

**APORTES DE LA FORMACION DE MEDICOS FAMILIARES AL DESARROLLO
DE LA ATENCION PRIMARIA EN IBEROAMERICA. UNA REVISION
HERMENEUTICA**

INFORME ARGENTINA

**INVESTIGADOR PRINCIPAL
DR. AMURICIO ALBERTO RODRIGUEZ ESCOBAR**

**CO INVESTIGADOR
MALKA IRINA CASTILLO PANTOJA**

**UNIVERSIDAD ELBOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
BOGOTA D.C
2015**

**APORTES DE LA FORMACION DE MEDICOS FAMILIARES AL DESARROLLO
DE LA ATENCION PRIMARIA EN IBEROAMERICA. UNA REVISION
HERMENEUTICA**

INFORME ARGENTINA

**INVESTIGADOR PRINCIPAL
DR. AMURICIO ALBERTO RODRIGUEZ ESCOBAR**

**CO INVESTIGADOR
MALKA IRINA CASTILLO PANTOJA**

Trabajo de grado para optar por el título de Especialista en Medicina Familiar

**UNIVERSIDAD ELBOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
BOGOTA D.C
2015**

TUTORES:

INVESTIGADOR PRINCIPAL

DR. MAURICIO ALBERTO RODRÍGUEZ ESCOBAR
ASESOR METODOLÓGICO

COINVESTIGADOR

DR. MAURICIO RODRIGUEZ ESCOBAR

BOGOTÁ, _____ DÍA _____ MES _____ AÑO _____

SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

" La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, sólo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia".

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación, si bien requirió dedicación y esfuerzo por parte de sus autores, no hubiera sido posible sin la colaboración de las personas citadas a continuación y muchas más que constituyeron un gran apoyo en todo momento y a lo largo de los años que llevó planear y realizar el proyecto.

** Cuerpo docente de la especialización*

** Dr. Mario Acuña Vicepresidente Federación Argentina de Medicina Familiar y General*

Agradecemos a Dios y a nuestras familias.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

1. Contexto del sistema de salud	11
1.1 Características generales del país	11
1.2 Generalidades del sistema de salud	14
1.2.1. Estructura	14
1.2.2. Financiación	16
1.2.3. Modelo de atención primaria y de prestación de servicios	17
2. Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios	21
2.1. Formación en medicina familiar	19
2.1.1. Hitos	19
2.1.2. Características de los programas académicos	22
2.2. Aporte de la medicina familiar a la atención primaria	25
2.2.1. Ámbitos de desempeño	25
2.2.2. Aportes del médico familiar a la atención primaria en salud	27
2.2.3. Algunas experiencias académicas destacadas	27
3. Conclusiones	29

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Indicadores demográficos y de salud	14
Tabla 2. Jornada habitual de un médico de familia en consulta externa	27

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide poblacional de Argentina según estimado para el 2014	13
Figura 2. Estructura del sistema de salud Argentino	16

LISTA DE SIGLAS.

AAMF: Asociación Argentina de Medicina Familiar
APS: Atención primaria en salud
ART: Aseguradora de riesgos de trabajo
CAPS: Centros de atención primaria en salud
FAMFyG: Federación Argentina de medicina familiar y general.
INSSJP: Instituto nacional de seguridad social y salud para jubilados y pensionados
MSAN: Ministerio de Salud
Pami: Programa de Atención Médica Integral
Promin: Programa Materno Infantil
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
OS: Obras Sociales
PLCR: Programa de Lucha Contra Retrovirus y Enfermedades Transmisibles
Remediar: Regulación de medicamentos de Argentina

RESUMEN

Existe una disparidad en Colombia entre la formación de médicos especialistas en Atención Primaria como lo es la Especialidad de Medicina Familiar y los escenarios donde se desempeñan laboralmente. En general se conceptúa que la formación del Especialista en Medicina Familiar se hace para que se desempeñe en escenarios de puerta de entrada del sistema, para que haga una atención integral a las personas en sus diferentes ciclos individual y familiar. Sin embargo, esta puerta de entrada en el primer nivel de atención en el sistema de salud en Colombia es restringida por la normatividad y la organización de los servicios. No ha sido acorde al desarrollo de una puerta de entrada resolutive y eficiente. La Atención Primaria en Salud (APS), promovida por la OPS/OMS, plantea organizaciones más coherentes con la filosofía que se requiere para la organización de servicios basados en la Medicina Familiar, una experiencia que se ha mostrado como un modelo eficiente en América es Canadá. Varios países en la región de Iberoamérica están desarrollando experiencias con base en Medicina Familiar. Se quiere identificar, sistematizar y analizar los aportes de la medicina familiar ha hecho en Iberoamérica a la Atención Primaria en Salud.

Este documento recopila, analiza e interpreta las experiencias en salud de Argentina describiendo los aportes de la formación de especialistas en Medicina Familiar y su ejercicio profesional en la implementación de la Atención Primaria en Salud, sus dificultades y beneficios que ha traído a sus sistemas de salud implementar un modelo basado en Medicina Familiar.

INTRODUCCIÓN

Los diversos problemas en el sistema de salud colombiano a lo largo de la historia y la posición actual de los profesionales sanitarios dentro de la organización se convierten en motivación para buscar experiencias con modelos exitosos de prestación y organización de servicios de salud a nivel mundial.

La Ley 100 de 1993 como hito dentro de la fundamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), llena de dificultades y contradicciones no resueltas hasta el momento, ha requerido de múltiples normativas regulatorias y reformas, dentro de las que destacamos la Ley 1438 del 2011 que promueve la implementación de la APS en nuestro SGSSS. Este nuevo marco lleva a la necesidad de explorar y hacer nuevos planteamientos sobre la operatividad del sistema y del papel preponderante del tema de recursos humanos o talento humano en salud.

El papel del médico familiar dentro del sistema de prestación de servicios de salud dentro del modelo de Atención Primaria en Salud (APS) ha sido planteado como alternativa y solución en varios países a la inequidad en la prestación y distribución de los recursos, la baja cobertura y poca continuidad e integralidad de los servicios. En algunos países de Iberoamérica como Argentina se realizó reforma al sistema de salud, para implementar la Atención Primaria en Salud, como una estrategia para disminuir las inequidades existentes en salud, dar respuesta las necesidades de su población, mejorar las condiciones y calidad de vida de su población, bajo el modelo de Salud Familiar.

Para Colombia, la formación del recurso humano en salud y el énfasis en la calidad de ésta, se ha considerado entre otras, en la Ley 1438 de 2011 que constituye una reforma a algunos de los aspectos relevantes de la Ley 100 de 1993. Esta Ley en aras de plantear e implementar soluciones a las problemáticas de regulación, financiamiento y arreglo institucional propone el Modelo de atención basado en Atención Primaria en Salud y contempla los problemas relacionados con talento humano reconociendo como dificultades la baja utilización de médicos en el primer nivel de atención y la creciente necesidad de

ajustar destrezas clínicas al manejo de afecciones que representan la mayor carga de enfermedad y asegurar calidad y uso adecuado de competencias.

En este trabajo se recopilamos las experiencias en Argentina, como implementaron la Atención Primaria, el desarrollo de la Medicina Familiar y su contribución al desarrollo de la Atención Primaria en Salud. Explica el contexto en el que se ha desarrollado el sistema de salud en estos dos países Iberoamericanos, resalta algunas experiencias, las dificultades que encontraron y las ventajas que ha traído haber implementado ese modelo.

Argentina

1. Contexto del sistema de salud

1.1 Características generales del país

La República Argentina tiene una extensión de casi 3,8 millones de km², de los cuales 2,8 pertenecen al continente. Limita con Uruguay, Brasil, Paraguay, Bolivia y Chile con un perímetro de fronteras de 9.376 kilómetros. Su territorio está dividido en 23 provincias y una ciudad autónoma, Buenos Aires, capital de la nación y sede del gobierno federal(Agencia Central de Inteligencia [CIA], 2014).

Al mes de julio del 2014, su población supera los 40 millones de habitantes (CIA, 2014); casi la mitad reside en la Capital Federal y en la provincia de Buenos Aires. Estas cifras indican una densidad de 14 habitantes por km². Su idioma oficial es el español. Se profesanvarias religiones:la católica (92%), la protestante (2%), la judía (2%) y otras (4%) (CIA, 2014).

La Figura 1 presenta la pirámide poblacional por quinquenios:

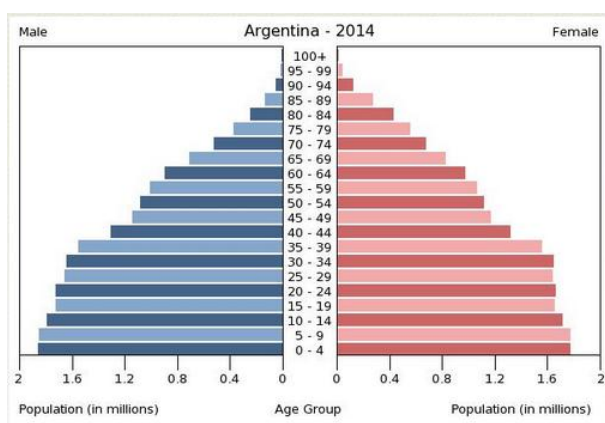


Figura 1. Pirámide poblacional de Argentina, según estimado para 2014

Fuente:CIA, 2014.

De la anterior figura, se puede deducir que la población se encuentra en periodo de transición generacional, es decir, es una población que está envejeciendo. Los datos del 2014 muestran una edad promedio de 30 a 35 años.

La distribución estimada para el año 2014 por grupos de edad es:

0-14 años: 24,9% (hombres 5.486.989 / mujeres 5.233.968)

15-24 años: 15,7% (hombres 3.445.086 / mujeres 3.301.168)

25-54 años: 38,9% (hombres 8.345.893 / mujeres 8.391.445)

55-64 años: 11,4% (hombres 1.895.965 / mujeres 2.017.330)

65 años y más: 11,3% (hombres 2.036.545 / mujeres 2.869.985) (CIA, 2014).

La tabla 1 presenta algunos indicadores demográficos y de salud del país.

Indicador	
Población total (millones)	43.024.374 (2014) ¹
Población cubierta por la seguridad social (%)	63 (2010) ²
Población no asegurada (%)	37 (2010) ²
Expectativa de vida (años)	77,51 (2014) ¹
Mortalidad infantil por 1.000 N.V.	9,96(2014) ¹
Tasa de mortalidad materna por 100.000 N.V.	77 (2014) ¹
Tasa de natalidad por 1.000 habitantes	16,88 (2014) ²
Tasa de mortalidad general por 1.000 habitantes	7,34 (2014) ^{1, 2}
Médicos por 1.000 personas	3,16 (2014) ¹
Enfermeras por 1.000 personas	3,8 (2005) ³
Gasto per cápita en salud cambio promedio (US\$)	500 (2011) ³
Gasto nacional en salud como % del PBI	8,1 (2011) ¹
% de los costos de salud pagados por el gobierno	60 (2010) ²

Tabla 1. Indicadores demográficos y de salud de Argentina (2005-2014)

Fuentes:

¹CIA, 2014.

²Belló& Becerril-Montekio, 2011.

³Stolkiner, Comes &Garbus, 2011.

1.2 Generalidades del sistema de salud

1.2.1 Estructura

En Argentina el sistema de salud es mixto pues incluye un sector público y uno privado (véase Figura 2). Dentro del primero se identifican dos divisiones: la estatal y Seguridad Social. Esta última comprende tres subsectores: Obras Sociales nacionales, Obras Sociales provinciales* y el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INSSJP) junto con el Programa de Atención Médica Integral (Pami). El segundo sector está conformado por firmas de medicina prepagada, las mutuales (sociedades de prestadores de salud particulares) y las aseguradoras de riesgos para los trabajadores (ART).

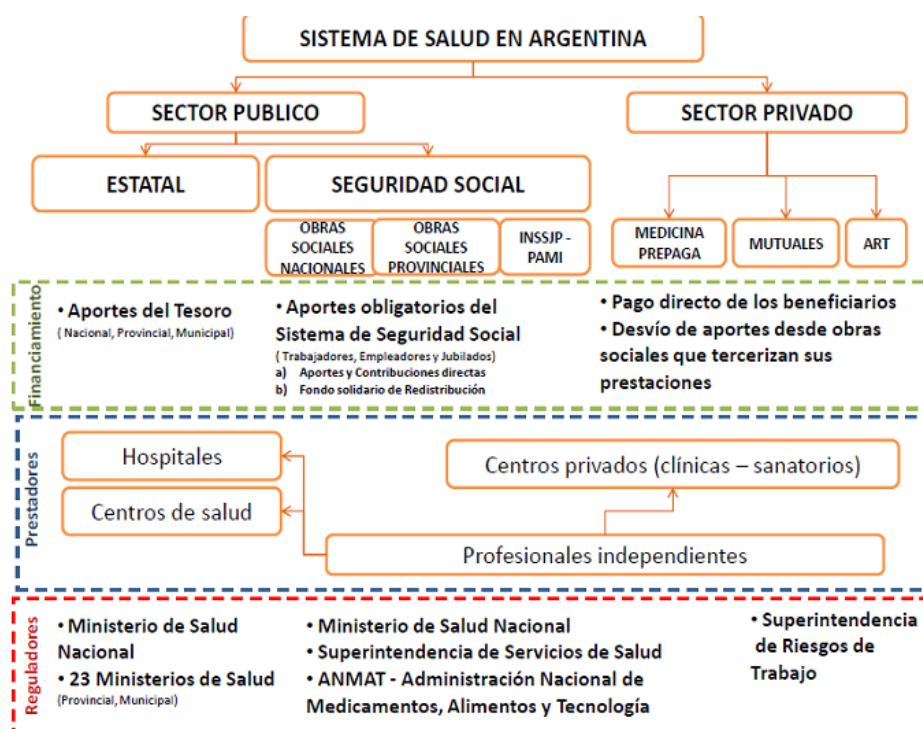


Figura 2. Estructura el sistema de salud argentino

Fuente: Briner A & Aloia C., 2012.

* En Argentina, Obras Sociales se refiere al seguro que tienen los empleados estatales.

La forma de vinculación al sistema de salud y la cobertura pueden variar. En el ámbito público el subsector estatal afilia a la población vulnerable por grupos familiares. Por su parte, Seguridad Social recurre a dos mecanismos: Obras Sociales incluye al empleado y a su grupo familiar; el Pami y el INSSJP registran a las personas jubiladas. La vinculación al sector privado es voluntaria y ofrece coberturas diferentes; por ejemplo, las aseguradoras de riesgos proveen planes que solo incluyen al empleado, y no a su núcleo familiar. La población puede pertenecer a los dos sectores. Se estima que en 2010 la población asegurada al sistema general de salud se encontraba entre 50 y 60% (Belló & Becerril-Montekio, 2011).

La prestación de los servicios de salud en el sector público se realiza en hospitales y centros de atención primaria (CAPS) por profesionales de la salud que están adscritos a esta red. El sector privado cuenta con clínicas propias dependiendo de la compañía aseguradora y con consultorios particulares de profesionales independientes (Stolkiner et ál., 2011).

Adicionalmente vale la pena resaltar que la organización de la administración del sistema del sistema de salud reproduce la organización política administrativa del país con sus niveles central (federal), provincial y municipal. El Ministerio de salud es el responsable de los programas y planes centrales, a nivel provincial se tiene responsabilidad de la administración de los hospitales provinciales y la mayoría de los centros de salud. Hay una gran variabilidad en la forma en que las provincias gestionan los recursos y en varias provincias la administración de los centros de salud se delega a los municipios como es el caso de Córdoba y Buenos Aires. Hay municipios con servicios propios que incluyen los centros de salud y algunas veces hospitales municipales. Hay un Consejo Federal de Salud

y un Consejo Regional de Salud a través de los cuales se coordina las políticas de salud del país (Ríos, 2014).

1.2.2 Financiación

La financiación del sistema de salud proviene de diversas fuentes. En el sector público, Seguridad Social cuenta con aportes por parte del empleado (3% de su salario) y del empleador (6% del salario del empleado). El subsector estatal recibe múltiples contribuciones de los profesionales y empresas privadas a quienes se les retiene el 15% de su ganancia, así como montos del tesoro nacional cuando los recursos son insuficientes, además del aporte fiscal (*véase* figura 2). Estos fondos se depositan en la Superintendencia de Seguridad Social y el Fondo Solidario de Redistribución (Briner et al 2012). Los recursos restantes se usan para desarrollar programas especiales (patologías de alto costo, VIH, entre otros) y apoyar financieramente al subsector de Seguridad Social. El sector privado se financia con las primas que los hogares o las empresas pagan a las instituciones médicas privadas, al igual que con los pagos directos por uso de este servicio. (Belló, M., & Becerril- Montekio, V.M. 2011). En el sector estatal el Ministerio de Salud es el responsable de la transferencia de recursos a las provincias, estas ejecutan los fondos recibidos, gestionan recursos propios que aplican a sus hospitales y transfieren además recursos a los municipios. (Ríos, 2014).

1.2.3 Modelo de atención primaria y de prestación de servicios

Para dar cumplimiento al tratado de Renovación de la Atención Primaria en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (2005), Argentina está implementando este modelo. El objetivo de dicho tratado es reducir las enfermedades prevalentes y mejorar la calidad de vida de la población creando programas dirigidos a los pacientes en los diferentes ciclos vitales. De acuerdo con esto, se destinan recursos para diseñar y divulgar estos programas, así como para fomentar la construcción de la infraestructura necesaria donde atender a la población (Tobar, Montiel, Falbo, & Drake, 2006).

En 2004 se diseña un plan de salud aprobado por el Ministerio de Salud que impulsa la implementación de la atención primaria con un enfoque centrado en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Este establece la conformación de redes que permita integrar los distintos niveles de complejidad. Todo esto con el fin consolidar una atención con calidad orientada a las necesidades de la población (Tobar et ál., 2006).

De conformidad con lo anterior, se crean el Programa de Atención Médica Integral (Pami), dirigido a la población de 25 a 59 años; el Programa Materno Infantil (Promin), que atiende a madres gestantes, en periodo de lactancia y al recién nacido; y el Programa de Lucha Contra el Retrovirus y Enfermedades Transmisibles (PLCR) para personas con VIH y enfermedades infecciosas que tienden a la cronicidad. Los adultos mayores son atendidos en su totalidad, independientemente de su patología de base, por el Instituto Nacional de Salud para Pensionados y Jubilados (INSSPJ). Para la distribución de medicamentos se cuenta con el programa Remediar (Regulación de Medicamentos Argentina). En lo que respecta al sector privado, la atención a la población no tiene programas como tal, es decir

no importa la edad, ciclo vital o estado de salud ya que los gastos los asume el paciente (Briner & Aloia, 2012).

La implementación de estos programas de atención primaria ha generado resultados como el aumento de la expectativa de vida y la mejora en su calidad. Además se han alcanzado algunas de las metas del milenio como mayor número de población vacunada en menores de cinco años (Stolkiner et ál., 2011).

En la década entre 2004 y 2014 no se presentan cambios significativos. En 2014 se realizan algunas modificaciones a los programas existentes y se adicionan nuevos para vincular a la población que antes no estaba protegida (pacientes con edades entre los 5 y 14 años y de 20 a 25 años). El Promin acoge a los adolescentes (edades entre 10 y 19 años), mientras que el Programa Primeros Años se dirige a niños entre los 0 y los 4 años y ofrece pautas de crianza, crecimiento y alimentación sana. El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable cubre a personas en edad fértil (de 15 a 44 años) y la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones atiende a la población consumidora de sustancias o que padece enfermedades psiquiátricas (Ministerio de Salud Argentina, 2014).

Los centros de prestación de servicio se denominan centros de atención primaria en salud (CAPS) y se localizan en el primer nivel de atención. El acceso es libre y no importa el tipo de afiliación que se tenga dentro del sistema de salud (Stolkiner et ál., 2011). En 2005 existían 6433 centros, de los cuales 54% se ubican en las provincias y 46% en los municipios.

Los CAPS cuentan con cuatro especialidades: medicina familiar, pediatría, obstetricia y ginecología, y atienden a todo tipo de personas a nivel nacional, provincial o municipal. Esta diversidad de especialistas permite disminuir la consulta en los niveles II y III, con lo

cual se ahorran recursos y se mejora la atención del paciente (Stolkiner et ál., 2011; Tobar et ál., 2006). Sin embargo, de acuerdo con el personal médico y de enfermería consultado en una investigación adelantada en 2006, los CAPS presentan fallas justamente en relación con el recurso humano debido a la precariedad de las condiciones laborales y de remuneración, lo que obliga a la no continuidad laboral (Stolkiner et ál., 2011).

El segundo nivel de atención (atención especializada y parte de internación) se presta en instituciones hospitalarias y clínicas. La capacidad instalada en 2006 era de 1.319 hospitales públicos distribuidos así: 6 pertenecían al ámbito nacional, 1000 al provincial y el resto al municipal. Entre todos tenían 75.000 camas disponibles (Tobar, et ál., 2006). El tercer y cuarto nivel (alta complejidad) de la red pública cuenta 336 hospitales que ofrecen cuidado intensivo para adultos y niños, además de salas de cirugía para procedimientos complejos como los trasplantes (Ministerio de Salud Argentina, 2011).

2. Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios

2.1 Formación en medicina familiar[†]

2.1.1 Hitos

En los años de 1930 y 1940 en el contexto de la posguerra, el médico general argentino inicia su formación en hospitales donde la atención de personal es masiva y no existe mucha preocupación por la calidad del servicio, sino más bien por la cantidad de atendidos. Esta situación se refleja en un aumento de la mortalidad y la morbilidad, lo cual lleva a

[†] La literatura sobre la medicina familiar en Argentina deja de publicarse a partir de 2006. Se desconocen las razones de este fenómeno.

adoptar el modelo de atención norteamericano, que tiene en cuenta la calidad, no la cantidad, donde el servicio es prestado por profesionales (Ceitlin, 2006).

En el periodo comprendido entre 1960 y finales de 1970, aparecen los términos especialización tardía y temprana para denominar la creciente oferta de especialidades (temprana) y sub especialidades (tardía). Debido a la preferencia de los médicos generales por especializarse, disminuye el número de estos, el generalismo no es atractivo. Una posible razón es que al realizar especializaciones, existen mejores garantías y oportunidades laborales, a la vez que los pacientes consideran que reciben una atención de mayor calidad (Ciuffolini & Jure, 2006). Durante este periodo se crea el Ministerio de Salud de la Nación, caracterizado por incrementar la calidad de la atención, el desarrollo tecnológico y la educación médica (Ciuffolini & Jure, 2006).

A finales de la década de 1980 e inicios de la de 1990, la aparición de tecnología y la buena remuneración incrementan la tendencia por el crecimiento en número de especialistas y la disminución de médicos generalistas. Esto lleva a la fragmentación del cuidado del paciente por varias especialidades, sin que exista en muchos casos comunicación adecuada entre las partes, lo que produce confusión y a veces poca respuesta terapéutica y adherente en el paciente con respecto al manejo de sus patologías (Ciuffolini & Jure, 2006).

Al comenzar la década, esta desintegración genera la inconformidad de los pacientes, quienes reclaman un modelo centrado en ellos. En respuesta a esta necesidad, a comienzos de la década de los años 90, surge la especialización en medicina familiar, centrada en los intereses del paciente, basada en principios éticos y en un modelo biopsicosocial, ceñida a las normas clínicas y a las guías internacionales y capaz de integrar y liderar a las demás disciplinas médicas (Ceitlin, 2006). Con el transcurrir de la década, se consolida la

valoración del médico familiar como un recurso costo-efectivo satisfactorio. En este contexto, se funda la Asociación de Medicina General en 1996 y la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG) en 1998, que representan el movimiento generalista del país (Ciuffolini & Jure, 2006).

Los objetivos básicos de la Federación son incentivar el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la comunidad, apoyar la estrategia de APS y fortalecer la especialidad de medicina familiar, al igual que la práctica generalista en Argentina. La Federación es responsable de organizar actividades científicas y congresos anuales, realizar el proceso de certificación de especialistas y promover la investigación en pro de la atención primaria (Vallese& Roa, 2006).

El nuevo siglo viene acompañado de un importante desarrollo de la medicina familiar en los siguientes aspectos:

- La inserción de médicos familiares en los niveles decisorios y operativos del sistema sanitario, tanto en el sector público como en el privado.
- La incorporación de modelos de salud familiar como estrategia de atención en el subsector público de diversas provincias.
- La activa participación del médico de familia en distintos programas desarrollados por el Ministerio de Salud de la Nación (Vallese & Roa, 2006).

2.1.2 Características de los programas académicos

La residencia es un sistema de entrenamiento en servicio y formación para estudiantes de posgrado del área médica. Su duración en general es de cuatro años y se rige por la resolución ministerial 389 de 1989, que no ha sido modificada a la fecha. Sus principios de formación son trabajo interdisciplinario, eficacia, responsabilidad, solidaridad y responsabilidad social (Silberman & Mangano, 2007). El soporte legal de las residencias lo conforman las leyes 17.132 sobre el ejercicio de la medicina y 22.127 sobre la regulación y funcionamiento de los programas de residencia.

Existen dos tipos de residencias: generalista y de medicina familiar. La duración de los programas oscila entre tres y cuatro años y la mayoría de docentes son médicos familiares y generalistas (Jure, 2009). Los dos tipos de residencia se diferencian por la práctica clínica. La parte asistencial de la primera transcurre únicamente en los centros de atención primaria (CAPS); en cambio, la segunda puede desarrollarse tanto en los CAPS como en centros de segundo nivel de atención (hospitales) en rotaciones con diferentes especialidades. La ventaja consiste en que el médico familiar presta atención de calidad, ya que su modelo se centra en el paciente en sus esferas biopsicosociales (Vallese & Roa, 2005).

Según el primer censo de residencias realizado entre 2003 y 2004, en esa época existían 94 en total. De estas 70 eran de medicina general y 24 de medicina familiar. Estos datos podrían no ser exactos porque varios programas se rehusaron a participar en el Censo. Una posible causa de este comportamiento es que no siguen de manera rigurosa del marco de referencia establecido (Vallese & Roa, 2005).

En 2008 se busca un consenso para identificar, unificar y reunir los diversos programas que ofrecen la especialización, en el que participan diferentes universidades (Universidad

Nacional del Rosario, Universidad Nacional de Córdoba, Universidad Nacional del Sur) e instituciones formadoras (Federación Argentina de Medicina Familiar y General) y el Ministerio de Salud Nacional. Como resultado se presenta un currículo general con bases y características claras que rige para todos los programas (Ministerio de Salud de Argentina, 2010).

El programa de medicina familiar del Hospital Italiano es el que mejor representa dicho currículo. Con una duración de cuatro años, se propone formar especialistas en medicina familiar, con un conocimiento clínico amplio, con capacitación en diferentes instituciones y rotación en diversas especialidades. De acuerdo con esto, el egresado será capaz de realizar un abordaje integral de los pacientes desde el punto de vista biológico, social y psicológico. Será altamente resolutivo, trabajará en pro de la conservación de los recursos que tenga a su alcance, y estos últimos se destinarán a la resolución de los problemas de salud de la población a cargo. También se espera que el egresado esté en capacidad de:

- Conocer la población a cargo para poder aplicar su conocimiento en pro de la conservación de la salud de los individuos.
- Liderar los procesos requeridos para crear programas de atención primaria.
- Tener en cuenta que el paciente es un todo para proporcionar una correcta atención (biopsicosocial).
- Conocer y entender las etapas y ciclos de cada edad de desarrollo del individuo.
- Liderar el proceso de atención multidisciplinario.
- Crear programas basados en la conservación y pertinencia con respecto al uso de recursos.
- Trabajar en líneas de investigación (Hospital Italiano de Buenos Aires, 2012).

A continuación se describe el plan de estudios, desglosado por años. En el primero, el residente debe adquirir destrezas en su manera de pensar para identificar los problemas prevalentes en la población y poder intervenirlos. Para esto realiza rotaciones en centros de atención primaria (CAPS): medicina familiar, atención de la mujer, salud mental, pediatría y neonato, urgencias (adulto, pediátrico), hospital día y dermatología. En el segundo año, debe desarrollar habilidades para comprender mejor el ciclo de salud y enfermedad, para intervenir sobre el paciente y realizar un plan de manejo. El residente realiza rotaciones en servicios de medicina familiar y comunitaria II, salud mental II, salud de la mujer II, internación médica (hospitalización), reumatología, urgencias II. Durante el tercer año, el residente debe estar en capacidad de realizar diagnósticos situacionales y resolver problemas de la población con base en ellos. Rota en salud mental III, urología, cardiología, ortopedia, cirugía general, oftalmología, otorrinolaringología y urgencias III. Finalmente en el cuarto año, debe integrar sus conocimientos y solucionar los diversos problemas prevalentes en la población a su cargo, y debe estar en la capacidad no solo de intervenir estos problemas, sino de crear programas para prevenir la aparición de los mismos. Sus rotaciones son: medicina rural, investigación y electiva (Hospital Italiano de Buenos Aires, 2012).

2.2 Aporte de la medicina familiar a la atención primaria

La atención primaria en Argentina empieza a implementarse en la década de 1990. Por tratarse de un modelo de atención centrado en el paciente, el médico de familia es el especialista idóneo para desarrollarla ya que está en capacidad de resolver la mayoría de los

problemas sanitarios de la comunidad a cargo. Por la capacidad de atención de la población sin restricción de edad y la comprensión de los ciclos vitales de los pacientes, esta especialidad ha hecho aportes significativos al educar a la población, crear programas de atención primaria y garantizar tanto la calidad como eficiencia del servicio prestado a los pacientes. Es importante también destacar las capacidades de este especialista ya que al conocer a su comunidad puede contribuir en el desarrollo de programas enfocados en problemas prevalentes en ella (Coppolillo, Labory, Martin & Giménez, 2008).

2.2.1 Ámbitos de desempeño

El ambiente natural de la práctica del médico familiar en Argentina es el primer nivel de atención: los centros de salud, consultorios externos y los hospitales rurales y de mediana complejidad. A continuación, en el Cuadro 2 se describe una jornada laboral del médico familiar en el ámbito de consulta externa, es decir, la jornada de un especialista en atención primaria en el sector público.

Número de pacientes	Jornada	Consulta programada	Cuidado de la comunidad
30 a 60	Media jornada: 4 a 6 horas diarias	10 a 20 pacientes en medio tiempo	De 3 a 6 horas

Tabla 2. Jornada habitual de un médico de familia en consulta externa

Fuente: Ministerio de Salud de Argentina, 2010.

El médico familiar trabaja en conjunto con otros profesionales del sector salud, actores sociales institucionales y no institucionales, así como con autoridades sanitarias locales, jurisdiccionales y nacionales. Sin embargo, de acuerdo con Ciuffolini y Jure (2006), la baja remuneración y factores externos como la localización en áreas rurales lejanas lo han llevado a ubicarse en el sector privado.

2.2.2 Aporte del médico familiar a la atención primaria en salud

El médico familiar articula la atención del paciente, sobre todo desde la atención primaria, lidera dicha atención en los equipos de trabajo, ahorra y distribuye los recursos necesarios en la prestación del servicio, y es base en la creación y ejecución de los programas de atención primaria. Debido a lo anterior, se considera importante que cada médico de familia tenga a su cargo una población específica: conocerla le permite intervenir en necesidades específicas y resolverlas, así como prevenir la aparición de nuevos problemas en salud (Coppolillo et ál., 2008).

Otro aporte importante que se da en este ámbito es la comprensión integral de la persona, el conocimiento de la enfermedad, sus diferentes etapas y probablemente un abordaje más certero. Además, el médico familiar tiene la capacidad de trabajar en equipo, al integrar las diferentes especialidades clínicas al servicio de los pacientes, así como la capacidad de liderazgo que permite:

- Promover programas de atención primaria al reducir al mínimo las enfermedades prevalentes, impartir educación en salud e inmunizar a la población en la infancia y adultez.

- Mejorar la calidad de vida del paciente crónico aplicando la prevención secundaria y terciaria (son actividades encaminadas al manejo de la patología crónica con secuelas).
- Planificar y organizar recursos, además de establecer prioridades (Sáez, 2008).

Esto hace que, por sus características, esta especialidad cambie algunos paradigmas preestablecidos: el paciente es integral, un individuo total; su abordaje es distinto y no es por órganos, por tanto, la parte social y psíquica influyen en la biológica; la atención debe ser personalizada. Este último aspecto implica que si bien se utilizan guías de manejo y estándares internacionales, estos se aplican a cada paciente de manera personalizada y además se involucra a su familia. La tecnología debe ser una aliada, una herramienta más. Cambia también el fin de la atención ofrecida: más que curativa se espera que sea preventiva (Ceitlin, 2006).

2.2.3 Algunas experiencias académicas destacadas

Existen en Argentina dos experiencias que destaca la literatura por su aporte a la residencia de medicina familiar y la posibilidad de establecer un modelo centrado en el paciente a través de un programa piloto.

1. Experiencia de la formación de residentes de medicina familiar en Bahía Blanca:

esta experiencia comienza en 1989 en respuesta a la necesidad de atención integral y resolución de problemas en salud y a las limitaciones detectadas en la formación de pregrado en medicina general. El programa de medicina familiar, acreditado según el marco legal de la resolución ministerial 389 de 1989, se centra en la formación de residentes en

primer nivel de atención mediante grupos de trabajo interdisciplinario, liderados por el residente bajo la supervisión de un médico familiar como tutor. Los resultados fueron satisfactorios ya que se identificó la población, las patologías prevalentes y se hicieron intervenciones por parte del grupo interdisciplinario con disminución de la morbilidad en la población. Esta experiencia es significativa porque es una de las primeras residencias de medicina familiar dentro de un marco legal (Jure, 2009).

2. Programa Salud Familiar en Córdoba: en 2009, comienza a implementarse este programa como un esbozo de modelo de atención centrado en el paciente. Es una de las bases del programa moderno de medicina familiar en Argentina.

Dentro de sus objetivos figuran:

1. Fortalecer la estrategia en atención primaria, es decir: la salud del individuo debe ser una prioridad, y se debe desarrollar plenamente y sin restricciones.
2. Conformar unidades de salud interdisciplinarias con población nominal a cargo: se pretende mejorar la calidad del trabajo en condiciones laborales adecuadas.
3. Propiciar la promoción de la salud con enfoque en determinantes, estimulando políticas públicas saludables.
4. Tender a la reducción de la morbilidad y mortalidad evitables por enfermedades transmisibles y no transmisibles en las distintas etapas del ciclo vital individual y familiar en cada comunidad.
5. Estimular el desarrollo de una comunicación social intercultural y de estrategias de participación popular sustentables en el tiempo (Jure, 2009).

Estas dos experiencias realzan la conveniencia del modelo para la atención del paciente con la participación de médicos familiares. Las razones por las que no se ha generalizado el modelo de Argentina requieren un análisis más profundo.

3. Conclusiones

1. El sistema de salud de Argentina es un sistema mixto con una administración federal. Estas dos características han terminado en un sistema fragmentado y segmentado.
2. Las propuestas de la implementación de la APS en Argentina están realizadas más por grupos etarios y por problemas específicos de salud que en una propuesta centrada en el paciente. Progresivamente se ha logrado cubrir a todos los grupos etarios al incluir a las edades entre 5 y 24 años que tenían limitaciones en su cobertura.
3. Existe en la organización los CAPS que deben dar una respuesta adecuada como puerta de entrada del sistema. Se describe que presentan problemas de recursos humanos por la precariedad de las condiciones laborales y de remuneración. El cambio en estas condiciones podría ser un incentivo para que los médicos familiares se ubicaran allí y cumplieran el papel o rol para el que han sido formados.
4. Existe una división de programas que forman médicos generalistas en Argentina, programas de medicina familiar y programas de medicina general. Existe también una división entre programas acreditados y no acreditados. Aunque ya se han hecho esfuerzos en la búsqueda de la unificación, vale la pena revisar la posibilidad de estandarizar los esquemas de formación y lograr los niveles de calidad suficientes para que todos sean certificados y así darle más fortaleza a la especialidad.

5. Existen programas de medicina familiar y/o general en Argentina y experiencias de modelos centrados en el paciente donde podrían actuar estos especialistas. Se requiere revisar las barreras que existan para que el modelo que promueve la OMS no se haya podido generalizar ya que esto limita el desarrollo de la APS. Uno de los principales problemas es la organización fragmentada y segmentada que hay en los servicios de salud.
6. La adecuada organización de servicios centrados en el paciente y la creación de equipos de atención primaria responsables de poblaciones puede posicionar al médico de familia como actor principal en la APS, ya sea como miembro del equipo de APS o coordinando los recursos y el resto de especialidades en pro de la salud de la comunidad

Obras citadas

Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). *The World Factbook*. Recuperado de <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ar.html>

Belló, M., & Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. Atlas de los sistemas de salud de América Latina. *Salud Pública de México*, Vol. 53(2):96-108. Recuperado de <http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v53s2/06.pdf>

Ceitlin, J. (2006). La medicina familiar en América Latina. Presentación. *Series*, 38, 511-514.

Coppolillo, F., Labory, L., Martin, P. & Giménez Lascano, G. (2008). El médico que la gente prefiere: Investigación cuali-cuantitativa acerca de la preferencia de la medicina centrada en el paciente en el área metropolitana de Buenos Aires. *archivos de medicina familiar y general*. Vol. 5 (1): 1-8. Recuperado de <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/view/65>

Briner, A., & Aloia, C. (2012). Trabajo: Sistema de salud en argentina: Evidencias recientes de su fragmentación y vigencia de asimetrías. asociación de economía para el desarrollo de la argentina. IV CONGRESO ANUAL. Facultad de Ciencias económicas Universidad de Buenos Aires. (). In L. Clérico, L. Ronconi & M. Aldao (Eds.), *Tratado de derecho a la salud*. Buenos Aires. Año de publicación: 2013: Editorial: Abeledo Perrot,.

Hospital Italiano de Buenos Aires. (2012). Programa: Residencia en medicina familiar. Recuperado de

http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/noticias_archivos/93/PROGRAMAS_DE_RESIDENCIA/93_RESIDENCIAENMEDICINAFAMILIAR2012.pdf

Jure, H. (2009). Renovación de la atención primaria de la salud: Experiencias del programa de salud familiar. *Archivos de Medicina Familiar y General*. 6(1). Recuperado de <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/view/70>

Ministerio de Salud Argentina. (2014). Programas y planes del Ministerio de Salud de Argentina. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes>

Ministerio de Salud Argentina. (2011). Comenzó la primera reunión de hospitales públicos de alta complejidad de todo el país. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php/noticias/noticias-de-la-semana/35-comenzo-la-primer-reunion-de-hospitales-publicos-de-alta-complejidad-de-todo-el-pais>

Ministerio de Salud de Argentina. (2010). Marco de referencia para la formación en residencias médicas especialidad de medicina general y/o familiar. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/medicina%20general%20y%20familiar%20ok.pdf>

Ríos Ferreira, G. (2014). Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de américa del sur. mapeo de la APS en argentina. (). [http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev\[328\]ling\[1\]anx\[297\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[328]ling[1]anx[297].pdf): www.isags-unasur.org.

Stolkiner, A., Comes, Y. & Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la atención primaria de la salud en Argentina. *Ciência&Saúde Coletiva*, 16(6):2807-2816. Recuperado de <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n6/19.pdf>

- Tobar, F., Montiel, L., Falbo, R., & Drake, I. (2006). La red pública de atención primaria de la salud en Argentina: Diagnóstico y desafíos. Recuperado de http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf5/La_Red_Publica.pdf
- Silberman, P., & Mangano, A. (2007). Residencia en medicina familiar con un currículo basado en competencias y formación interdisciplinaria: Una experiencia en Bahía Blanca. *Archivos de Medicina Familiar y General*. 4(1). Recuperado de <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/view/51>
- Vallese, M. C & Roa. (2006). Medicina familiar y general en Argentina. Atención primaria. *Aten Primaria*. 2006;38(10):577-9
- Vallese, M. C & Roa.. (2005). Primer censo de residencias de medicina familiar y general en la república argentina. *Investigaciones Originales Archivos De Medicina Familiar Y General*, 1(3), 25-39.