

LA INCORPORACIÓN DEL MÉDICO DE LA FAMILIA AL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD

Ana Teresa Fariñas Reinoso¹ y Alejandro Bouza Suárez²

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo dirigido a identificar las necesidades de aprendizaje sobre vigilancia en Salud entre los Médicos de Familia que laboran en el Policlínico "Aleida Fernández Chardiet", del municipio La Lisa. Se llegó a la conclusión de que a pesar de ser la Vigilancia en Salud un trabajo priorizado por el Ministerio de Salud Pública, y constituir una herramienta indispensable para alcanzar los objetivos, propósitos y directrices para el año 2000, los Médicos de Familia no habían recibido el adiestramiento necesario para realizar esta función. Se comprobó la existencia entre los médicos de un alto grado de desestimulación y desinterés por su labor asistencial, y que a su vez están sometidos a una elevada sobrecarga administrativa, factores estos que obstaculizan seriamente su desempeño en la labor de Vigilancia en Salud.

Descriptores DeCS: VIGILANCIA DE LA POBLACION; MEDICOS DE FAMILIA; ATENCION PRIMARIA DE SALUD; CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICA.

¿Cómo encontrar los puntos de contacto que permitan vincular los Sistemas de Vigilancia en Salud y su acción con la vida diaria, que se desarrolla en comunidades y territorios donde la población vive y se desenvuelve, y a donde tiene que llegar sistemáticamente la acción del Sistema Nacional de Salud?¹⁻³

Esos puntos de contacto tienen que encontrarse a través de la Atención Primaria de Salud, que constituye la piedra angular en el sistema de atención integral al hombre y a su medio, y dentro de este sistema su centro es el Médico de Familia, así como de los demás recursos humanos y materia-

les con que cuenta para su labor. Según los doctores Edilberto González Ochoa y Ana Teresa Fariñas Reinoso (González Ochoa, Edilberto. Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Folleto de Estudio de Posgrado. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí". 1989.) (Fariñas Reinoso, Ana Teresa. Algunas consideraciones sobre la Vigilancia en Salud. Folleto de Estudio de Posgrado. Facultad de Salud Pública de Cuba, 1994.), el Médico de Familia, sobre todo cuando es especialista en Medicina General Integral, debe centrar parte de su atención en lograr que la población tenga una participación activa en la identifi-

¹ Especialista de II Grado en Epidemiología. Profesora Asistente. Máster en Salud Pública.

² Ingeniero. Profesor Auxiliar. Facultad de Salud Pública.

cación de los problemas de salud, en la toma de decisiones y en la ejecución de las tareas para la solución de los problemas encontrados.^{4,5}

El objetivo primordial del Sistema de Vigilancia en Salud en el nivel del Médico de Familia es contribuir a mantener actualizados los conocimientos sobre el comportamiento de los problemas de salud de la población, para lograr un óptimo diagnóstico de su estado de salud que favorezca las intervenciones y su consiguiente evaluación.¹

A partir de este objetivo y del papel que están llamados a cumplir en la vigilancia, son procedentes las siguientes interrogantes:

- ¿Están preparados los médicos de familia para enfrentar esta tarea?
- ¿Existen factores objetivos y subjetivos que interfieran para cumplir esta tarea?

OBJETIVOS

1. Identificar los conocimientos que sobre Vigilancia en Salud tenían los Médicos de Familia del Policlínico "Aleyda Fernández Chardiet" en el año 1995.
2. Identificar qué factores interferían para realizar una adecuada Vigilancia en Salud en el área de trabajo del Médico de Familia.

Métodos

Se realizó una investigación de tipo descriptivo, con el propósito de identificar necesidades de aprendizaje entre los Médicos de Familia que trabajan en la Atención Primaria sobre Vigilancia en Salud. El estudio abarcó al 100 % de los médicos que laboraban en esta área de salud (53).

Las variables objeto de estudio fueron el nivel cognoscitivo sobre Vigilancia en Salud y los factores que lo obstaculizaban. Estas variables se operacionalizaron en una encuesta la cual contó con 15 temas, evaluándose como aceptable el profesional que respondiera adecuadamente más del 70 % del cuestionario. Además se realizaron entrevistas semiestructuradas a 7 líderes formales de la institución. Finalmente se realizó un grupo focal con el objetivo de identificar los factores que obstaculizaban una adecuada Vigilancia en Salud.

Todo el trabajo se planificó en un diario de campaña, se tomaron notas de campo preliminares, las cuales se ampliaron al margen. Los datos se fueron recopilando por respuestas y grupos de trabajo y se tabuló toda la información realizando generalizaciones, aplicando medias y proporciones para su análisis final.

Resultados

El estudio reveló que las cuestiones de mayor interés eran las siguientes:

El 81,2 % de los médicos entrevistados no pudo definir el concepto de Vigilancia en Salud, ni en qué consiste esta actividad; solamente el 66 % de los médicos de la institución respondieron correctamente sobre sus responsabilidades en el sistema de Vigilancia en Salud (tabla 1).

TABLA 1. Identificación por los Médicos de Familia del responsable de la Vigilancia en Salud Policlínico "Aleyda Fernández Chardiet". Abril/1995

Responsable de la Vigilancia en Salud	Cantidad	%
Médico	35	66,03
Epidemiólogo	11	20,75
Otros	2	3,77
No sabe	5	9,43
Total	53	100

Al explorar sobre la participación comunitaria en la vigilancia, el 100 % de los médicos conocían su utilidad; sin embargo, las respuestas a una pregunta cruzada revelaron que sólo el 83 % utilizaba la información obtenida de la comunidad, y apenas el 39 % dijeron tener activistas de vigilancia comunitarios.

El 75 % de los médicos refirió haber recibido conocimientos sobre Vigilancia en Salud en algún momento de sus estudios de pregrado y posgrado; pero también se comprobó que esta materia no era tratada con la profundidad necesaria en ninguno de los dos niveles de estudio, por lo que la información relacionada con la cantidad de profesionales con conocimientos del tema tuvo que manejarse con reserva (tabla 2).

TABLA 2. Vías de obtención de conocimientos sobre Vigilancia en Salud por los Médicos de Familia. Policlínico "Aleyda Fernández Chardiet". Abril/1995

Vías de obtención de conocimientos sobre Vigilancia en Salud	Cantidad	%
Pregrado	22	41,50
Posgrado	18	33,96
Adiestramiento	6	11,32
Autodidacta	7	13,20
Total	53	100

Al indagar sobre qué les interesaría conocer sobre Vigilancia en Salud, el 86,7 % de los encuestados aseguraron tener interés por todos los temas al respecto; el 7,4 % sólo se interesó por tareas y métodos relacionados con la vigilancia de las condiciones socioeconómicas; y el 5,6 % por métodos y técnicas informativas.

En cuanto a la identificación de los factores que interferían en una adecuada Vigilancia en Salud en el área de trabajo,

se reveló que se hallaban en el sector salud y eran:

- La falta de motivación e interés del médico.
- El agobio que sentían debido al exceso de trabajo administrativo, causado por la obligatoriedad de rendir información abundante sistemáticamente, debido a la gran cantidad de controles exigidos, lo que atentaba contra la calidad de esta información.
- El perfil educativo del Médico de Familia es clínico-curativo ya que procede del hospital, donde el enfoque de promoción y prevención que tiene que caracterizar a la Atención Primaria no es el que prima.
- La disponibilidad de recursos humanos era buena, no así la de recursos materiales. Existían serios problemas con el modelaje, con los reactivos para los principales exámenes de laboratorio, con los medicamentos y con las estructuras de los consultorios; principalmente en lo referente a pesas rotas, mala iluminación y problemas con el abastecimiento de agua.
- No existía apoyo de otras instituciones de salud.
- La estructura organizativa no era adecuada, al contar con pocos recursos humanos calificados para la gerencia de programas.
- La poca utilización de la comunidad como elemento indispensable para la toma de decisiones en el sector salud.

Discusión

Los resultados obtenidos reflejaron la insuficiencia de los programas docentes en relación con el aprendizaje de la Epidemiología y en particular de la Vigilancia en Salud, tanto en los cursos de

pregrado como de posgrado. Para confirmar estos criterios se realizó una revisión documental de los programas, comprobándose que en ninguno se trataba esta materia con la profundidad requerida.

Al calor de la revitalización de la Vigilancia en Salud, en 1993 se crearon las Vicedirecciones de Higiene y Epidemiología a nivel de área, cuyas responsabilidades y funciones están normadas por un documento rector en el que se establecen las funciones del Médico de la Familia a partir de la concepción política, social y humanista que debe sustentar la actuación de este profesional en todo momento, al ser caracterizado por el Comandante en Jefe Fidel Castro como "una especie realmente de guardián de la salud de la comunidad".⁵ Este documento debió analizarse y discutirse con todos los médicos del área, pero no ocurrió así, lo cual explica que la mayoría desconocía su participación real en la vigilancia.

Un elemento distintivo de la Vigilancia en Salud es la participación comunitaria, la cual debe dar información fidedigna y rápida sobre los principales problemas de salud. Los resultados obtenidos reflejaron que se le otorgaba poco valor a la participación social en la vigilancia, no aprovechando el caudal de información que generaba este subsistema de vigilancia.

El análisis de los resultados de la encuesta reveló 2 tipos de necesidades de aprendizaje: encubiertas y organizacionales. Las primeras dadas por deficientes currículos sobre Epidemiología y Vigilan-

cia en los estudios de pregrado y posgrado; las encubiertas por haberse incumplido la disposición de enviar a los Médicos de Familia a pasar adiestramientos y cursos de perfeccionamiento después de ubicados en un centro de trabajo.

Por último, la investigación puso de manifiesto que existían elementos subjetivos y objetivos que le impedían al Médico de Familia incorporar la Vigilancia en Salud al sistema integral de acciones preventivas que debe realizar, ocurriendo ello entre otras razones por la no priorización de esta actividad en el área de salud.

Conclusiones

1. A pesar de ser la Vigilancia en Salud un trabajo priorizado por el Ministerio de Salud Pública y constituir una herramienta indispensable para los objetivos, propósitos y directrices para el año 2000, los Médicos de Familia no habían recibido el adiestramiento necesario para realizar esta función, ni en los estudios de pregrado ni en los de posgrado, lo que puso de manifiesto necesidades de aprendizaje encubiertas y organizacionales.
2. Se reveló un alto grado de desestimulación y desinterés, así como una elevada sobrecarga administrativa, factores estos que obstaculizaban la necesaria cuota de dedicación a la Vigilancia en Salud.

SUMMARY: A descriptive study was conducted aimed at identifying the needs of learning about health surveillance among the family physicians working at the «Aleida Fernández Chardiet» Polyclinic, in «La Lisa» municipality. It was concluded that in spite of the fact that health surveillance is a priority for the Ministry of Public Health, and is also an indispensable tool to attain the goals, purposes and guidelines in 2000, the family physicians have not received the necessary training to carry out this function. It was proved that most of the family physicians do not feel stimulated and

are not interested in the assistance work, and that also have an administrative overload. These factors seriously impede their participation in health surveillance.

Subject headings: POPULATION SURVEILLANCE; PHYSICIANS, FAMILY; PRIMARY HEALTH CARE; KNOWLEDGE, ATTITUDES, PRACTICE.

Referencias Bibliográficas

1. Consideraciones Metodológicas y Conceptuales Básicos para el establecimiento de la Vigilancia en Salud Pública para la República de Cuba. La Habana; Ministerio de Salud Pública. 1993:1-8.
2. Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna en Las Américas. Guía para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Rev. Panam. Salud; 1992;(6):27-28.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la Salud de la Población Cubana 1992-2000. La Habana, 1992:1-15.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. La integración de la Higiene y la Epidemiología a la Atención Primaria de la Salud. La Habana, 1993:1-5.
5. Castro Ruz, Fidel. Congresos de Pediatría Cuba-84. Discurso pronunciado en el Teatro «Karl Marx», Ciudad de La Habana, el 11 de noviembre de 1984. La Habana. Editora Política. 1984:49.

Recibido: 25 de febrero de 1997. Aprobado: 17 de febrero de 1999.

Dra. *Ana Teresa Fariñas Reinoso*. Facultad de Salud Pública. Ave 31 y calle 146, municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba.