

---

---

## EDITORIAL

---

---

### **HACIA UNA MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN NUESTRA MEDICINA FAMILIAR**

**Félix J. Sansó Soberats<sup>1</sup> y Ricardo Batista Moliner<sup>2</sup>**

*La proyección comunitaria de nuestro sistema de salud se ha reflejado desde su constitución en 1961. Un ejemplo de ello lo constituyen la creación de los hospitales rurales, los policlínicos integrales y comunitarios, el perfeccionamiento de los planes de estudio de medicina, la introducción del subsistema del Médico y la Enfermera de la Familia y más recientemente del Subsistema de Urgencia Médica y los Policlínicos Principales de Urgencia.*

*Atendiendo a la estructura de nuestro sistema nacional de salud (SNS) y al cuadro de morbilidad en nuestro país, se ha reiterado el criterio de que el nivel primario de atención (APS) debe resolver entre un 80 y un 90 % de los problemas de salud que se presentan. Dada nuestra excepcional fortaleza de contar en todo el país con Médico y Enfermera de la Familia cada 500 ó 600 habitantes como promedio, la accesibilidad de la población a los servicios de salud está realmente garantizada.*

*El paciente cuyo problema de salud no puede ser atendido por el Médico y la Enfermera de la Familia, es remitido por éste a una interconsulta con el correspondiente especialista del área, quien de considerarlo necesario, puede a su vez remitirlo a la atención secundaria o directamente al nivel terciario. Así está concebido.*

*También, al ser el nuestro un sistema de salud abierto, la población necesitada de atención médica puede procurarla en el centro de salud que prefiera, independientemente de la complejidad del problema. Esta realidad pudiera justificar el por qué determinados pacientes con problemas de salud leves mantengan un seguimiento hospitalario o en institutos, sin que esto se justifique plenamente.*

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Médico de Familia. Policlínico "Plaza de la Revolución". Profesor Asistente de la Facultad "Manuel Fajardo". Miembro del Grupo Nacional de Medicina General Integral.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Epidemiología. Unidad de Análisis y Tendencias en Salud, MINSAP. Profesor Instructor de la Facultad "Manuel Fajardo".

*Sin embargo, indagando en los por qué de esta realidad, hemos escuchado que la juventud o ... ¿inexperiencia? de los galenos que laboramos en la atención primaria (APS), unida al histórico y no siempre justificado concepto de que el médico del hospital tiene “mayores conocimientos”, pudieran constituir la base de esta tendencia en la población. Sólo que no compartimos totalmente esta impresión, porque percibimos que factores de fuerza mayor están determinando en este caso; el nivel de resolutivez que el equipo de salud tenga asegurado en la solución de los problemas que enfrenta y la propia organización del sistema en función de garantizar una adecuada atención continuada a los pacientes, son determinantes en la expresión de este fenómeno.*

*El nivel de resolutivez para los más prevalentes problemas a los cuales se enfrentan hoy los equipos de salud en la APS, es más bien bajo. Las principales afecciones crónicas no transmisibles que padece nuestra población, no siempre pueden ser estudiadas adecuadamente en todas nuestras áreas de salud o desde ellas. En este sentido, las dificultades económicas que limitan la adquisición de reactivos, medios de cultivo, material para radiografía o equipos, pudieran esgrimirse como la génesis de este fenómeno.*

*Ciertamente, y muy a nuestro pesar, son limitados los recursos de que disponemos en estos tiempos de período especial, pero tenemos la impresión de que el problema se agrava a partir de que no están correctamente distribuidos, y que la organización del sistema no es realmente óptima en este sentido. No caben dudas de que la correcta preparación del médico, apoyándose en el indiscutible valor de la clínica, permite brindar una atención de calidad, pero no siempre es suficiente y se requiere de otros recursos para completar la asistencia que merece el paciente. En mayor o menor medida, dependiendo de la zona que se trate, los MGI tenemos limitado el estudio a nuestros pacientes desde nuestros consultorios en la comunidad, por determinadas realidades o disposiciones excluyentes. Ahora bien, si estas últimas responden realmente a limitaciones en la disponibilidad, ¿cómo justificar que ante la limitación real de indicación de determinados exámenes al Médico de Familia, sea el propio paciente quien “los resuelva” a partir de una gestión personal, acudiendo a otros niveles de atención directamente, o a relaciones de amistad?*

*Cuando un paciente en procura de salud percibe limitaciones para su diagnóstico, como las que objetivamente se presentan hoy en la APS, buscará de forma práctica una vía más expedita para la solución de su problema concreto. Cada experiencia positiva, generada por la solución de problemas inherentes a la APS en un hospital, en el cual todos los recursos están concentrados y prontamente disponibles, constituye un punto a favor para volver a buscar atención en ese nivel, y un sólido argumento de descrédito para la APS que pone en dudas el carácter sistémico de nuestra salud pública y la proyectada imagen de fortalecimiento de la APS.*

*Por otra parte está el hecho de que se han identificado alrededor de 290 problemas de salud que pueden ser atendidos por los especialistas en Medicina General Integral, pero no se ha dotado a las instituciones de atención primaria de la suficiente infraestructura o accesibilidad necesaria a la tecnología para enfrentarlos. Es lógico que se perciba que existen muchos problemas de salud no resueltos por la APS, lo que se traduce en*

*insatisfacciones de los usuarios y los propios prestadores del servicio. A su vez, se han puesto muchas esperanzas en la opción de formar diplomados, másters o especialistas verticales que laboren en el nivel primario para darles solución a muchos de ellos.*

*Si bien es cierto que puntualmente existen en el país regiones a las que, por las características de su territorio, será necesario acercarles las especialidades verticales; en nuestro criterio, ni esa solución, ni el posible regreso a las comisiones municipales para abordar problemas de salud concretos, resolverían las dificultades que hoy presentamos para la atención integral y efectiva a los pacientes en el nivel primario. Tampoco la atención diferenciada a grupos que se han considerado priorizados, y que en ocasiones se han establecido, resolverían la situación. Estas tendencias son un reflejo de que el sistema no está siendo todo lo eficiente que deseamos y de que somos conscientes de esas insuficiencias. Solo que estas bien intencionadas “soluciones”, crearían contradicciones al obviar en unos casos o negar en otros, la concepción original de nuestro sistema de salud y los principios sobre los que se sustenta.*

*Hay que fortalecer las estructuras del sistema ya creado. Con toda seguridad, si en la atención primaria se contara con posibilidades para el estudio de los problemas de salud más prevalentes, y se facilitara una más sólida formación y perfeccionamiento continuos de nuestros profesionales, el sistema funcionaría según ha sido concebido, sería más eficiente y exhibiría hoy indicadores quizás no soñados.*

*Con las limitadas posibilidades que un Médico de Familia promedio tiene hoy para estudiar sus casos, el hecho de incorporar nuevas especialidades al nivel primario, pudiera significar un debilitamiento de la propia medicina familiar.*

*El tipo de proyección comunitaria que necesitamos no es precisamente el de las especialidades verticales insertadas en el nivel primario, que en casos muy puntuales se justifica. Urge desarrollar una estrategia dirigida a lograr una mayor proyección comunitaria del sistema de salud, basada en reformas organizativas en el más amplio sentido de la palabra.*

Recibido: 5 de marzo del 2001. Aprobado: 22 de marzo del 2001.

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