

La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador: una tarea en proceso.

Rodrigo Henríquez Trujillo,¹ Galo Sánchez del Hierro,¹ En representación de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar (SEMF).

¹ Médicos de Familia, Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar - SEMF.

Correspondencia:
Galo Sánchez del Hierro
Presidente SEMF
gsanchezmd@gmail.com



RESUMEN

El funcionamiento adecuado de los modelos de salud familiar y comunitaria propuestos tanto por el Ministerio de Salud Pública como por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, dependerá en gran medida de la incorporación de recursos humanos altamente capacitados en la estrategia de Atención Primaria en Salud, entre los que destaca el rol de los médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria.

En Ecuador la formación de especialistas en medicina familiar inició en 1987, con la implementación del primer programa de Especialidad en Medicina Familiar y permitió la fundación de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar un año después. Tras 23 años de labor de los diferentes programas de especialización en medicina familiar, contamos con una masa crítica de más de dos centenares de médicos de familia formados en Ecuador, decididos a afrontar el desafío de reperfilear e incrementar exponencialmente el número de especialistas en atención primaria requeridos en el país.

Presentamos un resumen del trabajo iniciado en noviembre del 2008 por la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar para redefinir el perfil del médico familiar en Ecuador, y que debe considerarse como una tarea en proceso. El borrador de esta propuesta concluye que el médico de familia es un profesional sanitario especializado en proporcionar atención de salud integral, continuada y de calidad a todo individuo en el contexto de su familia y a las familias en el contexto de su comunidad y los determinantes de la salud; utiliza el enfoque y la estrategia de atención primaria en salud, con el fin de promover, mantener e incrementar el bienestar de las personas en congruencia con los valores e ideales de la sociedad y de los conocimientos profesionales actuales.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria, Competencia Profesional, Rol Profesional. (Rev Med Vozandes 2011; 22(1):5-8.)

INTRODUCCIÓN

En 1978 la declaración de Alma Ata puso en escena la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Definida como el cuidado esencial de la salud, basado en métodos prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, con tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias de la comunidad, a través de su participación total y a un costo que la comunidad pueda soportar.¹ Treinta años después, la APS y la formación de médicos generalistas (incluidos médicos de familia) constituye una megatendencia mundial en salud, reafirmada con la publicación el año 2008

del informe sobre la salud en el mundo de la Organización Mundial de la Salud.²

En el año 1987 se inició en Ecuador la formación de especialistas en medicina familiar con la implementación del primer programa de la especialidad, con sede en el Hospital Vozandes de la ciudad de Quito y el aval académico de la Universidad Católica de Cuenca. Un año después, en 1988, se fundó la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar, sociedad científica sin fines de lucro que aglutina a los médicos de familia del país y es miembro activo de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) y la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA).³

A partir de las reformas constitucionales llevadas a cabo en Ecuador, que culminaron con la elaboración de la Nueva Constitución de la República del Ecuador, aprobada en referendo nacional y publicada en el Registro Oficial N° 449 del 22 de octubre del 2008, se consagra la garantía del derecho a la salud de la población ecuatoriana. Entre los mecanismos para satisfacer las demandas en salud de la población la autoridad sanitaria nacional representada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, planteó la implementación de un Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario (MAISFC) y la creación de equipos básicos de salud (EBAS).

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), también ha implementado importantes avances en el desarrollo de su modelo de atención basado en medicina familiar tanto para el Seguro General de Salud Individual y Familiar como para el Seguro Social Campesino. El IESS es la institución con el mayor número de médicos de familia y tiene comprometida una importante inversión para reperfilar a los profesionales de atención primaria de los dispensarios rurales del Seguro Social Campesino con un enfoque de salud familiar, en convenio con la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

En este contexto los programas de formación en medicina familiar deben responder a la creciente demanda de generalistas formando recursos humanos con un alto nivel de compromiso social y profesionalismo. Durante noviembre del año 2008 la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar, realizó reuniones de trabajo presenciales y foros virtuales con el objeto de definir el perfil del médico familiar en Ecuador. Estas reuniones complementan el trabajo iniciado por las directivas anteriores y culminaron con la definición y publicación en abril del 2010 de un documento de consenso que se resume a continuación.⁴

PERFIL DEL MEDICO FAMILIAR EN ECUADOR

El grupo de especialistas que trabajó en el perfil definió al médico de familia como “un profesional sanitario especializado en proporcionar atención de salud integral, continuada y de calidad a todo individuo en el contexto de su familia y a las familias en el contexto de su comunidad y los determinantes de la salud, utilizando el enfoque de atención primaria en salud con el fin de promover, mantener e incrementar el bienestar de las personas en congruencia con los valores e ideales de la sociedad y de los conocimientos profesionales actuales.”

Se estableció que en Ecuador para cumplir con la estrategia de Atención Primaria, un médico familiar debe:

1. Ser la puerta de entrada al sistema de salud, velando por la accesibilidad geográfica, cultural y económica.
2. Recibir a personas con cualquier problema de salud sin límite de edad, sexo, condición social y complejidad de su problema.
3. Resolver los problemas de salud más frecuentes y coordinar con otras especialidades el seguimiento de aquellos que lo necesiten.
4. Hacer uso eficiente de los recursos de APS.
5. Abordar los problemas de salud del individuo y la familia en sus dimensiones física, psicológica, social, cultural y existencial, priorizando a lo comunitario como su campo de acción.
6. Mantener una relación de continuidad en el tiempo con la persona y su familia utilizando herramientas de comunicación efectiva y toma de decisiones compartida.
7. Realizar actividades de prevención, promoción, curación y rehabilitación de problemas agudos y crónicos.
8. Promover la calidad de vida de las personas durante su ciclo vital individual y familiar.
9. Mantener y coordinar la atención de las personas en la consulta, servicio de urgencias, hospitalización según lo requiera.
10. Formar equipos de atención multidisciplinarios que trabajen en redes.
11. Manejar actividades docentes y de investigación en su ámbito de ejercicio.

También se resaltó que en el desempeño de su actividad, el médico familiar en el Ecuador es un profesional que tiene la capacidad de armonizar contrarios en su práctica cotidiana. Esto determina que es capaz de dar atención personalizada al paciente y a la par no pierde de vista su rol de guardián de la salud comunitaria. Tiene una formación científica y tecnológica amplia, y en constante actualización, y al mismo tiempo la humildad necesaria para mantener una relación cercana y humanista con el paciente y su comunidad. Es consciente de su responsabilidad ante los desafíos y restricciones que le impone la situación de la salud pública en el país y procura brindar

un servicio de calidad optimizando los recursos disponibles. Finalmente se señala el imperativo de mantener una visión optimista de las posibilidades de una Atención Primaria eficiente, equitativa y de calidad pese a ejercer en un ambiente adverso que en muchos casos no toma en cuenta al médico familiar como parte de los equipos de salud, ni da importancia a la Atención Primaria.

DEFINICIÓN DE COMPETENCIAS

Para el desarrollo efectivo de su profesión, el especialista en medicina familiar y comunitaria debe desarrollar un perfil amplio de competencias genéricas, competencias propias de la especialidad y de competencias específicas (Anexo 1).⁵⁻⁸

En lo posible la mayor parte de la formación debe realizarse en centros de atención primaria calificados como unidades docentes y complementada con rotaciones hospitalarias sólo para la adquisición de competencias específicas con impacto en la capacidad resolutoria del profesional.

La adquisición de competencias debería partir de una lógica constructivista, problematizadora, que fomenta una actitud de autoaprendizaje y formación continuada. Además debe estar permanentemente orientada a la calidad, centrada en las necesidades de los pacientes y adaptada al contexto de trabajo del médico en formación. Para la planificación curricular se sugiere organizar las competencias según prioridades y niveles de responsabilidad futura de la siguiente manera:

Priorización de competencias:

- A. Indispensable. La competencia debe ser adquirida por todos los médicos familiares en formación.
- B. Importante. La competencia debe ser adquirida por la mayoría de médicos familiares en formación.
- C. De excelencia. La adquisición de estas competencias es opcional y debe alentarse solo si los niveles anteriores se han alcanzado.

Niveles de responsabilidad durante la práctica:

1. Primaria: El médico de familia debe ser capaz de identificar, evaluar y tratar este tipo de problemas sin apoyo de otro nivel asistencial en el 80% de los casos.
2. Secundaria: Habitualmente se requiere una consulta con otro especialista para la evaluación o tratamiento de este tipo de problemas. El médico de familia debe asegurar la coordinación de la evaluación y es en la mayoría de casos responsable de la continuidad del cuidado.
3. Terciaria: El diagnóstico y tratamiento de estos problemas es competencia de otros especialistas. El médico de familia debe asegurar la coordinación y la continuidad del cuidado, informar y apoyar al paciente y a la familia.

Por la extensión y complejidad de la especialidad, los programas de formación no deberían durar menos de tres años. Sin embargo ante el déficit de recursos humanos formados en medicina familiar, se podría considerar la inclusión del año de servicio rural como parte del programa formativo, siempre y cuando se establezcan mecanismos de supervisión, modelaje de roles y retroalimentación efectivos.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las personas que contribuyeron a las discusiones para la definición del documento borrador del perfil profesional del médico de familia en Ecuador. En especial la activa participación de los doctores Rubén Chiriboga, Edgar León Segovia, Fernando Castellanos, Carlos Erazo Cheza, Bethy Jácome, José Eras, Natalia Romero y Rodrigo Díaz. También a los fundadores de la especialidad en Ecuador, Rita Bedoya, Roy Ringenberg y Calvin Wilson y el esfuerzo permanente de quienes coordinan los diferentes programas de postgrado de especialidad en medicina familiar, Susana Alvear, Jaime Falconí y Pedro Martínez.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata; 1978 (Acceso 15 de diciembre 2010). Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. OMS: Washington, 2008.
3. Eras J. Medicina Familiar en el Ecuador. *Médico de Familia* 1999; 7(1).
4. Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar. Perfil del médico familiar en Ecuador. Documento de trabajo. Abril 2010.
5. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Outcome Project. (Acceso 15 de diciembre 2010) Disponible en: <http://www.acgme.org/Outcome/>
6. American Academy of Family Physicians. Recommended Curriculum Guidelines for Family Medicine Residents. (Acceso 15 de diciembre 2010) Disponible en: <http://www.aafp.org>
7. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2005.
8. Working Group on the Certification Process. Defining competence for the purposes of certification by the College of Family Physicians of Canada: The new evaluation objectives in family medicine. The College of Family Physicians of Canada, 2009.

Anexo 1. Matriz de competencias genéricas y propias de la especialidad de medicina familiar.⁴⁻⁸

Competencias	Nivel	Prioridad
Competencias genéricas		
Cuidado centrado en el paciente	A	1
Gestión del conocimiento médico	A	1
Aprendizaje en la práctica y mejoramiento continuo	A	1
Destrezas de comunicación y relacionamiento interpersonal	A	1
Capacidad para manejarse dentro de los sistemas de salud	A	1
Profesionalismo	A	1
Competencias propias de la especialidad de medicina familiar y comunitaria		
Competencias relacionadas con la atención al individuo		
Integralidad de la atención (atiende a las personas como un todo)	A	1
Longitudinalidad (cuida de las personas a lo largo de toda la vida)	A	1
Brinda guías anticipatorias y asesoría oportuna según las diferentes etapas del ciclo vital individual	A	1
Integra permanentemente actividades de prevención y promoción, en la práctica asistencial	A	1
Respeto los derechos y autonomía del paciente	A	1
Competencias relacionadas con la atención a la familia		
Entiende a la familia como un sistema	A	1
Brinda guías anticipatorias y asesoría oportuna según las diferentes etapas del ciclo vital familiar	A	1
Utiliza adecuadamente herramientas de evaluación de la estructura y funcionamiento de los sistemas familiares	A	1
Asesora, interviene y media en los problemas que se presentan en el funcionamiento del sistema familiar	A	1
Competencias relacionadas con la atención a la comunidad		
Adapta su atención al contexto y entorno de las personas, maximizando el uso de los recursos disponibles	A	1
Plantea intervenciones sobre los determinantes de la salud	A	1
Utiliza sistemas de vigilancia epidemiológica y de evaluación del estado de salud de las comunidades que atiende	A	1
Coopera activamente con las organizaciones comunitarias de la población que atiende	A	1
Identifica grupos de riesgo y gestiona el acceso al sistema sanitario de los más vulnerables	A	1
Competencias específicas.		
A definir según perfil epidemiológico de la población y criterios de evitabilidad. Se sugiere plantear un conjunto de competencias orientado por problemas (Ver Ref. 8)		