

Medicina familiar: la auténtica especialidad en atención médica primaria

Drs. Flor M Ledesma S*, Omaira Flores Martínez**

RESUMEN

Los cambios en el sistema de salud venezolano, han conducido a que las especialidades médicas reevalúen su pertinencia dentro de este proceso. 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 primaria en cualquier problema de salud, de manera continua, integral, preventiva, curativa y de promoción de salud a pacientes de cualquier edad, sexo y a su familia. Este artículo tiene tres objetivos: 1) exponer algunos aspectos sobre los orígenes, la identidad, valores y características del especialista en Medicina Familiar, 2) mostrar los alcances y el trabajo que se viene desarrollando desde la Sociedad Venezolana de Medicina Familiar y 3) dar a conocer algunas de las dificultades que actualmente sobrelleva y obstaculizan su avance.

Palabras clave: Medicina Familiar. Atención médica primaria. Historia

SUMMARY

Recent changes in the Venezuelan health system have driven medical specialties to reevaluate their relevance in that process. Family Medicine, as the pioneer specialty in primary care, needs to regain leadership in the field and to demonstrate that it has the trajectory, the knowledge and the experience to take part in the construction of an accessible and cost-effective health system. Family physicians offer primary care that is continuous, comprehensive, preventive, curative and health promoting for individuals and the whole family, regardless of sex, age and type of health problem. This article has three aims: 1) to expose some aspects about origins, identity, values and characteristics of the Family Medicine specialist in Venezuela in order to contribute to its accurate comprehension, 2) to show the work and achievements in the field of the Venezuelan Society of Family Medicine, and 3) to discuss some difficulties that it currently faces and delay its advance.

Key words: Family medicine. Primary care. History

INTRODUCCIÓN

A partir de 1940, el vigoroso desarrollo de las ciencias médicas y la tecnología, impusieron la necesidad de la especialización, esto incrementó la complejidad en la atención e hizo que progresivamente se organizara por niveles de atención: atención médica primaria, ubicada en los ambulatorios, como el primer contacto de la población con el sistema de salud donde se pueden resolver casi el 80 % 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

* Médico Familiar, Profesora Asociada de Medicina Familiar, Universidad del Zulia, Maracaibo.

** Médico Familiar. Ambulatorio de Caricuao, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Caracas. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "A". Escuela "José María Vargas". Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela.

estos dos últimos niveles, sin dar la debida importancia a la atención médica primaria (1).

Esta situación a nivel mundial condujo en los años 60, a la creación de la especialidad de medicina familiar (MF), para llenar la función del generalista en la medicina, reconociendo los defectos del sistema de salud fragmentado y el potencial de un especialista integral. Sin embargo, aunque la especialidad ha cumplido su deber de revertir la desaparición del generalista y de ofrecer atención personal al frente del sistema de salud para personas de ambos sexos, de todas las edades y condiciones socioeconómicas en países como Canadá, Inglaterra, España y Cuba, en Venezuela no ha alcanzado su pleno desarrollo.

En 1994, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial de Médicos Familiares (WONCA) recomendaron que “..cada persona debe tener acceso a un médico que la provea de servicios de atención primaria y este tipo de servicios deberá ser accesible a toda la población..”, así como “.. 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 subespecialidades, influenciado por los paradigmas biologicistas, para dar paso a un sistema en el que se ofrezca a los ciudadanos atención integral, que comprenda acciones tanto curativas como 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, preferiblemente en su propia comunidad o sitio de trabajo (2).

En 1996, Donaldson, Yordy, Lohr y Vanselow, refiriéndose al futuro de los servicios de cuidado primario indicaron que el Instituto Nacional de Medicina de Estados Unidos retomó la idea de que la “atención primaria” no es una disciplina o especialidad sino una función esencial de todo sistema de salud que busque el éxito y la sustentabilidad (3). En esta línea de ideas, diversas investigaciones en el área de atención primaria, han encontrado que para todos los indicadores epidemiológicos aceptados mundialmente (peso al nacer, mortalidad infantil, materna, expectativa de vida, etc.), los sistemas de salud orientados hacia la atención primaria de la salud están asociados con poblaciones más saludables y más longevas. Se ha reportado que el incremento de médicos de atención primaria, está asociado positivamente con la mejoría de las medidas de

pronóstico de salud, mientras que el incremento de especialistas parece tener un efecto opuesto. Según los cálculos en Estados Unidos, añadir un médico familiar por cada 10 000 habitantes, se asocia con 70 muertes menos por cada 100 000 personas, lo cual equivale a una disminución del 9 % de la mortalidad (4). Asimismo, se han reconocido otras ventajas que el acceso a la MF ofrece a la población. Por ser un servicio accesible le da la oportunidad al usuario de revertir el ciclo de pobreza pues facilita el acceso y participación activa de la mujer a los servicios de salud, lo cual se traduce en recursos e información para mejorar su salud sexual, reproductiva y la prevención de la violencia. De esta forma, puede contribuir a la reducción de: mortalidad materna, embarazos no deseados y mortalidad infantil, control HIV y de las enfermedades de transmisión sexual, metas a ser alcanzadas en el curso del milenio en el ámbito de la salud (5).

ESTADIOS DEL DESARROLLO DE LA MEDICINA FAMILIAR

Gayle Stephens (6) en 1982, señaló que el proceso de inserción de la medicina familiar seguía una serie de fases que podrían clasificarse en política, administrativa y académica. Para diversos autores (7) éstas son aplicables al contexto de los países latinoamericanos y en el caso de Venezuela, la historia de la especialidad revela que dichas fases han seguido un lento pero sostenido desarrollo, reconociéndose además, la etapa gremial: (Carpio C. La medicina familiar alternativa del siglo XXI. Documento no publicado).

Primera fase: evolución política-ideológica (1974-79): Constituyó una etapa de conversaciones y negociaciones en las cuales participaron la Federación Médica Venezolana (FMV), directivos políticos y sanitarios del país. La primera vez que se asomó la posibilidad de reconocer a la MF como una especialidad fue en 1974, durante la XXIX Reunión Ordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana en Puerto Ordaz, donde se destacó que “nuestro país requería del médico de familia y debía crear su propio modelo”. Seguidamente ese mismo año, se celebró en Caraballeda la XXXIII Asamblea de la Asociación Médica Mundial, cuya ponencia oficial fue “La práctica de la medicina general/de familia”, destacándose la necesidad de un médico generalista calificado que sirviera de entrada al sistema de salud, por lo cual este debería beneficiarse de una formación de posgrado (8,9). En este período, se destaca la

labor del Dr. Pedro Iturbe (Hospital General del Sur, Maracaibo), la Dra. Carmen Cedraro de Carpio y el Dr. Jaime Gómez Mora (Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, IVSS). También resalta el apoyo dado por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM), Corpozulia, Fedecámaras, Confederación de Trabajadores de Venezuela y otros entes.

Segunda y tercera fase: evolución asistencial-docente (1980 – hasta el presente): Las etapas administrativa (asistencial) y académica (posgrado, pregrado) de la MF en Venezuela, se inician y evolucionan paralelamente. Entre 1979 y 1982, se inauguran las primeras Unidades Asistenciales de MF en el Hospital General del Sur por parte del Sistema Regional de Salud (Maracaibo), en Caricuao, por el IVSS de Caracas y, acciones similares se inician en Mérida (8,10). En enero de 1980 el Consejo Directivo del IVSS. (Resolución N° 3-80, Acta N° 1), decide establecer tres niveles de asistencia médica estatuyendo el médico general/familiar como líder del primer nivel de atención. En 1983, se plantea por decretos gubernamentales la introducción de la figura del médico familiar en los establecimientos del nivel primario de atención (Decreto No. 1798, 20 de enero 1983) y la creación del Programa de MF, por el entonces Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (Gaceta Oficial No. 44, 8 de diciembre de 1983), lo cual fue positivo para su desarrollo asistencial (8). En febrero de 1990 por Resolución del Consejo Directivo del IVSS N°12, se acordó que en todos los Centros Ambulatorios de esa institución se establezca el servicio de medicina familiar para la atención de los asegurados. Desde ese momento todo ambulatorio del IVSS cuenta al menos con un médico familiar (8). Actualmente, la especialidad tiene su asiento en casi todas las redes de ambulatorios urbanos del país, y cuenta además con modernos centros privados.

En 1980, se da inicio a la “formación en el ejercicio clínico” de médicos familiares y dos años después, se da la formalización y consolidación académica de la especialidad, surgiendo las residencias de Posgrado de MF en la Universidad del Zulia y de los Andes, mientras que en el IVSS-Caracas nace como una residencia asistencial (9). Se capacitaron varios profesionales en México, Puerto Rico, Estados Unidos y Canadá quienes se convirtieron en los primeros docentes-tutores de los posgrados, siendo pertinente subrayar la labor pionera de los doctores: Félix Gruber, Rafael Anselmi, Robert Thompson,

Carmen de Carpio, entre otros. Hacia 1986, se produce la inserción de la MF a nivel de pregrado en La Universidad del Zulia, experiencia que seguirían otras universidades, tales como la Universidad de los Andes (ULA), Universidad de Oriente (UDO) y Universidad Experimental del Táchira (9).

Entre 1988 y 1995, se establecen nuevas residencias de posgrado en: Universidad de Oriente (UDO-Núcleos Puerto la Cruz y Ciudad Bolívar), IVSS-Naguanagua, Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (Coro), IVSS-Barquisimeto (reconocida por la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado), Universidad Nacional Experimental del Táchira, Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos (San Juan de los Morros) y la residencia asistencial de la Gobernación del Distrito Federal. De esta manera, a la fecha se cuentan con 11 sedes de posgrado a lo largo del territorio nacional, nueve de ellas universitarias.

En la actualidad, la formación académica se complementa con actividades de educación médica continua que ofrecen SOVEMEFA y sus Capítulos. Adicionalmente, desde 2003, esta organización viene trabajando en la implementación de los procesos de certificación y recertificación para sus agremiados, a la vez que participa activamente en los proyectos de reglamentación general de los mismos, promovidos por la Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas.

Cuarta fase: evolución gremial (1984- hasta el presente)

Se inicia con el reconocimiento de la especialidad por la FMV el 21 de septiembre de 1984, en su XXXIX Asamblea Ordinaria, realizada en Mérida, con lo cual se marca la entrada a la fase gremial de la MF venezolana (Carpio C. La medicina familiar alternativa del siglo XXI. Documento no publicado) (8).

Es importante destacar, que previo a su reconocimiento, entre 1981-1982, ocurrieron importantes acontecimientos que contribuyeron a la identificación, consolidación y difusión de la MF venezolana y que hasta el presente continúan teniendo repercusiones significativas en su fortalecimiento a nivel nacional e internacional, entre estos se pueden mencionar:

- En 1981, se crea en Caracas el Centro Internacional para la Medicina Familiar, el cual agrupa a las asociaciones científicas de MF de los países de América, España y Portugal (11). Esta

organización en 1999, modifica su estructura y cambia su nombre a Confederación iberoamericana de medicina familiar (CIMF), manteniéndose como un organismo encargado de promover y desarrollar la MF en Iberoamérica; es oportuno señalar que desde hace varios años, un venezolano, el Dr. César Brandt Toro ha mantenido una destacada trayectoria en su comité ejecutivo. En octubre de 2004, el bloque de países del CIMF ingresa oficialmente a la Organización Mundial de Médicos Familiares (WONCA) pasando a convertirse en su VI Región conocida como WONCA-iberoamericana-CIMF, la cual está conformada por cuatro subregiones: Andina, Mesoamérica, Cono Sur y Península Ibérica (12). Venezuela, representada por la Sociedad Venezolana de Medicina Familiar (SOVEMEFA) entró como miembro de WONCA en 2002 (8).

- En 1981, un calificado grupo de personalidades e instituciones públicas y privadas, lideradas por el Dr. Pedro Iturbe, crean en Maracaibo la fundación venezolana para la medicina familiar (FUNVEMFA) para contribuir al desarrollo y expansión de la MF en Venezuela en los campos asistencial, docente, de investigación y acción social.
- El 22 de junio de 1982, un grupo de médicos, encabezados por la Dra. Carmen de Carpio, funda la Sociedad venezolana de medicina familiar (SOVEMEFA), entidad privada con carácter de sociedad científica sin fines de lucro que tiene como sede la capital de la república, la cual ha expandido su actividad estableciendo 10 capítulos en diferentes entidades federales: Andino, Carabobo/Aragua/Cojedes/Guárico, Caracas, Central, Falcón, Guayana, Monagas, Oriental, Táchira y Zulia. Por resolución de la Junta Directiva 2000-2003, presidida por la Dra. Ada Vedilei, el día de la fundación, se declaró como el “Día nacional del médico de familia”.

En 1997, SOVEMEFA participa en la fundación de la Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas (RSCMV), la cual es una institución privada, cultural y social, eminentemente de carácter científica, investigativa y pedagógica que agrupa a la sociedades médicas reconocidas por la FMV (8).

ALCANCES DE LA MEDICINA FAMILIAR

En el Consultorio: el médico familiar es un

especialista del primer nivel de atención, que en su ejercicio reúne los principios de integralidad, continuidad, interés y atención personalizada para el cuidado del individuo y su familia, ofreciendo una amplia gama de servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación (13). La cesta básica de servicios ofrecida por MF está constituida por: (3)

- Atención de niños y adultos
- Evaluación del estado de salud (análisis de riesgos)
- Prevención de enfermedades (diagnóstico precoz)
- Promoción de salud (prevención primaria y modificación de riesgos, estilos de vida y comportamientos no saludables)
- Educación del paciente y apoyo para el autocuidado
- Diagnóstico y manejo de lesiones y enfermedades agudas.
- Diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas
- Cuidados paliativos y asistencia en los últimos días de vida.
- Atención pre-natal
- Salud mental primaria
- Consultas y referencias cuando sea necesario
- Integración al paciente en el sistema de salud
- Mejora de la calidad, práctica y toma de decisiones basada en el costo-efectividad y la investigación.

Según datos de algunas investigaciones locales (14,15), la consulta de medicina familiar registra una morbilidad similar a la registrada en los anuarios regionales (16), reportando en las tres primeras categorías enfermedades de los sistemas: respiratorio, digestivo y cardiovascular, destacando en las primeras causas: infección de vías respiratorias superiores, hipertensión arterial, parasitosis intestinal, cefalea y amigdalitis. Un estudio que analizó 29 834 consultas realizadas durante dos meses del año 2004 en 33 ambulatorios públicos y privados del Estado Zulia, señala que la población atendida por el MF corresponde a todos los grupos etarios con predominio de adultos un 46 % y más del 65% del sexo femenino. El 65 % de las consultas son de tipo curativo y las consultas preventivas se registraron principalmente en adultos un 46 %, en adolescentes y lactantes 14 % cada grupo (15).

Existen algunos elementos que distinguen la especialidad de MF de otras especialidades y que ameritarían una breve descripción para conocer su exacta dimensión. El primero de estos elementos que el MF pone en práctica en su relación médico-paciente, es el método clínico centrado en el paciente (MCCP). Este método tiene por finalidad comprender tanto al paciente como a la enfermedad. Para esto es conveniente distinguir entre enfermedad y dolencia. La enfermedad corresponde principalmente a un proceso de clasificación biológica que los médicos utilizamos para explicar la dolencia del paciente. La dolencia, por otra parte, es la experiencia personal que tiene un paciente de un trastorno físico o psicológico. A menudo, el problema planteado por el paciente constituye más bien una dolencia que una enfermedad. Esto es particularmente frecuente en la atención médica primaria, en la que no siempre es posible establecer diagnósticos específicos de enfermedad (Romero NE. La integralidad en medicina familiar fundamentos y herramientas. Tesis de grado. Maracaibo: Facultad de Medicina. Universidad del Zulia 2005) (17).

En el desarrollo del MCCP se inicia por distinguir dos tipos de agendas (Figura 1). En primer lugar la agenda tradicional del médico, en la que éste trata de hacer un diagnóstico acertado a partir de las quejas

del paciente. Y en segundo lugar, la agenda que el paciente tiene en mente al momento de consultar, de tal manera que el médico pueda comprender sus ideas, expectativas y sentimientos sobre la dolencia o enfermedad. En ambas tareas no hay necesariamente un orden secuencial, y el propio paciente provee pistas que permiten definir el curso en cualquier momento dado. Sin embargo, es recomendable comenzar centrándose en la agenda del paciente dado que la comprensión de ésta va a ayudarle a definir la suya como médico. La esencia del MCCP es que el médico trata de entrar al mundo del paciente y ver la dolencia a través de sus ojos. Eso puede lograrlo asumiendo un comportamiento que invite al paciente a expresar todas las razones que tiene para consultar. Entrar al mundo del paciente es un arte difícil que requiere empatía, aceptación del paciente y genuino interés en su problema así como habilidad en ciertas técnicas que son enseñadas durante la formación del MF. Entre ellas la escucha activa, y la captación y respuesta a indicios verbales y no verbales (17-19).

El segundo elemento para conocer el ejercicio de la MF es el concepto de niveles de autonomía, los cuales se refieren a los diversos grados de independencia con los cuales el médico debe asumir el diagnóstico o tratamiento de cada una de las distintas enfermedades, problemas y otras situaciones relativas a la salud (18).

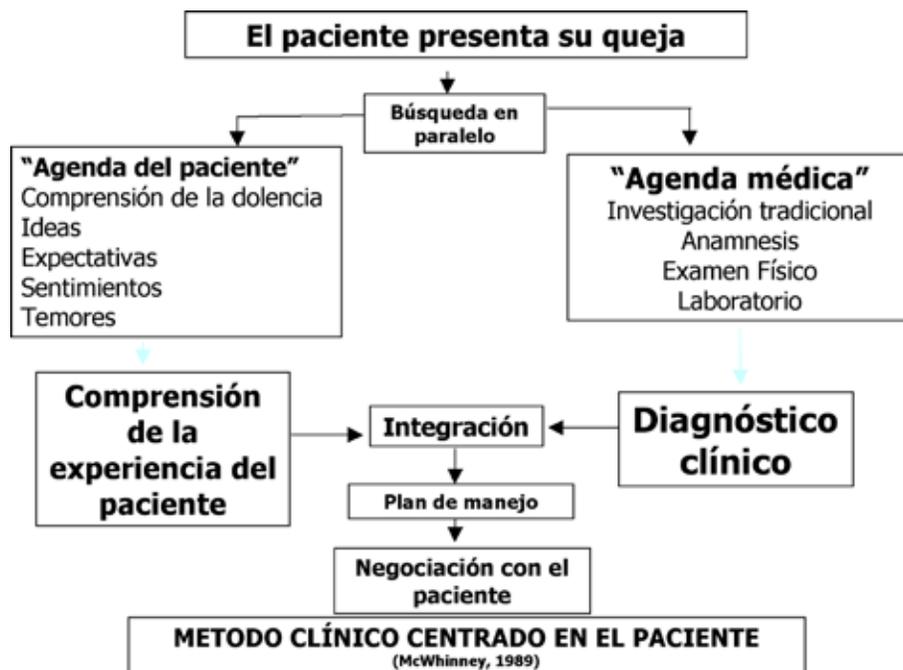


Figura 1.

La definición de estos niveles tiene varias ventajas: le dan al médico familiar un límite en su actuación, garantizan la permanente actualización en las entidades y problemas donde sus competencias deben ser máximas y por tanto se asegura la calidad de la atención, ayudan a decidir la referencia oportuna para aquellas situaciones que requerirán la intervención de otros especialistas, y de esta manera establecer una clara relación con el resto de las especialidades al saber donde está el territorio de cada una, y dar a la comunidad un marco de referencia de hasta donde llega la capacidad resolutoria de sus médicos de cabecera. Las patologías y problemas han sido agrupados de la siguiente manera:

NIVEL IV: El Médico Familiar (MF) debe demostrar conocimiento detallado y experiencia clínica directa en el diagnóstico (incluyendo diagnóstico diferencial) y tratamiento de la condición, en forma independiente. En un 90 % de los casos es capaz de realizar todos los pasos de diagnóstico y la atención médica sin consultar.

NIVEL III: El MF debe demostrar conocimiento detallado y experiencia clínica directa en el diagnóstico (incluyendo el diagnóstico diferencial) y en el co-tratamiento de la condición. En un 90 % de los casos es capaz de aceptar la responsabilidad primaria, aunque usualmente necesita consultar en algún momento de la atención del paciente.

NIVEL II: El MF debe demostrar conocimiento detallado y experiencia clínica en el diagnóstico diferencial; debe estar familiarizado con las variedades del tratamiento aunque va a limitarse a continuar observando el paciente o a referir.

NIVEL I: El MF debe demostrar suficiente conocimiento para hacer el diagnóstico tentativo (sin requerirse que haga un diagnóstico definitivo) y referir. Demostrar familiaridad con el tratamiento apropiado para la condición.

Finalmente, el tercer elemento para comprender el ejercicio de la Medicina Familiar son los niveles de interacción entre el médico, el paciente y su familia propuestos por Doherty y Baird (19). Este modelo se compone de 5 niveles que describen los distintos tipos de entrevistas con el paciente individual, según las habilidades que el médico familiar debe poner en práctica para el abordaje de problemas biopsicosociales durante la asistencia médica. Estos niveles son una secuencia también de las competencias que el médico familiar va desarrollando a lo largo

de su formación médica, que se inicia por un nivel I, pudiendo alcanzar hasta un nivel V. En la práctica se espera que se desarrollen rutinariamente los niveles III y IV:

NIVEL I: Mínimo énfasis en el paciente y la familia. Entrevista centrada en los aspectos médicos. No atención específica al contexto psicosocial.

NIVEL II: Información, colaboración y consejo médico continuo. Se muestra interés por las necesidades de información del paciente, su lenguaje y estilos de aprendizaje. Se solicita su opinión y su percepción del problema mediante la escucha atenta de preguntas y preocupaciones, de manera que, médico y paciente coparticipan en la comunicación.

NIVEL III: Sentimiento y apoyo. Muestra empatía con el rango de reacciones emocionales del paciente y de sus familiares frente a la enfermedad o el problema, a los cambios en salud y al estrés general de la vida diaria. Se puede invitar a traer a la familia. Se identifican problemas psicosociales severos para referirlos. Se ofrece educación adaptada a las necesidades afectivas y preocupaciones del paciente y la familia. El médico debe evitar entrelazarse o distanciarse con el paciente manejando sus propias emociones.

NIVEL IV: Evaluación sistemática e intervención básica. Se requiere conocimiento de algún modelo de consejería para lograr cambios en aspectos que complican los problemas de salud, así como manejo de técnicas para ayudar al paciente a redefinir la situación de manera que favorezca su solución y encontrar nuevas formas de colaboración. El médico por su parte, desarrolla habilidades para reconocer los límites y reacciones emocionales dentro de la relación. Se puede organizar alguna sesión con la familia.

NIVEL V: Psicoterapia individual y/o terapia familiar, con aplicación de técnicas avanzadas.

Estos tres elementos son complementados por un profundo conocimiento de los ciclos de vida individual y familiar por los que atraviesan las personas en su existencia.

En otro orden de ideas, es pertinente señalar que a pesar del alcance que puede tener un médico familiar, el medio laboral venezolano ofrece pocas oportunidades y condiciones para desarrollar sus potencialidades. En el momento actual los principales organismos empleadores son los gobiernos regionales y alcaldías, Petróleos de Venezuela, universidades, empresas privadas, servicios de medicina prepagada

y microempresas. Aunque en algunos estados del país existe una alta demanda y necesidad de médicos familiares, a su vez, encontramos que en la red ambulatoria del sector público, los cargos disponibles son escasos, en su mayoría de medio turno, con muy pocas contrataciones nuevas en los últimos años. Esta realidad es inconcebible ante una población que reclama una atención médica primaria de calidad. Es fácil entonces, reconocer que sin recursos, es imposible que la medicina familiar sea la especialidad puerta de entrada al sistema de salud como se ha hecho en multitud de países, en los cuáles ha demostrado ser la solución para el descongestionamiento de los hospitales, la reducción de costos en los servicios de salud y el aumento de la satisfacción de los pacientes, al incluir nuestra especialidad en los sistemas de salud.

Más allá del consultorio

Una gran crítica hecha a la especialidad, es su supuesta “poca participación comunitaria”. Esta impresión quizás surge de una falta de promoción y despliegue publicitario 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 carteleros y trípticos, jornadas educativas y de pesquisa, en las visitas domiciliarias, en la formación de clubes para modificación de estilo de vida y prevención de complicaciones de las enfermedades prevalentes como diabetes e hipertensión arterial, identificación y educación de poblaciones en riesgo como adolescentes en sus escuelas y liceos, así como, consejería para la embarazada, para la preparación para el parto y la lactancia, orientación del niño y problemas de aprendizaje con asistencia psicopedagógica, grupos de mejoramiento de calidad de vida para personas de la tercera edad, capacitación de asociaciones de vecinos para la coadministración de centros de salud y creación de las casas de la salud para la formación de promotores de salud en el hogar, entre otras. Muestras de actividades de atención comunitaria pueden evidenciarse en diversos posgrados de medicina familiar (por ejemplo: Barquisimeto, Coro, Mérida, Caracas, Oriente, Zulia), así como también en el trabajo socio comunitario de la red ambulatoria de servicios de medicina familiar del Distrito Metropolitano, las macrojornadas asistenciales del Estado Zulia, entre

otros, que en muchos casos alcanzan 10 o más años funcionando regularmente. Concomitantemente, SOVEMEFA promueve en sus eventos foros dirigidos a la comunidad, jornadas preventivas en instituciones gubernamentales y privadas que lo soliciten y copatrocinan con la Fundación Venezolana de Cardiología Preventiva, eventos educativos en el área de medicina preventiva.

En la docencia e investigación

Posgrado: para el momento existen un total de 10 programas de Residencias de posgrados de medicina familiar, en las Facultades de Medicina, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y la Alcaldía Metropolitana, mientras que la residencia que funcionaba en San Juan de los Morros se encuentra en reestructuración por cambios en las políticas universitarias. Se cuenta con un muy reducido número de becas que han limitado la formación de recursos en esta especialidad y así satisfacer la demanda de médicos en el primer nivel de atención que se sitúa alrededor de 1 médico por cada 250 familias, es decir, un total de 10 000 MF que el país requiere. Así, hoy existen un aproximado de 1 600 especialistas, 103 residentes en formación y egresan anualmente 40-60 médicos familiares. Su cuerpo docente se compone de cerca de 60 profesores de alto nivel académico, los cuales imparten elementos científicos, técnicos, psicosociales y comunitarios que garantizan la formación del especialista, en un lapso de 2 a 3 años, con competencias en el modelo clínico centrado en el paciente, capaz de resolver la mayoría de los problemas de salud, el abordaje de la familia y la promoción de la salud en las comunidades. Los miembros de este profesorado son también reconocidos(as) como conferencistas, investigadores(as) y autores(as) de artículos y libros nacionales e internacionales en distintos temas.

Una dificultad enfrentada permanentemente es el bajo porcentaje de egresados de las escuelas de medicina que optan por la especialidad. Es bien conocido que al graduarse de médico el estudiante habitualmente ha pensado seleccionar una especialidad para así establecerse económica y profesionalmente. Ser especialista se asocia a cirugía, pediatría, ginecología y medicina interna, para luego continuar con subespecialidades de órganos o sistemas específicos como ojos, tubo digestivo, huesos, articulaciones, cerebro y nervios, entre otros órganos y sistemas. Es mucho menos frecuente conseguir un estudiante que desde su ingreso a la escuela de

medicina o al terminar ésta, haya contemplado la opción de realizar su posgrado en medicina familiar. En el caso del posgrado de la Universidad del Zulia, según datos aportados por la división de estudios para graduados de la facultad de medicina, en la escuela de medicina egresan cada año de 250 a 300 nuevos médicos y anualmente obtienen títulos de especialistas 175 a 200. De este total apenas el 7 % corresponde a la especialidad de Medicina Familiar. La razón puede atribuirse a que, al menos en la Universidad del Zulia, se ofertan cada año para cursar esta residencia sólo el 5 % del total de las becas de posgrado. Asimismo, acorde a datos aportados por los coordinadores de los posgrados a SOVEMEFA sobre la evolución del número de aspirantes, cursantes, becas y sueldos en los últimos 10 años se encuentra que durante este período se han recibido de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales un total de 350-400 becas aproximadamente para la formación de especialistas de MF en el país, con un constante descenso que se refleja en una paulatina reducción del número de aspirantes, llegando a quedar sin residentes para este último período varias residencias y aspiran graduarse tan solo 38 especialistas.

Un problema reciente se relaciona con la propuesta gubernamental para organizar la atención primaria en torno a la llamada medicina general integral a la cual se han asignado recursos humanos, materiales y económicos nunca ofrecidos a la medicina familiar, restándole las pocas oportunidades de becas para realizar estudios de posgrado disponibles.

Pregrado: la especialidad cuenta con espacio académico (cátedras) en sólo 5 escuelas de medicina a nivel nacional, sin existir ningún departamento de medicina familiar. Hasta el momento, los resultados obtenidos por investigaciones han arrojado un alto nivel de satisfacción por parte del estudiante de los logros alcanzados en las pasantías de medicina familiar (14). Sin embargo, hasta el momento la carga horaria representa escasamente el 25 % de la carga asignada a otras especialidades médicas (datos de la Comisión de Currículo de la Escuela de Medicina de La Universidad del Zulia 2006) lo cual revela otra de las importantes limitaciones para la identificación del estudiante con la especialidad de medicina familiar, pues el estudiantado tiene en su formación dominante influencia del modelo de las especialidades, por tanto no puede pedírseles que puedan realizar al egresar una actividad en la cual no han recibido enseñanza adecuada y suficiente.

Investigación

Los posgrados son la principal fuente de investigaciones, tanto en el área clínica, como en los aspectos psicosociales, comunitarios y gestión de salud. Independientemente de su condición de residencia universitaria o programada, los posgrados incluyen como requisito de egreso la elaboración de un proyecto de investigación, lo que anualmente genera alrededor de 40-60 trabajos. Una gran debilidad en el área de investigación, es que gran parte de lo producido se pierde como “literatura gris” al no ser publicado.

Como una forma de estimular la producción científica del médico familiar en formación y del egresado, SOVEMEFA promueve en su evento nacional, la presentación de trabajos libres y otorga anualmente dos premios: Premio estímulo a la Investigación “Dr. Pedro Iturbe”, creado en 2002, Premio de Investigación Psicosocial “Dra. Carmen Cedraro de Carpio”, creado en 2006. Además, los trabajos que obtuvieron las más altas calificaciones se les asegura su publicación en la revista Médico de Familia.

Educación médica continua

SOVEMEFA, organiza y avala gran diversidad de eventos para la mantener la formación de sus médicos familiares, de médicos generales y del personal de enfermería. Cada Capítulo celebra sus Jornadas Regionales y a nivel nacional se efectúan simposios y congresos en los cuales se presentan conferencias con expositores nacionales e internacionales de gran actualidad e interés para los asistentes. Estos eventos sirven además, para el acercamiento de docentes y residentes de las diversas residencias de posgrados de MF.

Recientemente, SOVEMEFA ha comenzado a participar en el Comité Coordinador del Proyecto Global Consorcio (*Project Globe Consortium*) cuya objetivo es mejorar la atención primaria y mantener actualizados a los médicos que laboran en los servicios del primer nivel de atención de los países seleccionados para su implementación. La misión es promover el aprendizaje permanente a través del desarrollo profesional continuo entre los médicos de familia y los médicos generales en países emergentes, desarrollando para esto programas, estándares, recursos y asociaciones que fomenten atención primaria de mayor calidad para los pacientes y las comunidades. La muestra involucrará médicos generales y MF de por lo menos 4 países. A partir

de allí, se crearán las bases para un currículo nuclear que mejore por lo menos tres indicadores de morbi-mortalidad en las poblaciones seleccionadas, mediante la adquisición de capacidades o competencias de los profesionales para actuar en dichos problemas de salud. Algunas de las instituciones participantes son: WONCA, FEPAFEM, *World Federation for Medical Education (WFME)*, *Pfizer Medical Humanities Initiative*, *Global Alliance for Medical Education (GAME)*, *Association for Medical Education in Europe (AMEE)* entre otras (20).

Otros logros

A nivel gerencial

Los médicos(as) familiares ha tenido que asumir cargos de liderazgo en diferentes instituciones de salud, desde divisiones gubernamentales, coordinaciones regionales de salud, organizaciones no gubernamentales, direcciones de ambulatorios, gerencias de centros privados, auditorías de calidad de la asistencia, entre otros.

Publicaciones

“Médico de Familia”, es el órgano divulgativo científico de SOVEMEFA, nace en 1992, como Revista Venezolana de Atención Médica Primaria. En 1998, la revista expande sus fronteras cuando en un acuerdo con el CIMF pasa a ser también el órgano divulgativo de la Subregión Andina de Wonca-Región Iberoamericana-CIMF. En 2004, SOVEMEFA es conocida por WONCA como entidad editora de *Médico de Familia*, motivo por el cual los representantes de la misma son invitados a las reuniones mundiales de editores de revistas de medicina familiar y atención primaria que patrocina WONCA. Estos cambios han permitido cambiar las políticas editoriales, desde ser una revista que en sus inicios sólo podía recibir artículos de Venezuela (local) hasta el presente donde recibe artículos de cualquier parte del mundo (internacional). La revista se encuentra indexada en las Bases de datos de Literatura Venezolana en Ciencias de la Salud (LIVECS) y Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS/BIREME). Es miembro activo de la Asociación de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas (ASEREME) y actualmente se trabaja para lograr su acreditación por el Fondo Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación (FONACIT) del Ministerio de Ciencia y Tecnología.

Proceso de certificación y recertificación

Desde el año 1999, SOVEMEFA, se inicia en el

tema de certificación y recertificación conjuntamente con la Red de Sociedades Científicas (RSCMV) y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. De esta manera, MF es una de las primeras especialidades médicas venezolanas que avanza en el proceso de certificación y recertificación de sus médicos para garantizar la calidad en su formación y educación continua; también, como miembro de WONCA-CIMF, ha participado de la formulación de documentos técnicos, entre ellos los generados en la I Reunión Iberoamericana de Expertos de Certificación Profesional y Acreditación de Programas de Medicina Familiar realizado en Margarita en el 2003 (21). A partir de allí, SOVEMEFA comenzó a divulgar el documento preliminar de certificación, encontrándose que actualmente tiene redactado y registrado un “Documento base para certificación y recertificación del médico familiar” donde se establecen los requisitos para optar por la certificación, y se hacen sugerencias para la recertificación, aunque a la fecha no existe un plan concreto (22). Para este año, según cifras aportadas por SOVEMEFA existen 261 médicos familiares certificados mediante el mecanismo de presentación de títulos y solvencias gremiales, proyectándose que el proceso de recertificación de los primeros grupos podría comenzar en 2010. Para los próximos tres años se viene trabajando en el Proyecto “Optimización del proceso de certificación y recertificación de MF en Venezuela”, avanzando en los primeros pasos para el diseño y aplicación del primer examen de certificación de médicos familiares, instrumento aplicado ya en muchos países, que busca mantener la calidad en la asistencia del paciente y su familia.

Página WEB

SOVEMEFA a la par con el desarrollo de las comunicaciones vía Internet, instala una página Web hace aproximadamente 6 años. En sus comienzos, la información de SOVEMEFA era recuperada a través del dominio www.sovemefa.org y la revista a través de infomediconline, financiado por un laboratorio farmacéutico. En el 2005, pasa a ser administrada directamente por SOVEMEFA a los fines de expandir la cantidad de información a publicarse, por lo cual se produce el cambio de dominio a www.sovemefa.net. En la actualidad contiene información sobre: Junta directiva, historia de la MF, estatutos y reglamentos, secretarías, eventos, actividades de educación continua, publicación on-line de los últimos números de médico de familia.

Para concluir, en este artículo hemos hecho el esfuerzo de resumir una valiosa y actualizada información sobre la medicina familiar venezolana. Autoridades gubernamentales nacionales y regionales, universidades, colegas de otras especialidades, estudiantes de medicina y público en general cuentan ahora con una recopilación de datos que pueden dar respuestas a tantas interrogantes que sobre el ejercicio de la MF pudieran existir. Hoy a los 25 años de su nacimiento en Venezuela, MF se enorgullece de su constante e ininterrumpido esfuerzo en beneficio de la atención primaria en salud que requiere la población venezolana. Los esfuerzos por conseguir el reconocimiento y el apoyo continuarán, las metas es conseguir los recursos y las vías para la formación de médicos en tan noble especialidad y que cada venezolano cuente con un médico familiar como primer contacto en el sistema de salud.

Correspondencia:

Dra. Flor M. Ledesma S. Universidad del Zulia, Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, Departamento de Salud Pública Integral, Cátedra de Medicina Familiar. E-mail: flormaria_ve@yahoo.com

Agradecimientos:

Dra. Ada Vedilei (Ex - Presidenta de SOVEMEFA) y Dr. Nerio Romero (Profesor Titular de la Universidad del Zulia), por sus aportes al presente documento.

REFERENCIAS

1. Iturbe P. La Medicina Familiar: calidad en Atención Primaria, base del Sistema Nacional de Salud. MF. 1987;(4):23-34.
2. OMS / WONCA. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuada a las necesidades de la población: la contribución del Médico de Familia. Documento resultado de la conferencia conjunta OMS-WONCA, 6-8 noviembre de 1994; Ontario Canadá. Barcelona, España: semFYC; 1996.
3. Kahn NB. The future of Family Medicine: A collaborative project of the Family Medicine Community. Future of Family Medicine Project Leadership Committee. Ann Family Med. 2004;2(Suppl 1):3-32.
4. Starfield B. Los números hacen la historia: el mejor cuidado de la salud es atención médica primaria. En: 17ma. Conferencia Mundial de Médicos Familiares; 13-17 octubre de 2004; Orlando-Florida USA. Orlando: WONCA, 2004.
5. Domínguez del Olmo J. Las metas del milenio: contribución del médico de familia. En: 17ma. Conferencia Mundial de Médicos Familiares; 13-17 octubre de 2004; Orlando-Florida USA. Orlando: WONCA, 2004.
6. Stephens G. The Intellectual basis of Family Medicine. Tucson: Winter Publishing Co.; 1982.
7. Knox L, Ceitlin J, Hahn R. Slow Progress: Predoctoral education in family medicine in four Latin American Countries. Fam Med. 2003;35(8):591-595.
8. Vedilei A. Historia de la Medicina Familiar en Venezuela 1974-2005. Caracas: SOVEMEFA; 2006.
9. Brandt C, Borges Z. La inserción de la Medicina Familiar en Venezuela. En: Ceitlin J, Gómez T, editores. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. Madrid: CIMF/semFYC; 1997.p.287-291.
10. Gómez J. Salutación inaugural en representación del IVSS en las I Jornadas Internacionales de Medicina Familiar. En: Iturbe P, editor. I Jornadas Internacionales de Medicina Familiar de las Américas, España y Portugal. 17-19 de marzo de 1983, Maracaibo, Venezuela. Maracaibo: CIMF/FUNVEMEFA, 1983.p.19.
11. Iturbe P. Breve historia del Centro Internacional para la Medicina Familiar. En: Iturbe P, editor. I Jornadas Internacionales de Medicina Familiar de las Américas, España y Portugal. 17-19 de marzo de 1983, Maracaibo, Venezuela. Maracaibo: CIMF/FUNVEMEFA, 1983.
12. Brandt C. Recuerdos al futuro [editorial]. Médico de Familia 2005;13(1):6-7.
13. McWhinney IR. Medicina de Familia. 2ª edición en español. Barcelona: Doyma; 1995.
14. Ledesma F, D'Addosio R, Romero N, Valbuena G. Experiencias adquiridas por los estudiantes durante el curso de medicina familiar. Médico de Familia. 2002;10(1):26-33.
15. Ledesma F, Torrent M, D'Addosio. Características de la población atendida por el médico familiar. Médico de Familia. 2007;15(1):30-36.
16. Ministerio de desarrollo y asistencia social. Anuario de Actividades epidemiológicas. Estado Zulia Venezuela. Municipios Maracaibo y San Francisco; 2002-2003.
17. Levenstein JH, Brown JB, Weston WW, Steward M, McCracken EC, McWhinney IR. Patient-Centered Clinical Interviewing. En: Stewart M, Roter D, editores. Communicating with Medical Patients. Londres: Sage Publications Inc; 1989.p.107-120.

18. División de Estudios para Graduados, Facultad de Medicina, LUZ. Documento curricular de la residencia universitaria para la formación de especialistas en medicina familiar, Maracaibo: Universidad del Zulia, 2000
19. Doherty WJ., Baird MA. Developmental levels in family-centered medical care. *Fam Med* 1986;18:153-6
20. Project Globe Consortium. [Homepage Internet]. New York: Panamerican Federation of Association of Medical Schools; [Consultado en enero 2006]. Disponible en: <http://www.globecpd.org/>
21. WONCA-Región Iberoamericana-CIMF. Documentos Técnicos de la Reunión Iberoamericana de expertos en certificación profesional y acreditación de programas de medicina familiar. 3 Noviembre del 2003, Isla Margarita – Venezuela; Argentina: CIMF-WONCA-OMS; 2004.
22. SOVEMEFA. Documento base para la certificación y recertificación del médico familiar. [documento técnico en Internet]. Caracas: SOVEMEFA; 2005. [Consultado en enero 2006]. Disponible en: http://www.sovemefa.net/DocBaseCertRecert_enero2005.pdf

...viene de la pág. 322.

En abril de 2003, los estadounidenses permitieron que su Gobierno ocupara Irak en nombre de la democracia y destruyera más de un millón de libros en Bagdad. También ardió el Archivo Nacional, con más de dos millones de registros del período republicano y otomano, y en los días sucesivos, esta situación se repitió con las bibliotecas de la Universidad de Bagdad, la biblioteca de Awqaf y decenas de bibliotecas universitarias en Iraq. Rumsfeld, un connotado universitario, fue el gestor de este acto infame.

¿Por qué sucede todo esto? ¿Por qué los intelectuales son los mayores enemigos de los libros? He citado numerosos casos, pero convendría no dejar en el aire una respuesta a estos enigmas.

Baste pensar que el libro no es destruido como objeto físico sino como vínculo de memoria. John Milton, en *Aeropagítica* (1644), creía que lo destruido en un libro era la racionalidad representada: “[...] quien destruye un buen libro mata a la Razón misma [...]1”. El libro le da volumen a la memoria humana. Cuando se destruye un libro, se impone el ánimo de aniquilar la memoria que encierra, es decir, el patrimonio de ideas de una cultura entera. La destrucción se cumple contra cuanto se considere una amenaza directa o indirecta a un valor considerado superior.

Al establecer las bases de una personalidad totalitaria, el mito apocalíptico impulsa en cada individuo o grupo un interés por una totalidad sin cortapisas. Curiosamente, los destructores cuentan con un elevado sentido creativo; poseen su propio libro, que juzgan eterno. Cuando el fervor extremista apriorístico asignó una condición categórica al contenido de una obra (llámese Corán, Biblia o el programa de un movimiento religioso, social, artístico o político), lo hizo para legitimar su procedencia divina o permanente (Dios como autor o, en su defecto, un iluminado, un Mesías).

Con frecuencia, el intelectual que pide o quema directamente un libro lo hace en nombre de un paradigma que juzga superior y por ello, como es natural, debo finalizar esta conferencia con una conclusión preocupante. Debo confesar que mientras más estudio la relación entre intelectuales y biblioclastas, mientras más examino de cerca el odio de los intelectuales por los libros, su participación directa o indirecta en actos de barbarie, más miedo me tengo.

Muchas gracias