

TRABAJOS ORIGINALES

ASPECTOS FORMATIVOS DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SU RELACIÓN CON EL POLICLÍNICO Y EL HOSPITAL

Félix J. Sansó Soberats,¹ Luis Carlos Sylva Aycaguer² y Julio Suárez Jiménez³

RESUMEN: Se realizó un estudio para conocer las actividades docentes en las que participan los médicos de familia del Área de Salud "Plaza de la Revolución" en su relación con el policlínico y los hospitales. Además se evaluó el estado actual del sistema de referencia y contrarreferencia, por considerarlo un importante recurso formativo para el médico de la atención primaria. Fue un estudio descriptivo de índole retrospectiva por conducto del cual se exploraron mediante encuestas los criterios de los médicos de familia y la población que recibe los servicios de salud en esta área. Mediante la técnica del grupo nominal se conocieron los criterios de los médicos de los hospitales base, en relación con el tema. Se identificó que la organización de actividades docentes a los médicos de familia en el policlínico dista de ser óptima, pero es superior a la de los hospitales, en los que no se programan actividades conjuntas con la Atención Primaria. El sistema de referencia y contrarreferencia presenta dificultades apreciables, que revelan una comunicación deficiente entre los profesionales de ambos niveles en relación con la atención continuada y la conducción de pacientes comunes.

Descriptores DeCS: **SERVICIOS DE INFORMACION; MEDICOS DE FAMILIA/educación; ATENCION PRIMARIA DE SALUD; ATENCION SECUNDARIA DE SALUD; RELACIONES MEDICO-HOSPITAL; POLICLINICA; HOSPITALES.**

El desempeño de la salud pública como sistema fue contemplado desde su constitución en 1960. Desde entonces se concibió como "único y regionalizado" y, dentro de los principios sobre los cuales se sustenta, se destaca su carácter integral, desarrollo planificado y la unidad de la docencia, la investigación y la práctica médicas.

Se ha hecho referencia a que el complejo hospital -policlínico- médico de la familia debe coordinar entre otras tareas la docencia y la investigación;¹ sin embargo, en la práctica apreciamos una deficiente organización de las actividades docentes y científicas que involucran a ambos niveles, y teníamos la impresión de que el contacto

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Médico de Familia. Instructor del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCM-H).

² Doctor en Ciencias. Investigador Titular del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCM-H).

³ Máster en Administración de Salud. Funcionario de la Organización Panamericana de la Salud.

entre los Médicos de Familia (MF) y el hospital con respecto a la conducción de pacientes comunes, era insuficiente.

En la metodología para el trabajo de la Atención Primaria de Salud (APS) del MINSAP en 1966 se reconoce que "el desempeño profesional y técnico no satisface los requerimientos del sistema por (...) inadecuado nivel de competencia y poca accesibilidad a la información científica".

Somo del criterio de que la interrelación entre la APS y el resto de los niveles de atención, en materia de docencia e investigación, es vital para el propio desarrollo del sistema de salud. Adicionalmente, defendemos la idea de que una adecuada contrarreferencia al MF constituye, posiblemente, la expresión formativa más práctica de que éste puede beneficiarse por ser un factor de retroalimentación estrechamente vinculado con la actividad concreta que realiza. Consecuentemente, parece obvia la conveniencia de aquilatar las actividades docentes e investigativas en las que participan los MF, así como la calidad con que se desarrolla el proceso de transferencia, propósito de nuestro estudio.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de índole retrospectiva por conducto del cual se exploraron los criterios de MF, médicos de la atención secundaria y la población que recibe el servicio, acerca del tema que nos ocupa. Se escogió el Área de Salud "Plaza de la Revolución", en el municipio del mismo nombre, en Ciudad de La Habana, que fue de las pioneras en la puesta en marcha del nuevo programa del Médico y Enfermera de la Familia.

En relación con los **médicos de la atención primaria**, nuestro universo estuvo constituido por los 32 galenos del policlínico que atiende a la población residente en el

área. Se aplicó una encuesta con la que se procuró recoger sus experiencias en materia de interrelación docente investigativa con el policlínico y los hospitales, así como sus impresiones en relación con el sistema de transferencia.

Con respecto a los **médicos de la atención secundaria** se aplicó la técnica del grupo nominal^{2,3} en cada hospital base (Clinicoquirúrgico "Manuel Fajardo, Ginecoobstétrico "Ramón González Coro" y Pediátrico "Marfán"), lo cual condujo a formar un colectivo de 5 a 7 médicos, escogidos siguiendo un criterio que garantizara que en su composición hubiera profesionales vinculados a servicios con camas, consulta externa y cuerpo de guardia. Los grupos nominales fueron conducidos por especialistas de la Facultad de Salud Pública de La Habana. Como eje central en torno al cual desarrollar esta técnica se escogió la siguiente interrogante: **¿Qué factores considera usted que afectan el logro de una adecuada interrelación policlínico-hospital?**

El universo de **destinatarios de los servicios** estuvo constituido por todas las familias radicadas en el Área de Salud escogida. Del total de 5 895 familias que atiende el policlínico, se decidió seleccionar una muestra de alrededor de 200. Esto equivalía a tomar alrededor de 900 sujetos (4,5 como promedio por familia), partiendo del supuesto de que aproximadamente entre el 10 y el 15 % de ellos hubiese tenido contacto con el hospital⁴ o el policlínico; tal procedimiento aseguraría no menos de 100 sujetos con experiencias susceptibles de ser comunicadas en materia de interrelación.

Se realizó un muestreo por conglomerados bietápico. De los 32 consultorios existentes se eligieron 8, con probabilidad proporcional al número de familias en cada cual; en una segunda etapa se seleccionaron familias en cada consultorio con fracciones de muestreo que produjeran una muestra final equiprobabilística. El tamaño de mues-

tra elegido respondió básicamente a los recursos humanos y de tiempo disponibles, pero cuidando que fuera aceptable desde el punto de vista intuitivo y acorde con estudios similares en la literatura.⁵

En cada núcleo familiar seleccionado se identificaron aquellas personas que hubiesen acudido a recibir atención médica, o utilizar cualquier otro servicio de los que se ofrecen en el policlínico o el hospital, en el período comprendido entre enero de 1996 y febrero de 1997. A cada una de ellas se le aplicó la encuesta, y en el caso de que una misma persona hubiese acudido en más de una ocasión al policlínico o al hospital, se tomó como referencia la última visita realizada. Si una misma persona recibió atención en el policlínico y el hospital en el período señalado se le aplicaron sendas encuestas en relación con las últimas visitas. Se excluyeron las familias que residieran fuera del área o se hubieran mudado para esta área de salud recientemente y las experiencias que refirieran correspondieran a otra Área de Salud. La información recopilada se introdujo en una base de datos para su análisis por medio, básicamente, de distribuciones de frecuencias.

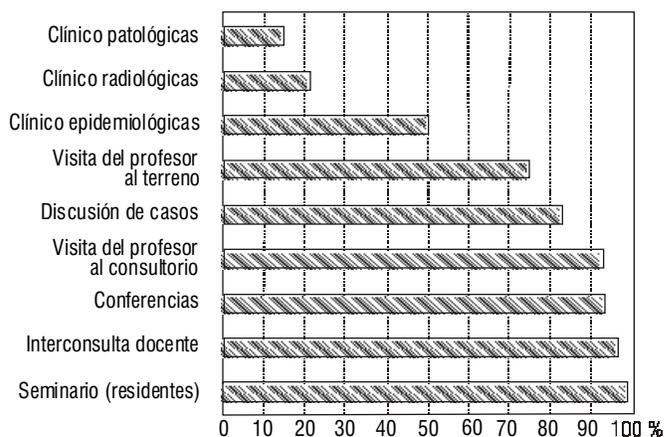
Resultados

Se encuestaron 32 MF que laboran en los consultorios que atiende a la población residente en el área de salud. En cada hospital base del policlínico se aplicó la técnica del grupo nominal, siguiendo los criterios de selección descritos en el método. Se seleccionaron 196 familias y se encuestaron 169 (86,2 %); no se pudieron encuestar 27 familias (13,8 %), por diversos motivos.

Del 100 % de familias encuestadas, en 23 (11,75 %) ningún miembro requirió atención médica en el policlínico o el hospital. Se recogieron experiencias de pacientes que acudieron a estos centros en 146 familias (88,3 %), y se obtuvo un total de 228 experiencias de pacientes; de ellas, 106 (46,5 %) fueron en el policlínico y 122 (53,5 %) en los hospitales. Todas las estimaciones realizadas tienen un margen de error relativo por debajo del 5 %.

El balance realizado por los MF al evaluar las actividades docentes que se realizan en el policlínico, fue francamente positivo en relación con la mayoría de ellas (figura 1). Los criterios más desfavorables se encontraron con las clínicas patológicas y radiológicas, y en menor medida con las clínicas epidemiológicas.

FIG. 1. Porcentajes de médicos de familia que consideran favorable el apoyo docente recibido del policlínico para diversas actividades docentes.



Tras la evaluación de la interrelación docente -investigativa entre los niveles primario y secundario se evidenció la pobre participación de los MF en las investigaciones conjuntas con el hospital o en sus jornadas científicas; aún más marcada es la inasistencia a las clínicas radiológicas, patológicas o epidemiológicas y conferencias que se organizan en la atención secundaria. Los residentes de Medicina General Integral (MGI) expresaron un criterio predominantemente favorable de las rotaciones por los hospitales y los seminarios en los que han participado (figura 2).

Los médicos de la atención secundaria, por su parte, expresaron críticamente su opinión en relación con la docencia que se imparte a los MF por parte del hospital:

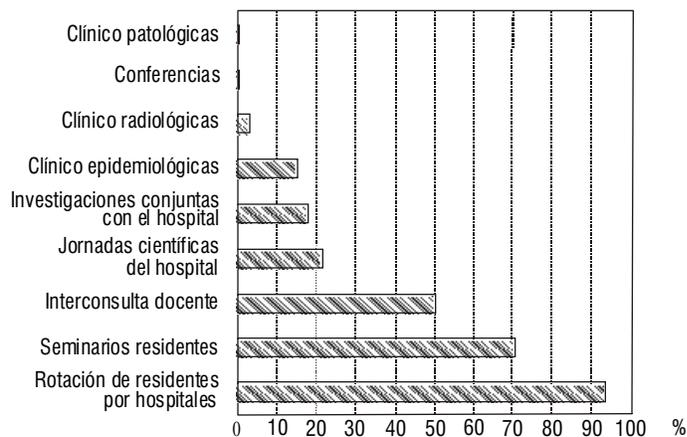
- Se brinda escasa preparación técnica en general a los Médicos de Familia por parte del hospital.
- El único contacto del médico de hospital con el Médico de Familia es a través del residente.
- En el tiempo de rotación por el hospital a los residentes les planifican simultáneamente actividades en el consultorio

de la APS, lo que los limita a participar en las actividades docentes de los hospitales.

- Al médico de familia se le estimula poco su superación en el hospital a través de actividades científicas.
- Desconocimiento por los médicos de familia de los protocolos de trabajo establecidos en el hospital para determinadas entidades.
- Inseguridad en los conocimientos de los médicos de familia o falta de asesoría a nivel del área de salud; estos factores son parcialmente responsables de que una parte de las remisiones de pacientes al hospital sea impropio.
- Falta de comunicación en general entre la APS y la atención secundaria, y no operatividad del sistema de referencia y contrarreferencia.

La **contrarreferencia** al médico de familia de los casos vistos en el policlínico y los hospitales es pobre e inconstante. La situación menos desfavorable se presenta en el policlínico, de donde el 65 % de los pacientes llegó al área con contrarreferencia; sin embargo, en los hospitales, de cada

FIG. 2. Porcentajes de Médicos de Familia que consideran favorable el apoyo que reciben de los hospitales para diversas actividades docentes.



10 pacientes que recibieron atención médica, a 8 no se les entregó comunicación por escrito para su médico en la comunidad (figura 3).

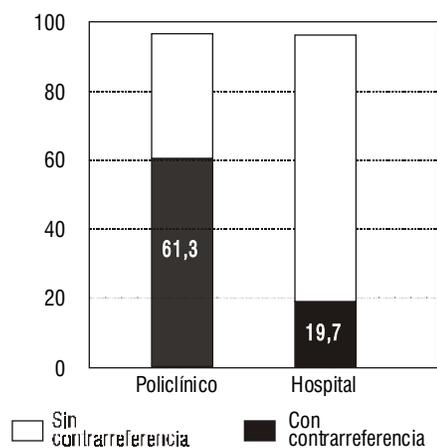


FIG. 3. Porcentaje de pacientes que reciben contrarreferencia en sus visitas al Policlínico y/o al Hospital.

A lo anterior se suma el hecho de que no todos los pacientes que regresaron al área con la contrarreferencia la hicieron llegar a su MF, y la situación más desfavorable se aprecia en el caso de los pacientes que acudieron a la atención secundaria. Según lo recogido en la encuesta a los pacientes, el MF sólo obtuvo información del 16,4 % de los pacientes que recibieron atención hospitalaria (figura 4). Con excepción de las esporádicas hojas de egreso, el MF no recibe comunicación del hospital en relación con los ingresos de su área de salud, los casos vistos en cuerpo de guardia o consulta externa, o la notificación de un alta a petición.

Los médicos de la atención secundaria reconocen que el sistema de referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención es inoperante, y plantean como un problema que afecta la interrelación entre los niveles de atención el hecho de que el MF

no sigue en el hospital a pacientes ingresados o que se atienden en consulta externa.

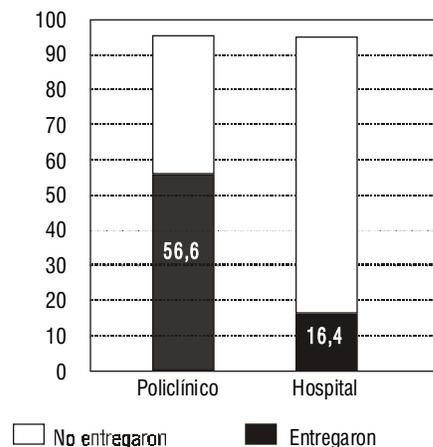


FIG. 4. Porcentaje de pacientes que entregaron la contrarreferencia al Médico de Familia al regresar del Policlínico y/o el Hospital.

Discusión

Los MF en esta Área de Salud tienen una mejor organización docente en el policlínico, que en los hospitales base; sin embargo, es notable el criterio desfavorable que los médicos tienen en relación con su participación en las clínicas patológicas, radiológicas y/o epidemiológicas que se realizan en el policlínico. Esta opinión crítica guarda más relación con la no realización de estas actividades, que con su posible mala calidad, y en el caso específico de las clínicas epidemiológicas, con la inestabilidad en su realización.

Por otra parte, es lamentable la pobre participación de los MF en las actividades de superación e investigación que se realizan en los hospitales base. El vínculo docente investigativo entre el hospital y las Áreas de Salud es a nuestro juicio un elemento que contribuye a incrementar la calidad de la atención médica, pues favorece un mejor conocimiento de los cuadros de

morbimortalidad respectivos y posibilita en la práctica que la organización de la docencia y la investigación atiendan a los problemas de salud que se identifiquen puntualmente en cada área. La ruptura actual es perjudicial para el sistema de salud, e impacta más negativamente en los profesionales de la APS, quienes por razones diversas, tienen mucho menor acceso a la información científica actualizada.

Estos resultados contrastan con testimonios como el de *Gómez Cabrera*, quien refiere que en su hospital se mantiene una estrecha comunicación docente y asistencial con los Médicos de Familia de las áreas que atiende.⁶

Como muestra nuestro estudio, el sistema de referencia y contrarreferencia entre los niveles primarios y secundarios del SNS, instrumento de la gestión e importante recurso formativo, presenta dificultades que revelan una comunicación deficiente entre los profesionales de ambos niveles.

Se impone un cambio radical en el estilo y relaciones de trabajo entre los profesionales dentro del SNS que incorpore de forma consciente a cada cual lo fundamental que resulta una comunicación eficaz, en el empeño por acercarnos a la excelencia en la atención continuada a los pacientes. Cuando un paciente recibe el alta de un centro asistencial sin llevar una comunicación por escrito dirigida a su médico de la atención primaria, se está desconociendo a este nivel de atención y de hecho, al propio sistema.

Por otra parte, desde el inicio del programa de medicina familiar se ha tenido el concepto de que el Médico de Familia debe acompañar a cada paciente que requiera de atención hospitalaria,⁷ y en nuestra opinión, para el equipo de salud en los consultorios de la APS se torna difícil acompañar a cada paciente que requiera algún servicio en las unidades de la atención secundaria; al menos esto no podrá ocurrir sin afectar considerablemente la permanencia del MF en el consultorio y con ello el grado de satisfacción de la población que queda en la comunidad,

necesitada de atención médica. También se debe tener en cuenta que no en todos los casos se requiere la presencia del médico junto al paciente en el policlínico u hospital; y que puede ocurrir que 2 o más pacientes sean atendidos en un mismo espacio de tiempo en unidades o servicios diferentes.

Partiendo de estas realidades, parece conveniente trabajar con vistas a borrar la imagen de la obligatoria presencia del Médico de Familia junto a cada paciente en el hospital; más bien se debe reforzar el concepto de establecer una efectiva comunicación entre los profesionales actuantes en cada caso que no dependa básicamente del contacto personal directo, aunque éste pueda efectuarse cuando el caso lo requiera.

Consideramos que urge meditar en este aspecto y defendemos la idea de que el vínculo entre los profesionales de las distintas unidades del SNS debe vertebrarse por medio de un modelo único de referencia y contrarreferencia. Éste deberá asociarse a transformaciones que consideramos han de establecerse con vistas a fortalecer la comunicación y cooperación entre las instituciones. Tal reordenamiento, de carácter administrativo en principio, tiene implicaciones conceptuales, y debe fortalecer el proceso formativo del Médico de Familia, así como su papel dentro del sistema. Su eficiente implementación supone un cambio radical en la estrategia de los hospitales con respecto a las áreas de salud y constituye una importante área de reflexión, investigación y desde luego, acción para el futuro inmediato.

Conclusiones

1. La organización de las actividades docentes en las que participan los Médicos de Familia en esta área, es deficiente para los requerimientos actuales en la formación del especialista de Medicina General Integral.

2. En los hospitales base objetos del estudio, no se planifican actividades docentes o investigativas conjuntamente con el Área de Salud.
3. El proceso de referencia y contrarreferencia en esta área presenta dificultades

apreciables, lo que no posibilita su implementación como importante aspecto en la formación y perfeccionamiento del médico en la APS, ni favorece la necesaria atención continuada a los pacientes.

SUMMARY: A descriptive and retrospective study was conducted to know about the participation of the family physicians from the "Plaza de la Revolución" health area in the teaching activities carried out at the polyclinic and at the hospitals. The present status of the reference and counterreference system was evaluated due to its importance as an informative resource for the physicians of the primary care level. The family physicians and the population receiving medical attention at this health area were surveyed to know their criteria. The opinions of the doctors working at the base hospitals on this topic were obtained by using the technique of nominal group. It was proved that the organization of teaching activities for family physicians at the polyclinic is far from being the best, but is better than that of the hospitals, where no activities are programmed for the physicians from the primary care level. The system of reference and counter reference has considerable difficulties that show a deficient communication between professionals of both levels as regards continuing education and the management of common patients.

Subject headings: INFORMATION SERVICES; PHYSICIANS; FAMILY/education; PRIMARY HEALTH CARE; SECONDARY HEALTH CARE; HOSPITAL-PHYSICIAN RELATIONS; POLICLINIC; HOSPITALS.

Referencias Bibliográficas

1. UNICEF, UNEPA, OPS, OMS, MINSAP. El plan del médico de la familia en Cuba. La Habana, 1990:4.
2. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos- métodos- estrategias. Barcelona:Mason, 1987:180-4.
3. Grupo de Desarrollo de los Métodos de Enseñanza a cuadros de dirección. Enfoques y Métodos para la capacitación de dirigentes. Centro de Estudios de Técnicas de Dirección. Universidad de la Habana.1988:245-46.
4. Ramos BN. Egresos hospitalarios en la población del municipio "Plaza de La Revolución". Rev Cubana Salud Pública 1995;21(1):19-26.
5. Silva LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud. Madrid:1997:303.
6. Gómez R, Clainford B. Cuba. La interrelación hospital- médico de la familia dentro de las

estrategias de la atención primaria de salud. Educ Med Salud 1991;25(3):233-40.

7. Colectivo de autores. La organización del médico general integral. Medicina General Integral. La Habana: Pueblo y Educación, 1987:233.

Recibido: 17 de septiembre de 1998. Aprobado: 9 de noviembre de 1998.

Dr. Félix J. Sansó Soberats. Marianao # 415 e/ Lombillo y Piñera, Cerro, Ciudad de La Habana, Cuba.

AGRADECIMIENTOS

Doctores: Eduardo Vergara Fabián, María E. Astrain Rodríguez, Ernesto J. García Pérez-Velazco, Yery Leiva Torres, Rubén García, Judith Serra, Lisette Caballero y Bertha Jolá.

Licenciados: Iliana Martínez Heredia, Nereida Rojo Pérez, Iván Fernández Camilo y Aidelis Hernández Pérez.