y conducta*. 4ª ed. Madrid, McGraw–Hill, 2001:65–82.
2. **Drummond M:** Métodos para la evaluación económica de los programas de atención de la salud. En: *Economía de la salud*. Madrid, Díaz de Santos, 1991:7–21, 31–90, 57–90, 91–138.
3. **Bertalanffy LV:** *Teoría general de los sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México, Fondo de Cultura Económica, 2002.
4. **Rodríguez LMA, Constantino C, García CF, Garduño EJ:** Conocimientos de los médi-

- cos sobre la economía de la salud. *Rev Med IMSS* 2007;45(4):343–352.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS): *Alcance y aplicación de la economía de la salud*. Serie Desarrollo de la Representación de la OPS/OMS en Cuba. 2001:24.
 6. **Fernández VY**: *Métodos de evaluación económica aplicadas a salud*. <http://www.odonto-marketing.com/articulos/art30.htm>.
 7. **Escorcía RV, Villarreal RE, Vargas DER, Galicia RL, Martínez GL et al.**: Costo del proceso diagnóstico del cáncer de mama. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2013;(2).
 8. **Berry A, Cronin A, Plevritis K, Fryback G, Clarke L et al.**: Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. *N Engl J Med* 2005;353:1784–1792.
 9. **Trillo E, Castaño F, Rubio E, Rubio E**: Estudio coste–efectividad de un programa de detección precoz del cáncer de mama. *Rev Esp Econ Salud* 2005;4:219–230.
 10. **Silva L, Ríos N**: Estudio mamario integral en el Hospital General de México: frecuencia y clasificación BI–RADS. Experiencia de un año. *An Radiol Mex* 2011;2:91–97.
 11. **Jaramillo N, Mantilla J, Rey J**: Hallazgos clínicos, mamográficos y ecográficos en un programa comunitario de tamizaje para detección temprana de cáncer de seno en la ciudad de Bucaramanga. *Med UNAB* 2007;10:28–32.
 12. **Santibáñez BS, Villarreal RE, Galicia RL, Martínez GL, Vargas DER et al.**: Costo de la polifarmacia en el adulto mayor en primer nivel de atención. *Rev Med IMSS* 2013;51(2):192–199.
 13. **Rollason V, Vogt N**: Reduction of polypharmacy in the elderly. *Drugs Aging* 2003;20:817–832. <http://update-sbs.update.co.uk/CMS2Web/tempPDF/12003002065.pdf>.
 14. **Martínez C, Pérez VT, Carballo M, Larrondo JJ**: Polifarmacia en los adultos mayores. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005;21(1–2). <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v21n1-2/mgi121-205.pdf>.
 15. **Velázquez G, Madrid Y, Quick JD**: *Reforma sanitaria y financiación de los medicamentos*. Organización Mundial de la Salud. 1999:4–9. <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ime10568.pdf>.
 16. **Rojas M, Ruiz I, Carrasco VH, Molina JC**: Caracterización de pacientes y de uso de medicamentos en un grupo de adultos mayores asistentes a una actividad promocional de geriatría. *Rev Hosp Clín Univ Chile* 2008;19:318–323. http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6258/deploy/caracterizacion_pacientes.pdf.
 17. **Blanco CL, Villarreal RE, Vargas DER, Galicia RL, Martínez GLL et al.**: Costo efectividad de la cita previa en la consulta externa de medicina familiar. *Atención Primaria* 2009;41(6):329–334.
 18. **Colunga RC, López MM, Aguayo AG, Canales ML**: Calidad de atención y satisfacción del usuario con cita previa en medicina familiar de Guadalajara. *Rev Cubana Salud Púb* 2007;33(3):34–38.
 19. Programa de cita previa. En: *Manual del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 1993:7–15.
 20. **Hernández LB, García PC, Anzuarez CR, Orozco LM**: Satisfacción de usuarios en unidades de medicina familiar. *Rev Med IMSS* 2002;40(5):373–378.
 21. **Lavielle SMP, Cerón RM, Tovar LP, Bustamante RJJ**: Satisfacción con la atención a la salud. La perspectiva del usuario. *Rev Med IMSS* 2008;46(2):129–134.
 22. **Villanueva RML, Villarreal RE, Vargas DER, Galicia RL, Martínez GL**: Costo–efectividad del programa del control del niño sano en el primer nivel de atención. *Rev Chil Nutr* 2011;38(4).
 23. **Trejo y Pérez J**: Guía clínica para la vigilancia de la nutrición, el crecimiento y el desarrollo del niño menor de cinco años. *Rev Med IMSS* 2003;41(Supl 1):S47–S58.
 24. **González UM, Martínez AG, Maya J, Ramos HR, Turnbull B et al.**: Crecimiento en peso y longitud de los niños menores de dos en el IMSS. *Rev Med IMSS* 2007;45(1):37–46.

25. **Villarreal RE et al.:** Variación del costo unitario en una institución de seguridad social en Querétaro, México. *Rev Salud Púb* 2006;8(2):153–162.
26. **Colomer RJ,** Grupo PrevInfad: ¿Cuántos controles son necesarios en el programa de actividades preventivas? En: Colomer RJ: *Curso de actualización*. Pediatría 2004. Madrid, AEPap, 2004:57–60.
27. **Cu FLA, Villarreal RE, Vargas DER, Galicia RL, Martínez GL:** Costo oportunidad en la embarazada que demanda atención en primer nivel de atención. *Rev Chilena Obstet Ginecol* 2009;74(6):345–353.
28. **Sanabria RG, Gálvez GA, Álvarez MM:** Costos para la mujer durante la atención prenatal. *Rev Cubana Salud Púb* 2004;30(7):77–82.
29. **Puig-Junoy J, Pinto PJ:** *El coste de oportunidad del tiempo remunerado en la producción de salud*. Centre de Recerca en Economa i Salut Departament d'Economia i Empresa Universitat Pompeu Fabra. 2001:1–30. <http://www.econ.upf.es/~puig/publicacions/paper39.pdf>.
30. **Garza EME, Rodríguez CS, Núñez RGM, Rodríguez LO, Villarreal RE:** Perfil de uso de los servicios de salud en primer nivel de atención por mujeres embarazadas. En: Villarreal RE, Martínez GL Galicia RL et al.: *El sistema de salud, perfil de uso y costo en el primer nivel de atención*. 1ª ed. México, Universidad Autónoma de Querétaro, 2007:52–58.

Los usos de los GRD–GRAA en la medicina familiar

María Gilma Arroyave Loaiza

La medicina familiar (MF) considera a sus pacientes desde una dimensión biopsicosocial. Su misión es brindar atención médica integral, abarcando grupos de todas las edades y sexo, con diversos tipos de enfermedades, y ofreciendo una cobertura para una amplia gama de casos. Su principal campo de acción se localiza en la atención primaria. La MF atiende necesidades en los planos individual, familiar y comunitario, y engloba aspectos educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación, con un enfoque en la comprensión contextual de los problemas del paciente para, a partir de ello, buscar soluciones plausibles.¹ El trato humanista, la oportunidad, la calidad y la eficiencia son características fundamentales de la MF, pues a través de ello se deberá conseguir la modificación del estado de enfermedad del paciente para su curación, mejoría, paliación y pronta reintegración a los medios familiar, laboral y social.² De acuerdo con la organización Mundial de la Salud (OMS), “la atención a la salud está basada en métodos prácticos, científicamente sólidos, aceptados socialmente y en tecnología accesible universalmente para los individuos y las familias en la comunidad por medios apropiados para ellos”.³

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la medicina familiar es la puerta de entrada para los derechohabientes y también es encargada de otorgar educación para la salud, realizar acciones encaminadas a la detección y prevención de enfermedades, así como proporcionar atención curativa y servicios de rehabilitación.⁴ El primer nivel de atención del IMSS está constituido por 1 501 unidades médicas⁵ con las siguientes características: unidades de medicina familiar con o sin hospitalización, hospitales generales de zona con medicina familiar

y hospitales regionales con unidades de medicina familiar. En ellos laboran 13 158 médicos familiares⁶ adscritos a la consulta externa de medicina familiar, divididos en 35 delegaciones en todo el país.

Una de las fortalezas del modelo de medicina de familia instaurado en el IMSS es que cuenta con personal calificado e identificado con la misión institucional y con experiencia en la prestación de servicios de atención primaria. Es importante mencionar que el servicio de MF otorga 85% de los servicios que el IMSS ofrece a la población afiliada.⁷ A lo largo de su historia el IMSS ha realizado distintas modificaciones organizacionales y estructurales en el primer nivel de atención desde su fundación en 1943, pues las condiciones organizacionales de la institución se han transformado en concordancia con las necesidades contextuales. Sin duda, la respuesta a los cambios demográficos y a las transformaciones en la demanda de los servicios se ha dado de forma limitada debido a varios factores, algunos atribuibles a la institución y otros tantos a la situación económica que priva en el país.

En la reforma a la Ley del IMSS de 1997 se abordó el rezago del modelo de MF y se enfrentó la problemática prevaleciente en el decenio de 1990. Esta propuesta es conocida como Proceso de Mejora de Medicina Familiar (PMMF); entró en vigor en 2002. El objetivo de este plan fue mejorar la atención médica de primer nivel y otorgar atención integral de calidad con base en las necesidades de salud de la población, la utilización óptima de los recursos, el reconocimiento a la participación de los trabajadores y la mejora del ambiente laboral.

De acuerdo con el plan de mejora referido anteriormente, se implementaron en el IMSS una serie de estrategias a seguir, tales como atención integral de la salud, flexibilidad de los servicios, coordinación, calidad, buen ambiente laboral, desarrollo profesional, capacidad resolutoria y viabilidad financiera.⁸ Con este conjunto de estrategias, las cuales siguen vigentes, se lograron mejoras importantes en la atención de salud. Sin embargo, conforme al ensanchamiento demográfico de la población afiliada se observa un auge en la prevalencia de enfermedades —como la diabetes mellitus, las afecciones del corazón, diversos tipos de cáncer, y otras enfermedades crónico–degenerativas. El problema que han enfrentado los servicios de salud es la sustentabilidad, debido a las limitaciones derivadas de crisis económicas, disminución del empleo formal, inflación y reducción de las cuotas obrero–patronales.

En la pirámide poblacional de México se observa un decrecimiento de la población pediátrica, mientras que la población adulta, particularmente los adultos mayores, se ha incrementado. Por ello, en la demanda de los servicios de MF se ha incrementado significativamente la utilización de los servicios para adultos mayores. Debido a lo anterior, en los motivos de atención en MF se observa un incremento gradual de las enfermedades crónicas, como diabetes mellitus e hipertensión arterial principalmente, lo cual ha elevado significativamente los costos.⁹

De cara al panorama anterior, surge la necesidad de aplicar herramientas actuales para analizar, costear y evaluar las atenciones médicas otorgadas que sirvan para fundamentar la toma de decisiones y contribuir de esta manera a fortalecer la viabilidad del Instituto. Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) son una herramienta reconocida e implementada a nivel internacional por su gran utilidad en la gestión y financiación de servicios de salud, lo cual permite conocer la casuística hospitalaria y calcular indicadores útiles para la presupuestación prospectiva.

La viabilidad de los GRD está estrechamente ligada con la oportunidad y calidad de la información en que se basa, como lo son el registro del diagnóstico principal de egreso, las complicaciones y los procedimientos médicos y quirúrgicos registrados en el expediente de los pacientes. Esta herramienta está siendo instaurada en nuestro país a través del IMSS, el cual está encargado del desarrollo y la implementación de los GRD en sus unidades hospitalarias, lo cual lo coloca a la vanguardia en cuanto a gestión hospitalaria, consiguiendo apreciar la relación entre el desempeño real de los hospitales con lo esperado por su posición dentro del sistema de salud.¹⁰

Asimismo, los grupos relacionados con la atención ambulatoria (GRAA) son una valiosa herramienta de costeo construida por esta institución. Los GRAA se enfocan en la clasificación y agrupación de los diagnósticos clínicos y los procedimientos que se realizan a los pacientes atendidos en unidades ambulatorias, como consultorios de medicina familiar, servicios de urgencias, unidades médicas de atención ambulatoria, unidades de tratamiento y otros servicios ambulatorios individuales y colectivos.¹¹

A través de la utilización de estas herramientas de costeo se puede hacer una correlación entre los motivos de consulta más frecuentes en MF y las principales causas de hospitalización, lo cual permite identificar los padecimientos que generan mayor gasto en la institución y, con base en sus resultados, optimizar los recursos disponibles. Conforme a la información disponible, y mediante la utilización de los GRD y los GRAA, en el cuadro 20–1 se presenta la relación existente entre los principales diagnósticos en consulta en MF, consulta de especialidades y hospitalización.

En la información del cuadro 20–1 se puede apreciar que las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, los traumatismos y los envenenamientos son los padecimientos que se encuentran presentes en todos los niveles de atención. Esto podría sugerir la necesidad de focalizar los recursos en el primer nivel de atención y dirigirlos hacia el refuerzo de acciones preventivas para evitar el agravamiento de dichos padecimientos y que se deriven en una hospitalización, circunstancia que incrementa los costos por la atención.

Como queda expuesto, los GRD y los GRAA permiten identificar, a través de la agrupación y clasificación de padecimientos, focos de atención hacia los cuales

Cuadro 20-1. Relación de los diagnósticos principales en medicina familiar, consulta de especialidad y hospitalización

Diagnóstico principal	Medicina familiar		Consulta de especialidad		Hospitalización	
	Consultas	%	Consultas	%	Egresos	%
Enfermedades del corazón	7 864 328	40.1	406 895	10	54 662	13.3
Diabetes mellitus	4 938 799	25.2	244 29	6	28 777	7
Artropatías	765 929	3.9	238 948	5.8	–	–
Infecciones respiratorias agudas	422 196	2.2	–	–	–	–
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	393 685	2	–	–	–	–
Hiperplasia de la próstata	342 511	1.7	177 044	4.3	–	–
Trastornos mentales y del comportamiento	319 088	1.6	–	–	–	–
Dorsopatías	204 444	1	110 974	2.7	–	–
Traumatismos y envenenamientos	197 802	1	138 417	3.4	33 099	8.1
Gastritis y duodenitis	185 074	0.9	–	–	–	–
Otros	3 967 437	20.2	–	–	–	–

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social.

se deben direccionar y racionalizar los recursos, haciendo viable la planeación de estrategias financieras que contribuyan a la sustentabilidad y sostenibilidad de la institución. La MF es parte central en las instituciones de salud, por lo cual se debe robustecer y enriquecer con ayuda de herramientas como los GRD y GRAA, que permiten diseñar políticas que contribuyen a mejorar los procesos de atención, así como incorporar innovaciones al modelo de atención actual, con el fin de satisfacer las necesidades de salud de la población y evitar el agravamiento de enfermedades mediante la prevención, detección y atención oportuna, pues con ello se disminuirá sensiblemente la probabilidad de hospitalización de un paciente, lo que a su vez se traduce en contención de costos.

REFERENCIAS

1. **Fernández OMA (coord.):** *Plan único de especializaciones en medicina familiar*. Facultad de Medicina, UNAM, 2003:8.
2. **Fernández OMA (coord.):** *Plan único de especializaciones en medicina familiar*. Facultad de Medicina, UNAM, 2003:46.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social: *La medicina familiar en los albores del siglo XXI*. 2006:44.
4. *Ibid.*, pp.44.
5. SIAP, Dirección Administrativa: *Plazas ocupadas a la quincena 24 del año correspondiente*. Instituto Mexicano del Seguro Social. www.imss.gob.mx.

6. *Op cit.*
7. *Ibid.*, pp. 47.
8. **Casas P:** *Significado de la práctica de la medicina familiar en México: el caso del IMSS*, Tesis para obtener grado de doctor en Ciencias de Salud Colectiva. México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2013:116.
9. Instituto Mexicano del Seguro Social: *La medicina familiar en los albores del siglo XXI*. 2006:45.
10. **Moya L:** Aplicación de los grupos de diagnóstico relacionados con la gestión del sistema nacional de servicios de hospitalización de la CCSS. *Rev Cien Adm Finan Segur Soc* 1998; 6(2):4.
11. **Echevarría ZS (coord.):** *Grupos relacionados con la atención ambulatoria de Salud mental (GRAA–SM)*. Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012:3.

Epílogo

María Guadalupe Garza Sagástegui

Basta conocer la firmeza con la que surge la medicina familiar para comprender su trascendencia en el sistema nacional de salud mexicano.

La base generalista de donde emana, y que enmarca su campo de acción, determina que solamente esta especialidad tiene el compromiso con pacientes sanos y enfermos, y que no concluye al finalizar una actividad en la relación médico-paciente o una curación o no curación de sus padecimientos; éste es el principal atributo que le da carácter de unicidad a la medicina familiar y privilegia la práctica del médico familiar. Este carácter trasciende a la familia y su entorno.

El distinguo que la Organización Mundial de la Salud otorgó a la medicina social, plataforma del desarrollo de la práctica de la medicina familiar, reconociéndola como la vigésima especialidad en EUA y poco después en países de América Latina, como México, ha quedado asentado por las organizaciones mundiales enfocadas en la salud y los grupos estudiosos de la materia: “La especialidad es la medicina familiar; la estrategia, la atención primaria a la salud y el nivel de operación es el primer nivel institucional”.

La fortaleza de la seguridad social aloja a la medicina familiar en México, la impulsa y la organiza para su desarrollo. Surgió como un sistema de atención médica, teniendo su cuna en el norte del país en el inicio del último trimestre de 1953; posteriormente se generalizó en el resto de las entidades federativas en los siguientes dos años, siendo un referente importante para que en la década de 1970 en la Universidad Autónoma de México y la Universidad Autónoma de Nuevo León se aprobara como especialidad médica, así como sus cursos de especialización en medicina familiar, respectivamente.

Parecería fuerte referirse a las externalidades que desde la década de 1990 tienen influencia en el sistema de atención médica familiar en México, al formar parte en su mayor proporción de los institutos de seguridad social, por los cambios sexenales y la participación en la clase política en las distintas secretarías de Estado.

Ha sido y seguirá siendo el médico familiar quien le da vida y trascendencia a la especialidad y favorece su agrupación, para su representación en organizaciones internacionales, como la *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners* (WONCA), para la acreditación de su práctica en el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar (1987) y en sus aspectos técnicos y científicos en el Colegio Mexicano de Medicina Familiar (1994), y todas las sociedades constituidas por médicos familiares en el país; lo que le confiere un alto sentido de profesionalización.

La trascendencia del médico familiar radica en su competencia para desplegar sus acciones en el sistema de atención médica familiar y para mantenerse a la vanguardia de los cambios en el perfil epidemiológico de la población que atiende, y en su habilidad para liderar dicho sistema. Sin duda alguna, conocer el devenir histórico facilita una mayor comprensión de los sucesos del pasado y del presente, para afrontar con mayor seguridad lo que falte por hacer, con el compromiso de plasmarlo en las propuestas que siguen a estas conclusiones.

El tema del liderazgo es interesante cuando deja en claro que al desempeñar el rol preponderante de médico gerente de su consultorio el médico familiar del IMSS ha contribuido con la organización mediante una asociación con sus pacientes para tomar decisiones a corto, mediano y largo plazos para ellos y su familia, siempre en coordinación con el resto de los integrantes del equipo de atención. Queda claro que el liderazgo del médico familiar se basa en sus competencias técnicas y médicas, y habilidades de comunicación, así como en su capacidad de negociación y de ser el guía del equipo, junto a los cuales ha logrado objetivos e impactos en salud. Es decir, un médico familiar experto que proporciona con eficacia la atención médica al paciente y su familia, un médico familiar gerente que planea, organiza, dirige y evalúa su quehacer al formar parte del sistema de atención médica familiar institucional, un médico familiar líder que participa y coordina el trabajo de equipo para la atención integral y la continuidad en la atención, marcando la ruta, con carácter proactivo que lo lleve a la trascendencia. Este enfoque no se aleja de la visión que el profesor Ian R. McWhinney propuso para la disciplina de esta especialidad.

Actualmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social la trascendencia del líder en medicina familiar se basa en afrontar los retos orientados a la toma de decisiones con base en una intención de logro y desarrollo, la identificación de los riesgos en salud, el otorgamiento de un proceso de atención continuo y soste-

nido, y el mejoramiento permanente de las competencias y de los procesos orientados al paciente, su familia y a la gestión en salud; considerando los costos asociados y la satisfacción de los usuarios y prestadores del servicio.

En la formación de los futuros médicos familiares y en aquellos ya formados es necesario aplicar un cambio en el proceso educativo de tipo transformador que fortalezca el pensamiento crítico, reflexivo, de gestión y de habilidades en liderazgo, respecto de su responsabilidad en su formación y la práctica de la especialidad. Así, formar médicos familiares con perfil de líderes organizacionales es y será un reto permanente.

Hay que reconocer que en el primer nivel de atención es pertinente mejorar la concertación, la comunicación y la colaboración, entre otras acciones de integración del equipo transdisciplinario de salud, en las que el médico familiar sea quien lidere y conduzca las tareas del proceso de atención integral, resaltando el concepto transdisciplinario que se orienta a enseñar, aprender y trabajar juntos, más allá del campo disciplinario. Éste es el verdadero reto para lograr elevar el nivel de salud de la población bajo su cuidado. Es indudable que con 70 años de existencia el IMSS, enfocado en la salud como una prestación y derecho de los mexicanos, ha formado y cuenta con líderes médicos que en el devenir histórico han evolucionado, toda vez que las condiciones diversas en el país y en la organización favorecen un dinamismo que en la actualidad hace necesario que el médico familiar institucional asuma y mantenga el rol de líder médico.

La epidemiología y la demografía son herramientas primordiales para el quehacer del médico familiar en el IMSS. En complemento, al considerar las condiciones actuales en salud, que incluyen la pluripatología y la cronicidad, es indispensable ser más eficientes y más resolutivos. El reto es revitalizar y transformar el sistema de atención médica familiar, para que aspire permanentemente a la excelencia.

La tarea es retomar el otorgamiento de las acciones integrales en salud y la concepción biopsicosocial en un marco de continuidad en atención individual y familiar intramuros y extramuros, consolidando la continuidad del servicio en su domicilio y escuela y empresa.

En los orígenes de la especialidad de medicina familiar se describió que uno de los elementos que la justifican era la recuperación del aspecto humanista en el proceso de atención médica. En este sentido, la estrategia es lograr los objetivos con máxima productividad mediante el trabajo en equipo, en el que aflore el talento y energía de todos los integrantes del equipo de salud, y en el que la pieza clave sea el médico familiar. Él es el único especialista que cuenta con este perfil de competencias.

El modelo de trabajo con familias amplía el foco y el alcance en el proceso de atención, partiendo de una evaluación familiar que permita identificar los problemas de disfunción para su abordaje integral.

Al inicio del siglo XXI el proceso de mejora de medicina familiar promovió en el IMSS la mejora en la atención a la salud a través de intervenciones planificadas enfocadas en la capacitación y actualización en los principales motivos de consulta, la incorporación de tecnologías preventivas y otras de administración y organización; además de los servicios de rehabilitación en el primer nivel institucional. Este proceso organizativo permitió contar, entre otras cosas, con el expediente clínico electrónico con base en un sistema de información médica familiar (SIMF), así como con mastógrafos y equipos de ultrasonografía. Estas mejoras tecnológicas prevalecen hoy en día y llevan reflexionar sobre el uso efectivo de las mismas, para evitar que ocurra una barrera entre médico y paciente que impida una comunicación continua en la atención.

Es necesario resaltar las ventajas de esta tecnología, que incluyen apoyo en la toma de decisiones, consulta vía Internet de sistemas tutoriales y mejoría de la legibilidad en la prescripción de recetas e incapacidades, con lo cual el paciente puede cumplir mejor las indicaciones médicas; esto no implica que el médico familiar siga interrogando a su paciente viéndolo a los ojos, tocar su mano para medir el pulso, explorarlo y fortalecer ese proceso de relación médico-paciente confortándolo, haciendo que confíe y formando una alianza para caminar juntos en busca de una mejor condición de vida.

De acuerdo con lo anterior, se construyen relaciones positivas verdaderas con los pacientes, quienes al estar bien informados colaboran, pero además son más exigentes y obligan a sus médicos y al resto de los integrantes del equipo de atención a mantenerse también actualizados y en conocimiento de las implicaciones éticas y legales de la información en forma bidireccional.

En cuanto a los pacientes bien informados y colaboradores, el objetivo es evitar información fragmentada, imprecisa, con mala interpretación o tendenciosa. Se debe tener presente que el consentimiento informado del paciente puede ser retirado en cualquier momento y que su decisión debe ser respetada una vez que ha sido completamente informado de sus consecuencias. La orientación humanista se fortalece ante el respeto de los derechos del paciente y su familia.

Como clínico, el médico familiar requiere aplicar las destrezas diagnósticas y terapéuticas, lo cual hace necesario realizar investigación clínica, epidemiológica y de servicios de salud, que redunde en la calidad en la atención médica brindada al paciente. La capacidad para resolver problemas de salud, no sólo la enfermedad, es el principal reto del sistema de atención médica familiar en el primer nivel de operación institucional, por lo que es fundamental eliminar los factores críticos que impiden alcanzar dicha resolución, entre los que destacan la falta del liderazgo del médico familiar en la coordinación de acciones y entre los niveles de atención, sus competencias profesionales, la cartera de servicios disponible y el trabajo de equipo ineficiente y fragmentado, que propicia una atención individualizada y sin el atributo de integralidad requerido.

Los principales problemas identificados, como se describe en el capítulo 10, se relacionan con inconsistencias en la coordinación de los tres niveles de operación, comunicación, sistemas de información, falta de una mejor organización que elimine la sobrecarga de trabajo para el médico familiar y otros relacionados con la integración de insumos terapéuticos y no terapéuticos. Sin duda alguna, la reflexión en cuanto a capacidad resolutoria es ¿realmente el médico familiar tiene la capacidad suficiente para resolver, desde las perspectivas asistencial, docente e investigadora, los problemas propios del primer nivel de atención institucional?

Por ello surgen cuestiones que son y serán el motivo para continuar en la superación permanente de la especialidad y, por ende, del sistema médico familiar:

¿Cuáles son los cambios necesarios en este sistema de atención para mejorar su funcionamiento? ¿Cómo podemos obtener el máximo beneficio de las cuatro características únicas del primer nivel de atención: punto de contacto inicial, atención centrada en el paciente con interacciones continuadas en el tiempo, integralidad y coordinación? ¿Cuáles estrategias de intervención asertivas y efectivas es necesario implementar para revitalizar el modelo de atención médica familiar institucional y que esté mejor en tiempos de crisis de una manera sustancial, en cuanto a capacidad resolutoria se refiere? ¿Los componentes de los tres niveles de atención se reconocen como parte de una misma entidad institucional?

Aquí y ahora, el desempeño del médico familiar resuelve 81% de la demanda de atención institucional. De una manera discreta, sin protagonismo ni espectacularidad; una jornada de trabajo contribuye a mejorar la seguridad social, logrando el control de dos o tres pacientes con diabetes y tres o cuatro con hipertensión, el diagnóstico de tumores malignos, el tratamiento de diversas enfermedades y la referencia oportuna a otro nivel de atención a pacientes con padecimientos que necesariamente tienen que recibir su tratamiento a nivel hospitalario. Por tal motivo, se hace un reconocimiento a los profesionales de la medicina familiar por su contribución.

La calidad en los servicios médicos, la creciente demanda en la atención, los presupuestos ajustados de los servicios públicos de salud y los altos costos, entre otros factores, han ubicado a la economía de la salud en un plano estratégico. El reto es cómo hacer más con lo mismo, tal como lo ha expresado el director general del IMSS, el Dr. José Antonio González Anaya.

Se debe lograr en el sistema de atención médica familiar un equilibrio entre calidad y gasto, y entre recursos y productos; es necesario ser más eficientes desde el punto de vista técnico, asignativo y distributivo, utilizando en forma óptima los recursos disponibles para obtener el mejor resultado posible en salud.

Ante este panorama, la práctica del médico familiar requiere incluir un nuevo lenguaje y una nueva lógica en su ejercicio profesional, sin que esto signifique una renuncia a los postulados humanistas y características propias que lo han dis-

tinguido a lo largo del tiempo. Este abordaje económico de la salud mantiene al paciente y su núcleo en el centro de la atención. No obstante, ante recursos limitados por variables económicas, es necesario evaluar los diferentes escenarios, priorizar e identificar la alternativa más eficiente que ofrezca el máximo beneficio del recurso asignado, enmarcado en los conceptos de costo —costo–efectividad, costo–utilidad, costo–oportunidad y costo–eficiencia—, que permitan lograr una función de producción del tipo, la cantidad y la organización de los recursos indispensables para abordar determinado problema de salud.

El reto es ejercer los recursos en forma eficiente a través de cualidades clínicas y gerenciales del médico familiar y continuar siéndolo en un ambiente dominado por la economía, sin perder la identidad personal como médico familiar y grupal como especialista en medicina familiar.

Como queda expuesto en el tema de los grupos relacionados de diagnóstico (GRD) y los grupos relacionados de atención ambulatoria (GRAA), éstos permiten identificar, a través de la agrupación y clasificación de padecimientos, focos de atención hacia los cuales se deben direccionar y racionalizar los recursos, haciendo viable la planeación de estrategias financieras que contribuyan a la sustentabilidad y sostenibilidad de la institución. El sistema médico familiar es parte central en las instituciones de salud, por lo que se debe robustecer y enriquecer con ayuda de herramientas, como los GRD y GRAA, que permiten diseñar políticas que contribuyen a mejorar los procesos de atención, así como incorporar innovaciones al modelo de atención actual con el fin de satisfacer las necesidades de salud de la población y evitar el agravamiento de enfermedades mediante la prevención, la detección y la atención oportuna, pues con ello se disminuirá sensiblemente la probabilidad de hospitalización de un paciente, lo que a su vez se traduce en contención de costos.

Un capítulo por demás interesante e innovador es el que describe la exploración del entorno familiar del médico de familia; sus autores describen los resultados de la manera en que el profesional especialista en medicina familiar se involucra en la dinámica de su propia familia y la aplicación que tiene en su entorno familiar, derivados de la aplicación de dos instrumentos. El gran reto es lograr un cambio de cultura de su familia, partiendo del conocimiento de la dinámica de la propia y la influencia en su desarrollo profesional, así como promover una autorreflexión respecto a cómo se ha preparado para atender su profesión y su familia nuclear y generar de esta revisión la propuesta de incluir en el expediente electrónico de medicina familiar los instrumentos necesarios para el requisitado, la evaluación diagnóstica de la dinámica de las familias a su cargo y la medición del impacto en la salud familiar y su entorno. Sin duda, es un ejercicio de reciprocidad personal, profesional y humana social.

De cuando en cuando se hacen reflexiones del sistema médico familiar, las cuales van desde una simple sesión departamental o clínica hasta encuentros en

congresos internacionales. Hoy la institución realiza un exhaustivo y verdadero ejercicio de reflexión y de acción para orientar los esfuerzos de autoridades y personal operativo hacia una visión adecuada de la realidad del contexto nacional de la seguridad social. Resulta gratamente retador enfrentar esta situación. La participación de un grupo de médicos familiares y de personas con una gran orientación hacia la disciplina que le dieron rumbo y trascendencia a la especialidad y al sistema permiten que este libro sea ahora una fuente de sentido profesional e institucional.

La colección de libros de esta edición conmemorativa será, sin duda, un tesoro inagotable de ideas, reflexiones y conclusiones que hagan del médico familiar y su sistema de atención el eje estructural de la medicina social en México.

