

CAPÍTULO UNO: METAS PARA EL SISTEMA DE ATENCIÓN SANITARIA

Tabla 1

DEFINICIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La atención primaria de salud es la atención elemental de salud basada en sintomatología y tecnología práctica, científica y socialmente aceptadas, para hacerla universalmente accesible a los individuos y a sus familiares dentro de la comunidad, a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan afrontar. Forma parte integral, por un lado, del sistema nacional de salud, del cual es el soporte central y el principal punto de referencia y, por otro lado, del desarrollo socioeconómico de la comunidad.

La atención primaria de salud, incluye al menos:

- Formación respecto a problemas de salud prevalentes y métodos para prevenirlos y controlarlos.
- Promoción del suministro de alimentos y de una correcta nutrición.
- Adecuado suministro de aguas potables y saneamiento básico.
- Atención maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar.
- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- Prevención y control de las enfermedades endémicas locales.
- Tratamiento correcto de las enfermedades y lesiones más comunes.
- Provisión de los medicamentos esenciales.

Fuente. Organización Mundial de la Salud. La Declaración de Alma-Ata. Conferencia internacional de atención primaria, 1978.

Los gobiernos y los sectores públicos y privados tienen un interés y una responsabilidad fundamental en promover la salud de los habitantes de todo el mundo. Para conseguirlo, se requiere que cada país se implique en utilizar sus recursos:

- Para mejorar la salud pública desde un punto de vista social, económico, educativo, medioambiental y de todas las demás condiciones que afectan a la salud.
- Para asegurar que la población tenga acceso a un paquete mínimo de servicios sanitarios, potenciando, sobre todo, la atención primaria de salud (tabla 1).
- Para asegurar una provisión adecuada de médicos correctamente preparados y otros profesionales sanitarios, para proporcionar estos servicios.

Aunque no es el propósito de este informe, es importante reconocer que para mejorar la salud de la población a través de una estrategia de gobierno, debe mantenerse una política de crecimiento económico que mejore el sistema educativo y promueva los derechos y la posición social de todos los ciudadanos, particularmente mujeres, grupos minoritarios y las clases bajas. Dicho crecimiento económico y dichas políticas formativas y de derechos humanos son parte de las recomendaciones de la OMS para mejorar la salud. Estas estrategias son importantes para todos los países, sin tener en cuenta su nivel de desarrollo socioeconómico.

Durante los últimos cuarenta años, la esperanza de vida ha mejorado más que en toda la anterior historia de la humanidad (1). La esperanza de vida en los países en vías de desarrollo ha aumentado desde los 40 años, en 1950, a los 63, en 1990. En 1950, 28 de cada 100 niños de todo el mundo morían antes de los 5 años de edad. En 1990, esta cifra ha disminuido hasta situarse en el 10%.

Sin embargo, se han combinado el progreso en el desarrollo económico y el progreso sanitario. *El informe sobre el Desarrollo en el mundo: invertir en Salud*(1), 1993, del Banco Mundial, resume de manera concisa el progreso en datos y metas para alcanzar en el futuro (fig. 1, tabla 2). Entre 1975 y 1990, la mortalidad infantil mundial descendió de 135 a 96 por 1.000 y la esperanza de vida se incrementó de 60 a 65 años. Además, tanto los informes sobre salud global del Banco Mundial, como los de la OMS, hacen referencia a los importantes problemas de salud que faltan por resolver. Por ejemplo, los países en vías de desarrollo tienen una mortalidad infantil diez veces superior. Si los índices de mortalidad infantil de estos países se redujeran al nivel de los países desarrollados, cada año morirían 11 millones menos de niños. Casi la mitad de las muertes infantiles en los países en vías de desarrollo son prevenibles, al ser consecuencia de diarreas y enfermedades respiratorias, exacerbadas por la malnutrición. En todo el mundo, 7 millones de adultos mueren cada año por problemas que podrían haber sido prevenidos o bien curados de una forma económica.

... Los índices de mortalidad infantil son 10 veces superiores en los países en vías de desarrollo. Si estos índices se redujeran al nivel de los países desarrollados, cada año morirían 11 millones menos de niños.

Además, tanto los países desarrollados, como los países en vías de desarrollo, afrontan nuevos retos sanitarios. El crecimiento de la mortalidad por SIDA, el paludismo resistente al tratamiento y las muertes relacionadas con el tabaco, por cáncer o enfermedades cardíacas o pulmonares pueden aminorar los recientes logros, en cuanto a la longevidad. El progreso en reducir la mortalidad infantil creará nuevas necesidades a los sistemas sanitarios, para proveer de una asistencia de calidad a la población adulta y anciana, controlando, al mismo tiempo, el incremento de los costes. La atención sanitaria y la formación médica representan una inversión pública al alcance de la mayoría de los países y, aunque ambos aspectos han contribuido sólo a una fracción de los logros recientes, pueden tener un impacto significativo en la mejora del estado de salud.

En todo el mundo, 7 millones de adultos mueren cada año de enfermedades que podrían haberse prevenido o curado de una forma económica.

Las inversiones en la clase sanitaria, que hoy día pueden llegar a los 2/3 del presupuesto sanitario nacional, necesitan ser cuidadosamente consideradas para asegurar una presencia de profesionales sanitarios adecuados en cuanto a número, tipo y distribución, a fin de proporcionar individualmente los servicios sanitarios públicos requeridos. No obstante, algunos de los problemas más importantes deben ser tenidos en cuenta para mejorar la calidad del ejercicio médico y de la formación médica.

El progreso en reducir la mortalidad infantil creará nuevas demandas a los

servicios sanitarios, para proveer de una asistencia de calidad a la población adulta y anciana, pero controlando, al mismo tiempo, el incremento de los costes.

En 1978, los países del mundo reunidos en la Conferencia Internacional sobre atención primaria en Alma-Ata (antigua Unión Soviética), bajo los auspicios de la OMS y la UNICEF, redactaron un articulado con el punto de vista reseñado (2). La Declaración de Alma-Ata (apéndice 1) hizo una llamada hacia la Salud para Todos, de manera que todo el mundo esté capacitado para llevar a cabo una vida social y económicamente productivas. Esta llamada fue realizada a través de la OMS, la UNICEF y otros organismos internacionales, gobiernos y sectores sanitarios públicos y privados, a fin de mantener una implicación nacional e internacional que mejorara el estado de salud y disminuyera las diferencias tanto del estado de salud como del acceso a los servicios sanitarios. La Declaración de Alma-Ata reconoció la necesidad de los países de proporcionar servicios sanitarios esenciales para toda su población y la necesidad de tener una clase sanitaria apropiada, incluyendo a los médicos "correctamente preparados para trabajar social y técnicamente como un equipo sanitario que responda a las necesidades de salud expresadas por la comunidad" (1).

En 1981, se formuló una estrategia global para conseguir la Salud para Todos, que fue aceptada por la comunidad de las naciones (tabla 3). Desde entonces el progreso ha sido diverso. Muchos países se han implicado en los objetivos de la Salud para Todos, documentándose diferentes impactos, como la mejora en los niveles de inmunización o la atención creciente hacia los problemas medioambientales. Sobre todo, la media de esperanza de vida se incrementó desde los 60 a los 65 años de edad, entre 1975 y 1990. Otros países, en cambio, han tenido poco o nada de progreso. En 1988, se celebró en Riga (Letonia) una reunión para revisar y analizar el progreso conseguido. Debido a esta diferente situación comentada, los participantes en la conferencia hicieron un llamamiento a las naciones del mundo para acelerar su compromiso de Salud para Todos (3).

Tabla 2
POBLACIÓN, INDICADORES ECONÓMICOS Y PROGRESO
SANITARIO SEGÚN REGIONES DEMOGRÁFICAS, 1975-
1990

Región	Población		Ingresos <i>per cápita</i>		Mortales y Esperanza de vida			
	1990 (millones)	1990 (millones)	Dólares 1990	Tasa de crecimiento 1975-1990 (% por año)	Mortalidad Infantil		Esperanza de vida al nacer (años)	
					1975	1990	1975	1990
África sub-sahariana	510	7,9	510	-1,0	212	175	48	52
India	850	9,3	360	2,5	195	127	53	58
China	1.134	8,9	370	7,4	85	43	56	69
Resto Asia e islas	683	5,5	1.320	4,6	135	97	56	62

Latinoamérica y Caribe	444	3,0	2.190	-0,1	104	60	62	70
Oriente Medio	503	4,4	1.720	-1,3	174	111	52	61
Antiguas economías socialistas de Europa (ESE)	346	3,8	2.850	0,5	36	22	70	72
Economías socialistas de Europa (ESE)	798	7,1	19.900	2,2	21	11	73	76
Grupo en desarrollo demográfico*	4.123	39,1	900	3,0	152	106	56	63
ESE y EME	1.144	10,9	14.690	1,7	25	15	72	75
Mundo	5.267	50,0	4.000	1,2	135	96	60	65

Nota. La mortalidad infantil es la probabilidad de morir entre el nacimiento y los cinco años de edad, expresada por cada 1.000 nacimientos vivos; la esperanza de vida al nacer es la media de años que una persona vivirá, según las tasas prevalentes de mortalidad específicas por edad.

* Los países de las regiones demográficas del África sub-sahariana, India, China, otros países de Asia e islas, Latinoamérica y el Caribe, y los países del Oriente Medio.

Fuente. para renta *per cápita*, datos del Banco Mundial (1); para los demás aspectos, Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1993, del Banco Mundial.

La Declaración de Alma-Ata reconoció la necesidad de los países de proporcionar servicios sanitarios esenciales para toda su población y la necesidad de tener una clase sanitaria apropiada, incluyendo a los médicos "correctamente preparados para trabajar social y técnicamente como un equipo sanitario que responda a las necesidades de salud expresadas por la comunidad" (1).

Aunque, un factor necesario para mejorar la Salud para Todos es una aproximación a la mejora de la calidad y de la distribución de los servicios sanitarios proporcionados por los médicos, existe otro factor crítico y fundamental. La OMS, en su revisión global de 1993, analizando el progreso para alcanzar los objetivos del año 2000, advirtió un lento progreso con el objetivo de facilitar el acceso universal a la atención sanitaria esencial (4). Además, la OMS encontró que "la inadecuada y desigual distribución del personal sanitario en sus diferentes categorías, con frecuencia, ha dificultado la dotación de una apropiada diversidad en las actividades de atención sanitaria" (5).

Además, la OMS encontró que "la inadecuada y desigual distribución del personal sanitario en sus diferentes categorías, con frecuencia, ha dificultado la dotación de una apropiada diversidad en las actividades de atención sanitaria" (5).

Las siguientes "*claves para descubrir*" (key findings) identifican cinco retos importantes que los países deben afrontar en un intento por hacer que sus sistemas sanitarios sean más adecuados a las necesidades públicas:

Descubrimiento número uno: el logro de un estándar razonable de salud para la población está impedido por un acceso desigual a la salud pública elemental y a los servicios clínicos, por unos sistemas sanitarios ineficaces y por unos costes desorbitados de los sistemas sanitarios. Si no son corregidas, estas deficiencias enmascararán los esfuerzos realizados para mejorar el estado de salud y para responder de una manera eficiente a la mayoría de las causas de incapacidad y muerte en el siglo XXI.

Tabla 3

ESTRATEGIA GLOBAL DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

Objetivos globales

1. Todas las personas de cada país tendrá fácil acceso al menos a la atención esencial y a las facilidades de interconsulta en el primer nivel asistencial.
2. Todas las personas estarán activamente implicadas en su autocuidado y en el cuidado de su familia tanto como puedan y de acuerdo con una estrategia de salud comunitaria.
3. Las comunidades de todo el mundo compartirán con los gobiernos la responsabilidad de la atención sanitaria de sus miembros.
4. Todos los gobiernos asumirán en conjunto la responsabilidad.
5. Todo el mundo estará adecuadamente nutrido.
7. Todos los niños serán inmunizados contra las principales enfermedades infecciosas de la infancia.
8. Las enfermedades transmisibles de los países en vías de desarrollo no tendrán más relevancia sanitaria pública en el año 2000 que la que tienen en los países desarrollados en el 1980.
9. Se emplearán todos los medios posibles para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y promover la salud mental a través de los estilos de vida influenciados y se controlará el entorno físico y psicosocial.
10. Los medicamentos esenciales estarán al alcance de todo el mundo.

Fuente: OMS. Estrategia global de Salud para Todos en el año 2000. Ginebra. Suiza, 1981.

Los gastos globales de los servicios de atención sanitaria son enormes y altamente variables. El Banco Mundial informó que los gastos públicos y privados en servicios sanitarios en 1990 fueron alrededor de 1,7 trillones de dólares, o el 8% del total de la producción mundial. Según la OMS, los gastos *per cápita* globales varían entre 5 y 3.500 dólares (6). Estados Unidos, por su cuenta, consume el 40% de los gastos sanitarios de todo el mundo, lo que representa el 14% de su producto nacional bruto (PNB). En 1990, Estados Unidos y otros países económicamente desarrollados

contabilizaron casi el 90% del total de los gastos sanitarios del mundo, con una media anual de gastos de 1.500 dólares por persona. Por el contrario, los países en vías de desarrollo gastaron alrededor de 170 billones de dólares, o el 4% de su PNB con una media de 41 dólares por persona.

Las inversiones en los profesionales sanitarios, que habitualmente pueden consumir hasta los dos tercios del presupuesto sanitario nacional, necesitan ser consideradas cuidadosamente, a fin de asegurar un número, clase y distribución apropiados de profesionales sanitarios que proporcionen los servicios clínicos y de salud pública necesarios.

Tanto la OMS, en su *decimoctavo informe sobre la Situación sanitaria mundial de 1993*, como el Banco Mundial, en su *informe sobre el Desarrollo del mundo: invertir en salud, de 1993*, alcanzaron conclusiones similares: que la mala distribución de los recursos, las desigualdades en el acceso a la atención médica y las deficiencias en el sistema de suministro de servicios, impiden a los países desarrollados y subdesarrollados mejorar en salud y productividad.

Muchas variables, incluyendo las rentas *per cápita*, la educación y el porcentaje gastado en atención sanitaria modifican el estado de salud. Sin embargo, la manera como un país desarrollado o un país en vías de desarrollo organizan su sistema sanitario e invierten en presupuesto sanitario, es lo que establece diferencias significativas. Según el análisis del Banco Mundial, algunos países consiguen mejores resultados sanitarios con menores gastos en salud (1). En este estudio se demostró que mientras los gastos sanitarios, la renta *per cápita* y la educación eran buenos predictores de la esperanza de vida, muchos países tenían mucha más longevidad que los que podría haberse predecido únicamente mediante estas variables. Por ejemplo, los países como China, Sri Lanka y Grecia, tienen esperanzas de vida de 5 a 10 años mayores que lo esperado por sus gastos, rentas o escolarización.

En muchos países en vías de desarrollo, el dinero público, a menudo, se gasta en servicios hospitalarios de alto coste que atienden de forma desproporcionada al sector urbano más demandante. Desafortunadamente, los diagnósticos costosos y los servicios terapéuticos consumen gastos que, por otra parte, podrían proporcionar una salud pública esencial y con mejor coste-eficacia, así como servicios clínicos, como inmunizaciones, atención prenatal, cribado y tratamiento de la hipertensión y la diabetes. Como resultado, las clases bajas tienen poco o nulo acceso a servicios clínicos esenciales. Cuando sucede, a menudo reciben un porcentaje mayor de servicios sanitarios terciarios, costosos y financiados públicamente, en lugar de un amplio espectro de servicios básicos. El Banco Mundial informa que en algunos países, un único hospital de tercer nivel puede absorber el 20% o más del presupuesto nacional de salud, aunque se podrían proporcionar unos recursos más efectivos descentralizados y basados en la comunidad.

En países con un nivel de renta medio, los fondos públicos a menudo subvencionan seguros privados que, de otro modo, estarían sólo al alcance de una minoría. Por ejemplo, en Sudáfrica, Zimbabwe y muchos países de América Central y del Sur, los trabajadores están cubiertos por seguros subvencionados por el gobierno. El resto de la población, incluyendo las clases bajas, tiene que hacer frente a pagos de su bolsillo para

sufragar el coste del médico privado o los servicios gubernamentales que son ciertamente inaccesibles.

Como resultado, las clases bajas tienen poco o nulo acceso a los servicios clínicos esenciales. Cuando lo tienen, a menudo, reciben un porcentaje cada vez mayor de servicios terciarios costosos y financiados públicamente, en lugar de un amplio espectro de servicios básicos.

Al mismo tiempo, en muchos de estos países de rentas intermedias, así como en los que virtualmente serían países con rentas superiores, los gastos en atención sanitaria han aumentado más deprisa que los ingresos. Estos gastos incrementados se derivan del crecimiento del número de médicos especialistas, del acceso a nueva tecnología médica costosa y del auge de los seguros privados subvencionados con dinero público a través del sistema de "pago por servicios" (*fee-for-service*). En algunos países, se han construido demasiados hospitales y se ha adquirido equipamiento médico, aumentando la presión sobre la inflación médica y dejando las camas hospitalarias y el equipamiento infrautilizados. El incremento de los costes de la atención sanitaria hospitalaria deja muy poco margen para los servicios clínicos esenciales y de salud pública que benefician a la mayoría de la población.

Estos gastos incrementados en la atención médica se deben al crecimiento del número de especialistas, a la disponibilidad de nueva tecnología médica costosa y al auge de las compañías de seguros privadas concertadas con la sanidad pública, cuyos gastos son reembolsados bajo la base de pago "por servicios" (*fee-for-service*)

Descubrimiento número dos: los incentivos financieros, a menudo, alientan el crecimiento de hospitales terciarios, la adquisición de equipamiento médico y quirúrgico muy costoso y la provisión de servicios, con un beneficio marginal, en lugar de una provisión de salud pública y de servicios clínicos con un coste-eficacia de un valor mucho mayor para la salud.

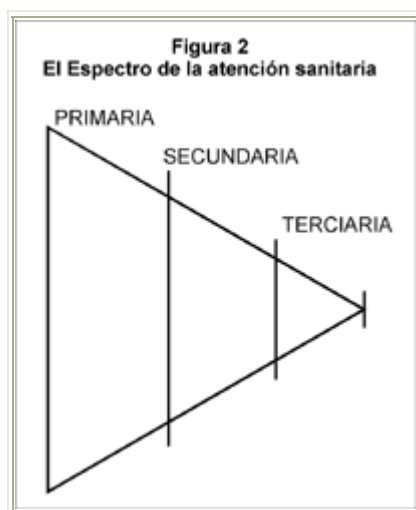
Quizá la prioridad más importante que un país puede alcanzar con su política sanitaria y con su presupuesto sea la de establecer un sistema de salud, para la totalidad de la población, que proporcione servicios que aseguren ganancias sanitarias significativas para el dinero invertido. Típicamente esto se realiza a través de los sectores público y privado.

El incremento de los costes de la atención médica hospitalaria deja poco margen para los servicios clínicos esenciales, y de salud pública, que benefician a la mayoría de la población.

Un sistema de salud ideal sería el ilustrado en la figura 2. Los cimientos del sistema sanitario descansan en una amplia cantidad de servicios disponibles basados en la comunidad (p.ej., atención médica primaria) y en los servicios de salud pública. Esto hace que el sistema de hospitales terciarios esté basado en un sólido cimiento de hospitales secundarios, centros de enfermería y otros servicios necesarios para las diversas situaciones que requieren el ingreso en alguna institución. Este modelo también reconoce que un sistema eficiente y efectivo precisa de personas que entiendan y asuman la responsabilidad de proteger su propia salud y la de su familia.

Sin embargo, en muchas sociedades, el pequeño vértice de la pirámide, los hospitales terciarios tienen el primer puesto en cuanto a recursos sanitarios. Sus requerimientos financieros son casi inagotables y continuamente consumen las legítimas demandas de la atención primaria y de la salud pública. Cada vez se gastan más y más recursos para un menor beneficio sanitario.

Por otra parte, el Banco Mundial concluyó que las inversiones en una relación óptima coste-eficacia de salud pública y servicios clínicos para toda la población podría producir ganancias sanitarias significativas. El conjunto esencial mínimo de servicios de salud pública, recomendado por el Banco Mundial, incluye los siguientes servicios: inmunizaciones, salud escolar, planificación familiar, información nutricional, programas para reducir el consumo de alcohol y tabaco y actividades regulares, informativas y de inversión pública para mejorar el entorno de la vivienda, y prevención del SIDA. El conjunto mínimo recomendado por el Banco Mundial, sobre servicios clínicos esenciales y con alto coste-eficacia, incluye atención prenatal, del recién nacido y posparto; atención de las enfermedades graves frecuentes en la infancia (p.ej., diarrea, infección respiratoria aguda, sarampión, paludismo y malnutrición aguda); servicios de planificación familiar; control de la tuberculosis y de las enfermedades de transmisión sexual, así como el tratamiento básico para las enfermedades comunes como las infecciones y los traumatismos. Según la disponibilidad de recursos, este conjunto clínico esencial podría expandirse para incluir la atención de otras enfermedades crónicas comunes y trastornos mentales (hipertensión, diabetes, depresión, etc...). Todos estos servicios clínicos juntos, podrían prevenir 10 millones de muertes anuales.



La demanda de recursos por parte de los hospitales terciarios es casi inagotable y continuamente atenaza las legítimas demandas de la atención primaria y de la salud pública.

El Banco Mundial concluyó que la redistribución de recursos, que tienen un alto coste y una baja repercusión en la mejora sanitaria, podría mejorar espectacularmente el estado de salud sin gastar mucho dinero, financiando servicios esenciales de salud pública y de atención clínica. Estimaron que un paquete limitado de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales para toda la población podría reducir la carga de enfermedad en un tercio y por únicamente 12 dólares per cápita, por año, para los países en vías de desarrollo. Los países con rentas medias podrían financiar un conjunto mínimo similar que podría reducir su carga de enfermedad en un 15%, con sólo 32

dólares *per cápita* (7). Tras proveer cobertura universal, los países podrían ampliar su oferta de servicios de salud pública y servicios clínicos.

Descubrimiento número tres: desde 1955, la clase sanitaria ha aumentado dos veces más que el nivel de la población general y el número de facultades de medicina se ha más que duplicado. La ratio médico/población y los índices de crecimiento varían ampliamente de unos países a otros. Hoy día, el desempleo es un fenómeno tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo.

Entre 1955 y 1990, la población mundial creció más del doble (de 2.500 a 5.200 millones). En el mismo período, el número de médicos aumentó más de 5 veces (de 1,5 a 6,2 millones). Como resultado, la ratio estimada médico/población creció más del doble: de 50 a 120 médicos por cada 100.000 h.

... un paquete limitado de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales para toda la población podría reducir la carga de enfermedad tanto como un tercio y por solamente 12 dólares *per cápita*, por año, en los países en vías de desarrollo.

La ratio médico/población y el crecimiento poblacional varían enormemente en todo el mundo. El Banco Mundial (1) informó que varían desde cifras tan bajas como 12 médicos por 100.000 h en el África sub-sahariana, a cifras tan altas como 407 médicos por 100.000 h en los antiguos países socialistas europeos (fig. 3). Este amplio margen entre regiones, enmascara diferencias más significativas entre países dentro de la misma región. Por ejemplo, algunos países del África sub-sahariana como Burkina Faso y Níger tienen sólo 2-3 médicos por 100.000 h, mientras que Sudáfrica tiene una ratio > 60 médicos por 100.000 h. También entre los países con economías de mercado desarrolladas las diferencias son notables. Inglaterra tienen 140 médicos por 100.000 h mientras que España e Italia tienen ratios de 380 y 430/100.000 h, respectivamente.

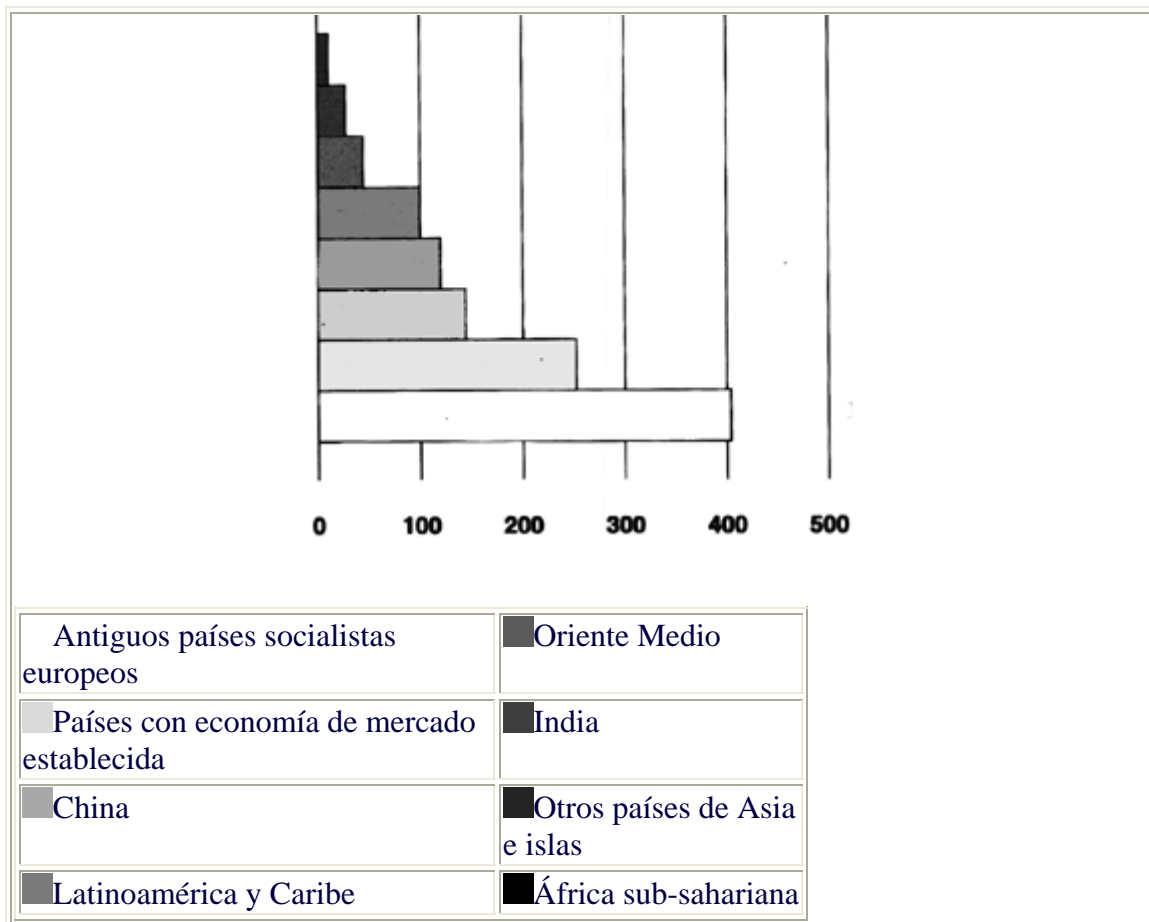
En parte debido al espectacular incremento en la oferta de médicos, éstos se encuentran desempleados o subempleados tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo.

En parte como resultado de este espectacular crecimiento en el abastecimiento de médicos, éstos están desempleados o subempleados tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, las razones son diferentes. Hay un desempleo estimado de 40.000 médicos en Italia y 6.000 en España: un fenómeno de los países desarrollados que exceden de 300 médicos por 100.000 h (8).

Por otra parte, los países en vías de desarrollo con ratios médico/población mucho más bajas, también tienen problemas de exceso de médicos, ya que no pueden pagarlos para empleados. Por ejemplo, se documentó que en Mali, sólo se podía emplear al 15% de sus 53 licenciados en medicina de 1985. India y Filipinas también han informado sobre los excedentes de médicos (9).

Figura 3
Provisión de médicos por regiones demográficas, en 1990, o en el año con datos más recientes

Médicos por cada 100.000 habitantes



Los resultados del estudio más reciente de la OMS sobre las facultades de medicina, de 1985, indicaban que los médicos se formaban en 1.351 facultades de todo el mundo (10). Como medida que testifica la implicación de las sociedades, en cuanto a inversión en formación médica, esto supone más del doble de las 646 facultades existentes en 1955. El índice mayor de crecimiento tuvo lugar entre 1960 y 1975, y actualmente se siguen creando nuevas facultades de medicina.

Esta tendencia para establecer nuevas facultades es un fenómeno extendido por todo el mundo. Los países, en todos los niveles de desarrollo, han aumentado su número de facultades de medicina entre 1955 y 1985. Por ejemplo, Angola, Benin, Camerún, Congo, República Centroafricana, Dominica, Gabón, Guinea, Mali, Mozambique, Nepal, Níger, Somalia, Togo, Yemen, Zambia y Zimbabwe, crearon una o más facultades donde no había ninguna previamente. Algunos países expandieron enormemente su formación médica. India aumentó el número de facultades de 44 a 106 entre 1955 y 1985; Indonesia de 44 a 106; Vietnam de 2 a 8; China de 40 a 114; Egipto de 3 a 11; México de 18 a 57; República de Corea de 6 a 31, y Filipinas de 6 a 27.

Los países con economías de mercado establecidas también experimentaron una importante expansión de sus facultades entre 1955 y 1985. Estados Unidos pasó de 85 a 142; España de 10 a 23; Australia de 4 a 10; Finlandia de 2 a 5; Francia de 25 a 37; la antigua Alemania Occidental de 19 a 29, e Italia de 21 a 31.

Incluso estos incrementos tan importantes no reflejaron la enorme inversión realizada en formación médica. No sólo se crearon nuevas facultades de medicina, sino que las existentes se expandieron de manera que el incremento en el número de estudiantes fue incluso mayor que el que reflejan estos números. Por ejemplo, el número de estudiantes en México aumentó de 29.000 a 93.000 entre 1970 y 1980, aunque el número de facultades sólo se duplicó en el mismo período.

Hay evidencias de que este período de gran expansión en la formación médica está llegando a su fin. En Estados Unidos, mientras que la incorporación a las facultades aumentó el 50% entre principios de los años setenta y la mitad de los ochenta, se ha mantenido constante desde entonces. Tanto Francia como Egipto han disminuido en el número de estudiantes en la mitad de los años ochenta. Algunos países, que tienen una estrategia nacional coordinada, han podido continuar formando un número adecuado de médicos sin aumentar sustancialmente el número de facultades. Por ejemplo, en Inglaterra, sólo se han creado 3 nuevas facultades desde 1945 y 6 se han fusionado. Los resultados del estudio de la OMS, de 1995, sobre facultades de medicina de todo el mundo, proporcionarían evidencia adicional para determinar si ha disminuido el crecimiento en cuanto al número de facultades de medicina y la formación médica.

Existen evidencias de que el período de gran expansión en la formación de médicos está llegando a su fin.

Descubrimiento número cuatro: en muchos países, la falta de médicos generales, el excedente de especialistas y la mala distribución geográfica de los médicos, dificultan los esfuerzos para expandir los servicios esenciales clínicos a toda la población y controlar el aumento de los costes.

En adición al aumento en la oferta de médicos, tanto el informe de 1993 de la OMS (11), como el del Banco Mundial (12) sobre la salud global, encuentran que virtualmente todos los países afrontan de una manera similar los problemas en cuanto a la composición y distribución de su clase médica: a) tienen pocos profesionales en atención primaria y demasiados especialistas formados en campos muy concretos; b) la clase médica está fuertemente concentrada en áreas urbanas, y c) la formación en áreas clave como salud pública, política sanitaria y gestión sanitaria es deficiente. Esta sección se centrará en la proporción de médicos especialistas y la distribución geográfica y su impacto en el suministro de servicios sanitarios.

Además de la creciente oferta de médicos, tanto el informe de la OMS (6) como el del Banco Mundial (7) sobre salud global encuentran que todos los países, virtualmente afrontan problemas similares en cuanto a la composición y distribución de su clase médica.

El papel clave a la hora de proporcionar unos servicios esenciales individuales y de salud pública pertenece a los profesionales de atención primaria. Ellos proporcionan un amplio abanico de "Servicios de Atención Primaria", que incluyen: a) promoción de la salud y prevención de la enfermedad (p. ej., inmunizaciones, cribados, consejo sanitario); b) evaluación de los síntomas y signos más comunes; c) atención a las enfermedades agudas y crónicas, y d) identificación de otros servicios sanitarios necesarios más especializados e interconsulta correcta. Como norma, los médicos

generales bien formados pueden diagnosticar y tratar bien más del 90% de los problemas planteados por la población.

Como regla general, los médicos generales bien preparados pueden diagnosticar y tratar bien hasta el 90% de los problemas frecuentes planteados por la población.

Según cómo se defina el trabajo en los diferentes países, los profesionales de atención primaria ampliamente formados incluyen a los médicos generales, enfermeras de atención primaria y médicos asistentes. En algunos países, los médicos generales completamente formados son preparados bien como internistas generales (que atienden a población adulta y anciana), o como pediatras generales, de atención primaria,, (que atienden a niños y adolescentes) o como médico de familia (que atienden partos y proporcionan atención a niños, adolescentes, adultos y ancianos).

Datos provenientes de Estados Unidos muestran que cuando las causas principales de morbilidad y mortalidad son comparadas con el currículum de formación posgrado, la formación de médico general (medicina de familia, medicina interna y pediatría) prepara médicos de la manera más apropiada para atender a pacientes indiferenciados. Los médicos generales consultan problemas más complicados a médicos "especialistas", como cardiólogos, cirujanos, radiólogos y oftalmólogos. Estos especialistas están preparados para diagnosticar y tratar un rango más estrecho de problemas médicos o quirúrgicos. En la mayoría de los países, el médico de familia es el único "médico general", ya que otros problemas más complicados son derivados a internistas generales y pediatras generales.

Trabajando en equipo, los médicos de familia y las enfermeras, los profesionales sociales y otros profesionales de salud mental, y profesionales públicos sanitarios, pueden tratar la inmensa mayoría de los problemas relacionados con la salud en equipos descentralizados basados en la comunidad. En un estudio epidemiológico clásico, Kark estimó que únicamente uno de cada 1.000 problemas relacionados con la salud necesitaba en algún momento el ser abordado en hospitales de tercer nivel (13).

Trabajando en equipo, los médicos de familia y las enfermeras, los profesionales sociales, profesionales de la salud mental y otros profesionales públicos sanitarios, pueden abordar la inmensa mayoría de los problemas relacionados con la salud en equipos descentralizados basados en la comunidad.

Dada la necesidad de dotar de servicios de atención primaria a toda la población, así como la habilidad de los médicos de familia para tratar la mayor parte de los problemas médicos, es obvia la necesidad de que la mayoría de los médicos sean formados para desarrollarse como médicos de familia. Esto debe ser incluso más importante en los países en vías de desarrollo, donde puede ser prudente limitar la utilización de la tecnología costosa basada en el hospital. Aunque los datos disponibles sobre ratios de médicos generales/médicos especialistas/población son muy limitados, existe un consenso extendido en cuanto a que la clase médica, en la mayoría de los países en vías de desarrollo y desarrollados, está sobreespecializada y en que hay una relativa falta de médicos de familia bien preparados.

Aunque los datos disponibles sobre ratios de médicos generales/población médicos

especialistas en relación con la población son limitados, existe un consenso extendido en cuanto a que la clase médica, en la mayoría de países en vías de desarrollo y desarrollados, está sobreespecializada y en que hay una relativa falta de médicos de familia bien preparados.

Hay una variación importante entre los diferentes países en cuanto al porcentaje total de médicos especialistas y en las ratios médico general/población y médico especialista/población. Por ejemplo, en un análisis de datos disponible de 10 países altamente desarrollados se encontró que el porcentaje de médicos generales variaba entre el 23 y el 57% del total de la clase médica, y las ratios médico/población variaban de 62 a 191 médicos generales por 100.000 h y de 73 a 239 especialistas por 100.000 h (tabla 4) (12). Los datos del Banco Mundial sugerían que en los países con niveles de rentas medios, el grado de especialización puede ser también muy alto. El 75% de todos los médicos chilenos y el 55% de los argentinos son especialistas. Similiar preponderancia de la clase médica especializada puede esperarse encontrar en otros países en vías de desarrollo, algunos de los cuales no han establecido todavía las necesidades básicas de atención primaria de sus poblaciones. El significado de estos ratios, en general, es que la clase médica, en la mayoría de países, se está especializando de forma creciente.

Tabla 4

PROVISIÓN DE MÉDICOS Y PROPORCIÓN DE ESPECIALISTAS EN UNA SELECCIÓN DE PAÍSES DESARROLLADOS. DATOS DE LA OCDE SOBRE LA CLASE MÉDICA

	Total de licenciados en medicina/ 1000.000 h ^a	Total de médicos de familia /100.000 h	Total de médicos especialistas /100.000 h
Australia	200		
Austria	210		
Bélgica	360	191	169
Canadá	220	110	110
Dinamarca	280	70	210
Finlandia	250	62	188
Francia	270	103	167
Alemania	320	86	234
Grecia	340		
Islandia	280		
Irlanda	150	64	86
Italia	130		
Japón	160		
Luxemburgo	210		

Holanda	250	95	155
Nueva Zelanda	190		
Noruega	310	71	239
Portugal	280		
España	390		
Suecia	290	67	223
Suiza	300		
Turquía	90		
Reino Unido	140	67	73
Estados Unidos b	230	76	154

^a Sistemas de salud de la OCDE: hechos y tendencias, 1960-91, OCDE, París 1993.
^b Para E.E.UU., el porcentaje incluye a médicos de familia, a los internistas "generales" y a los pediatras de atención primaria.

En parte, debido a la falta de médicos generales y al excedente de especialistas, la clase médica está mal distribuida geográficamente en muchos países. Esto contribuye a crear obstáculos en el acceso a la atención primaria, particularmente en las áreas rurales. En los países en vías de desarrollo y de 15 países desarrollados (14). Entre los países desarrollados hay muy poca variación en las ratios médicos/habitantes entre provincias/estados. En 14 de los 15 países más desarrollados, la ratio más baja médicos/habitantes fue al menos del 30% la más alta (tabla 5).

El significado de estas ratios, en general, es que la clase médica, en la mayoría de los países, se está especializando de forma creciente.

Entre los países en vías de desarrollo, la oferta limitada de médicos está desproporcionadamente concentrada en las grandes ciudades, contribuyendo así al importante desequilibrio regional. De los 12 países menos desarrollados de los que se tienen datos, Blumenthal encontró que 9 tenían únicamente 10 médicos por 100.000 h en algunas áreas (tabla 6). Incluso, en 9 países, la ratio médicos/habitantes más baja en el mundo rural fue del 5% (o 20 veces menor) que en las áreas urbanas con mejores ratios. Ejemplos de estos importantes desequilibrios médicos pueden ser encontrados en cada país en vías de desarrollo. Por ejemplo, en Lima, Perú, en 1981, había 191 médicos por 100.000 h; en el distrito rural de Apurímac sólo 3 médicos por 100.000 h (unas 63 veces de diferencia) (15). Los desequilibrios geográficos en la clase médica son, en parte, debidos a la distribución entre médicos especialistas y médicos generales en cada país. En Estados Unidos, por ejemplo, los médicos de familia son los únicos especialistas distribuidos uniformemente por todos los condados grandes y pequeños. Las estrategias para expandir la atención primaria en la América rural incluyen iniciativas para aumentar la oferta de médicos de familia.

No existe un consenso sobre lo que debería ser una oferta "ideal" de médicos de familia, y de cómo debería ser la proporción entre médicos generales y médicos especialistas y la distribución geográfica en todos los países. Lógicamente pueden sufragar ratios más

grandes de médicos/habitantes. Sin embargo, en estos países, la proporción de médicos especialistas y su oferta debería ser distribuida para asegurar que todos los ciudadanos tuvieran acceso a los servicios esenciales individuales.

Tabla 5					
DESEQUILIBRIOS GEOGRÁFICOS EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS					
País	Porcentaje rural	Médico por cada 10.000 h		Ratio más baja/ más alta	
		Total	Más alto*	Más bajo*	
Austria	43,1	22,0	37,15	14,92	0,40
Bélgica	3,2	33,0	49,90	22,00	0,44
Canadá	23,8	20,9	22,37	8,95	0,40
Dinamarca	14,2	25,1	26,10	14,53	0,48
Finlandia	40,2	22,6	31,10	12,80	0,41
Francia	26,2	26,2	34,32	19,55	0,57
Alemania	14,0	28,9	44,96	19,87	0,44
Grecia	38,6	24,8	45,83	7,35	0,16
Japón	21,7	16,4	22,40	9,70	0,43
Italia	32,0	42,7	53,00	26,00	0,49
Noruega	26,4	28,8	51,09	16,04	0,31
Suecia	16,3	22,0	35,00	14,00	0,40
España	22,9	38,2	54,10	28,28	0,52
Suiza	39,1	15,3	27,20	8,68	0,32
Estados Unidos	26,0	21,1	31,00	12,50	0,40

* Tasas de médicos por habitantes por provincias u otras subdivisiones administrativas, con las tasas más altas y más bajas del país.
Fuentes: Tasas más altas y más bajas de médicos por 10.000 h: informes nacionales estadísticos. El número de decimales refleja el número expresado en cada informe. El total de médicos por 10.000 h y los porcentajes rurales: Banco Mundial (1989).

Tabla 6					
DESEQUILIBRIOS GEOGRÁFICOS EN LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO					
País	Porcentaje rural	Médico por cada 10.000 h		Ratio rural/urbana	
		Total	Urbana	Rural	
Afganistán	82,3	1,56	5,94	0,08	0,01

Benin	61,4	0,62	1,41	0,29	0,21
Burkina Faso	91,5	0,17	2,55	0,08	0,03
Burundi	93,5	0,47	5,36	0,29	0,05
CAR	55,5	0,43	0,67	0,09	0,13
Djibouti	20,8	2,40	2,73	0,52	0,19
Guinea	76,1	0,17	4,89	0,10	0,02
Malawi	85,4	0,86	1,51	0,03	0,02
Mali	81,4	0,43	2,84	0,02	0,01
Myanmar	83,0	2,67	3,15	0,06	0,02
Nepal	95,6	0,33	6,57	0,06	0,01
Níger	82,1	0,26	1,58	0,04	0,02
<p><i>Fuentes.</i> Total de médicos por cada 10.000 h y porcentaje rural: Banco Mundial (1989). Médicos urbanos y rurales por cada 10.000 h: cuestionarios HFA e informes de los países de la OMS.</p>					

Ciertamente, éste no es el caso de muchos países desarrollados como Estados Unidos. De hecho, durante los años ochenta, aunque hubo un aumento adicional de 150.000 médicos y la clase médica se incrementó de 200 a 250 médicos por 100.000 h, el número de zonas de atención primaria necesitadas de médicos (definidas como aquellas con menos de 30 médicos por 100.000 h o 1 médico por 3.500 h) de hecho, se incrementó(16).

Entre los países en vías de desarrollo, la limitada provisión de médicos está desproporcionadamente limitada a las grandes ciudades, contribuyendo a espectaculares desequilibrios regionales.

Entre los países en vías de desarrollo, las ratios médico/población de menos de 5 médicos por 100.000 h, y los desequilibrios médicos geográficos entre médicos (donde entre el más bajo al más alto varían de 1 a 20), pueden ser consideradas lejos de lo ideal. Sin embargo, los datos indican que las regiones rurales de muchos países en vías de desarrollo tienen pocos médicos/población y presentan algunos desequilibrios notables entre la oferta rural y urbana de médicos.

***Descubrimiento número cinco:* en la mayoría de países, el número, la proporción de médicos especialistas y la distribución de la clase médica no están basados en un análisis de las necesidades del sistema sanitario. Los fondos públicos, a menudo, forman demasiados especialistas hospitalarios, que limitan los esfuerzos para expandir la accesibilidad y el control de los costes. Los fondos públicos para aumentar la oferta de médicos generales y médicos especialistas y el objetivo de la distribución geográfica, no parecen estar asociados con una mejora del estado de salud.**

Cualquier inversión social sobre formación médica debería ser evaluada basándose en los resultados recibidos. También es interesante observar que no es lineal la relación entre la ratio de médicos/población y el estado de salud. Por ejemplo, cuando los países desarrollados son comparados con otras variables clave como las rentas, la educación y los niveles de empleo, las ratios más altas médicos/habitantes no muestran ningún impacto positivo en medidas clave de salud poblacional, como la mortalidad infantil y la esperanza de vida (17). Las diferencias en el estado de salud entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo son debidas a rentas, educación, empleo y servicios esenciales de salud pública más que a la oferta total de médicos.

La eficacia de un sistema bien desarrollado de atención primaria, incluyendo una clase médica bien formada de médicos generales, se encuentra en el trabajo de Starfield (18). Ella demostró que los países altamente desarrollados que estaban fundamentalmente orientados hacia la atención primaria, y tenían altos niveles de satisfacción comunitaria con el sistema sanitario, eran más propensos a tener mejores resultados sanitarios. Puede encontrarse evidencia adicional en el trabajo de Shi (19), que encontró correlaciones entre la presencia de médicos de atención primaria y medidas de salud dentro de Estados Unidos. Sus datos indican que las ratios mayores de médicos/habitantes estaban significativamente asociadas con bajas ratios de mortalidad infantil, bajos índices de mortalidad neonatal y aumento de la esperanza de vida. Las ratios más altas especialistas/población estaban significativamente correlacionadas con niveles altos de mortalidad por cáncer y disminución de la esperanza de vida. Existe una creciente base de datos que demuestra que los médicos especialistas que trabajan como médicos generales, e intentan proporcionar servicios de atención primaria, tienen un estilo de trabajo más costoso, con índices más altos de pruebas diagnósticas, hospitalizaciones, interconsultas y medicamentos prescritos, sin diferencias en los resultados sanitarios (20,21,22).

Las sociedades deberían ser cautelosas en realizar inversiones para formar médicos sin estar seguras de que los médicos formados son los que realmente necesita la población. Los gobiernos, a la hora de gastar dinero público en formar médicos, deberían situar como primera prioridad la seguridad de tener una adecuada provisión de médicos generales que proporcionen servicios sanitarios elementales a toda la población. Incluso, los países deberían asegurarse una infraestructura en su sistema sanitario que enfatice la visión de la atención primaria para mejorar el *status* de salud y tener una variedad de profesionales sanitarios disponibles, además de los médicos, que proporcionen servicios básicos individuales y de salud pública.

Existe una creciente base de datos que demuestra que los médicos especialistas, que trabajan como médicos generales e intentan proporcionar servicios de atención primaria, tienen unos estilos de trabajo más costosos, con índices más altos de pruebas diagnósticas, hospitalizaciones, interconsultas y medicamentos prescritos, sin diferencias en los resultados sanitarios.

Fundamentalmente, una atención primaria de alta calidad depende de la disponibilidad de médicos de familia bien formados como miembros esenciales de los equipos sanitarios de la comunidad. Por tanto, los gobiernos que invierten en formación médica deberían adoptar políticas específicas que incrementaran el número y mejoraran la calidad de la formación en medicina de familia.

Existe una amplia variedad de posibilidades en lo que hace referencia a la manera de configurar un profesional sanitario. A no ser que estas posibilidades sean explícitamente observadas y estén basadas en las necesidades de atención sanitaria de la población, es probable una mala distribución de los recursos, por otra parte, innecesarios. Ningún centro de salud debería estar aislado de los demás. Una planificación inteligente para la formación de los profesionales sanitarios debería examinar modelos de consulta, requerimientos de médicos y provisión de éstos, como medio de distribución de los recursos formativos. Estos modelos de consulta, por supuesto, deben ser sensibles al objetivo de proporcionar servicios esenciales individuales y de salud pública a la totalidad de la población.

Mientras se cree que la mayoría de los países tienen alguna información sobre los médicos y otros profesionales sanitarios clave, la Organización Mundial de la Salud ha hecho intentos para obtener datos acerca de la clase sanitaria, datos como parte de los objetivos clave de Salud para Todos en el año 2000, y se ha demostrado lo costoso que resulta obtener una base de datos íntegra y fiable. Como resultado, las comparaciones internacionales son complicadas. Además, es muy difícil evaluar el progreso que se está llevando a cabo hacia los objetivos establecidos en Alma-Ata y las declaraciones subsiguientes sobre formación de la clase sanitaria. Incluso, el progreso de varias regiones del mundo en los objetivos para la clase médica, establecidos en la Salud para Todos en el año 2000, no puede ser medido con precisión. Las metodologías también necesitan ser concebidas para conducir la investigación, a fin de definir mejor el papel del médico de familia en un sistema de salud reformado.

Fundamentalmente, una atención primaria de alta calidad depende de la disponibilidad de médicos de familia bien formados como miembros esenciales de los equipos sanitarios de la comunidad. Por tanto, los gobiernos que invierten en formación médica deberían adoptar políticas específicas que incrementaran en número y mejoraran la calidad de la formación en medicina de familia.

Los datos, respecto al número total de médicos, están disponibles en la mayoría de los países. Sin embargo, estos datos pueden ser derivados de diversas fuentes y utilizando diferentes definiciones (p. ej., todos los médicos respecto a los médicos en ejercicio), así como diversas metodologías. A veces, el gobierno proporciona datos sólo a través de información de médicos del sector público. Como resultado, los datos publicados de diferentes informes de un país concreto pueden no coincidir.

Además del número total de médicos, falta una base de datos más completa sobre la clase médica de todo el mundo. Por ejemplo, no se ha localizado de ninguna de estas fuentes, ni de ninguna otra fuente oficial, que haya dado información, país por país, de medidas tan importantes como la disponibilidad de médicos especialistas y médicos generales y las ratios médicos/población, así como la distribución geográfica. Como resultado, los países pueden tener dificultades a la hora de monitorizar las tendencias e identificar los problemas en cuanto a disponibilidad de médicos, proporción de especialistas y su distribución. Además, las comparaciones entre países son difíciles. También falta una base de datos pormenorizada puesta al día sobre datos relativos a la formación médica de todo el mundo. El último estudio mundial sobre formación médica fue llevado a cabo por la OMS en 1985. Al margen de esta información disponible que ayude a valorar los requerimientos, en cuanto a la clase médica, para un determinado país, o que se pueda determinar si el sistema de formación médica de un país es

adecuado a sus necesidades sociales. Se está llevando a cabo actualmente un nuevo estudio, con el fin de poder obtener alguno de estos datos fundamentales.

Es importante destacar que existe suficiente información disponible sobre la que los gobiernos pueden empezar a orientar mejor a la clase médica sobre las necesidades de atención sanitaria.

Es importante destacar que existe suficiente información disponible a través de la cual los gobiernos pueden empezar a orientar mejor a la clase médica sobre las necesidades de atención sanitaria. Sin embargo, la falta de recursos suficientes para los médicos y las actividades analíticas de los profesionales sanitarios y la falta de acuerdo en cuanto a los enfoques metodológicos impiden un análisis y una política más profundos sobre la clase médica.

Bibliografía

1. World Bank. 1993 World Development Report: Investing in Health. New York, NY: Oxford University Press, 1993.
2. World Health Organization. The Declaration of Alma-Ata. The International Conference on Primary Health Care, 1978.
3. World Health Organization. From Alma-Ata to the Year 2000: Reflections at the Midpoint. Geneva, Switzerland, 1988.
4. World Health Organization. Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Vol. 1. Global Review. Geneva, Switzerland, 1993.
5. Bankowski, Z and Mejia A, eds. Health Manpower Out of Balance- Conflicts and Prospects. Geneva: CIOMS, 1987.
6. World Health Organization. Global Health Situation and Projections. Geneva, Switzerland; 1992.
7. World Bank. "Investing in public health and essential clinical services" pp. 8-10, 72-106, and 108-132. In: 1993 World Development Report: Investing in Health. New York, NY: Oxford University Press, 1993.
8. Brearley S. "Medicine in Europe: Medical Manpower". British Medical Journal. 1991; 303: 1534-1536.
9. Mejia A. "Nature of the challenge of health manpower imbalance". In: Health Manpower Out of Balance: Conflicts and Prospects. Geneva, Switzerland: Council for International Organizations of Medical Sciences, 1987.
10. World Federation for Medical Education. World Conference on Medical Education. Edinburgh, Scotland, August 7-12, 1988.
11. World Health Organization. "Trends in human resources for health". In: Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000: Global Review. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1993, pp. 93-94.
12. World Bank. "Addressing imbalances in human resources" In: 1993 World Development Report: Investing in Health. New York, NY: Oxford University Press, 1993, pp. 139-144.
13. Kark SL. "Epidemiology and community medicine". New York, Appleton-Century Crofts, 1974.
14. Blumenthal DS. "Geographic imbalances of physician supply: an international comparison". Journal of Rural Health. 1994;10(2):109-118.
15. Mesa-Lago C. Health Care for the Poor in Latin America and the Caribbean. Pan

American Health Organization and the Inter-American Foundation.

16. Health Resources and Services Administration. Rural Health Professions Facts: Supply and Distribution of Health Professionals in Rural America. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, 1992.

17. Rivo M, Satcher D. "Improving access to health care through physician workforce reform: directions for the 21st century" *Journal of the American Medical Association*.

18. Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation and Policy. New York. Oxford University Press. 1992.

19. Shi L. "The relationship between primary care and life chances". *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 1992 3(2)321-333.

20. Tarlof AR, Ware JE, Greenfield S, et al. "Medical outcomes study: application of methods for monitoring the results of medical care". *Journal of the American Medical Association*. 1989; 262:925-930.

21. Stewart AL, Greenfield S, Hayes RD. "Functional status and well-being of patients with chronic conditions: results from the Medical Outcomes study". *Journal of the American Medical Association*. 1989;262:907-913.

22. Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M, et al. "Variations in resources utilization among medical specialties and systems of care: results from the Medical Outcomes Study". *Journal of the American Medical Association*, 1992;267:1624-1630.

CAPÍTULO DOS: METAS PARA EL EJERCICIO MÉDICO

Los primeros cinco descubrimientos describían las metas que tienen que afrontar los sistemas sanitarios. Además, hay otras metas similares para el ejercicio de la medicina. La medicina ha experimentado un crecimiento tecnológico complejo, pero en un modelo basado en los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, que ha incrementado los costes, ha sobreespecializado la clase médica y ha creado tensión entre el sistema de atención sanitaria y la población. Las relaciones entre médico y paciente y la comunidad pueden fácilmente ignorarse en este sistema, pero han sido reconocidas como fundamentales para la buena atención médica.

Los estudiantes han sido instruidos sobre: "El significado de la relación íntima personal entre el médico y el paciente no debe ser enfatizado demasiado intensamente, ya que en un número muy importante de casos tanto el diagnóstico como el tratamiento dependen directamente de ella, y el error de un joven médico, en establecer esta relación, conlleva gran parte de la ineficacia en la atención a los pacientes (1)".

Las metas para el ejercicio médico en el futuro han de proporcionar atención médica a todo el mundo de una manera sufragable y con la suficiente calidad. Todos los países necesitarán establecer prioridades que aseguren el suministro de servicios esenciales, incluyendo la atención primaria de salud. Los siguientes descubrimientos describen algunas de las metas específicas que tiene que afrontar el ejercicio de la medicina:

Descubrimiento número seis: el ejercicio de la medicina, de una forma creciente, se ha orientado a la enfermedad, se ha centrado en los órganos y sistemas del cuerpo humano, y se ha basado en el hospital, desconectándolo de la provisión de la salud pública. La sobreespecialización de médicos ha fragmentado y ha creado obstáculos adicionales para la provisión de atención esencial a los individuos en el contexto de sus comunidades.

En la mayoría de países, el ejercicio de la medicina domina el suministro de atención sanitaria. A pesar de la necesidad de expandir la salud pública y los servicios individuales esenciales, el sistema del ejercicio de la medicina, en la mayoría de los países, ha llegado a estar, cada vez más, orientado a las enfermedades y focalizado en órganos y sistemas del cuerpo humano.

Los médicos especialistas, con una visión hospitalaria, han llegado a dominar la mayoría de organizaciones de atención sanitaria. Como la clase médica ha llegado a sobreespecializarse cada vez más, la atención de los problemas de los pacientes ha llegado a fragmentarse de manera creciente en muchos países. Mientras el avance de los conocimientos médicos y la especialización de la clase médica han mejorado la calidad de la atención, también se ha empeorado en cuanto al acceso a dicha atención, particularmente para aquellos pacientes sin una cobertura de seguro de enfermedad.

Como el ejercicio de la medicina se ha subespecializado cada vez más, se ha creado una creciente separación entre la medicina y la salud pública. En muchos países, tanto los presupuestos para médicos como para otros recursos se han ido incrementando,

concentrándose en grandes hospitales de tener nivel. Esto ha sido, a menudo, a expensas de expandir los servicios esenciales a los individuos y los servicios de salud pública a la comunidad. La cultura del ejercicio de la medicina, con frecuencia, presta poca atención a los servicios preventivos y menos todavía a las actividades de salud comunitaria. Como resultado, los ciudadanos no reciben atención individualizada a nivel de coste-eficacia (p. ej., atención prenatal, inmunizaciones) ni servicios de salud pública (p. ej., saneamiento, agua potable) que proporcionarían un mayor impacto positivo sanitario para la mayoría de la población.

El Banco Mundial ha estimado que la provisión de servicios clínicos esenciales es posible en todos los países. Estos servicios variarán de un país a otro, pero incluyen tratamiento de las enfermedades agudas comunes y fácilmente tratables, servicios preventivos como las inmunizaciones, planificación familiar, control de las infecciones y educación sanitaria. El impacto positivo estimado es significativo y podría reducir la actual carga de enfermedad en un 24% en países con rentas bajas y en un 11% en países con rentas medias (2) (tabla 7).

Tabla 7 COSTES ESTIMADOS Y BENEFICIOS SANITARIOS DEL PAQUETE MÍNIMO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA Y SERVICIOS CLÍNICOS ESENCIALES EN LOS PAÍSES CON RENTAS BAJAS Y MEDIAS, 1990			
Grupo	Coste (dólares <i>per cápita</i> por año)	Coste como porcentaje de los ingresos <i>per cápita</i>	Reducción aproximada de la carga de enfermedad (porcentaje)
<ul style="list-style-type: none"> Países con rentas bajas (renta per cápita= 350 dólares) 			
Salud pública	4,20	1,20	8
Servicios clínicos esenciales*	7,80	2,2	24
Total	12,00	3,4	32
<ul style="list-style-type: none"> Países con rentas medias (renta per cápita= 2.500 dólares) 			
Salud pública	6,80	0,3	4
Servicios clínicos esenciales*	14,70	0,6	11
Total	21,50	0,9	15
* Los costes y beneficios estimados son por un conjunto mínimo esencial de servicios clínicos, como están definidos en el texto. Muchos países pueden desear, si tienen recursos, definir sus conjuntos esenciales más ampliamente. <i>Fuente.</i> Cálculos del Banco Mundial			

El conjunto de iniciativas identificadas de salud pública, con más alto nivel de coste-eficacia, incluye:

- Inmunizaciones.
- Servicios sanitarios basados en la escolarización.
- Servicios de planificación familiar y educación en dicho campo.
- Servicios de nutrición y educación nutricional.
- Prevención del consumo de tabaco y alcohol.

- Prevención del SIDA.
- Protección medioambiental, incluyendo servicios sanitarios, seguridad alimentaria, purificación del agua, seguridad de las viviendas y control de la polución del aire.

El conjunto identificado como de servicios clínicos esenciales (individuales), de alto nivel coste-eficacia para los individuos, refleja la mayor parte de las causas de morbilidad y mortalidad prematuras:

- Servicios prenatales, servicios para el recién nacido y servicios posparto.
- Enfermedades agudas de la infancia y malnutrición exacerbada, incluyendo diarrea, infecciones respiratorias, sarampión y paludismo.
- Servicios de planificación familiar.
- Control de la tuberculosis.
- Control de las enfermedades de transmisión sexual.
- Traumatismos e infecciones comunes.

El Banco Mundial estimó que este conjunto mínimo de servicios de salud pública y servicios clínicos esenciales (individuales) podría reducir la carga de enfermedad en un tercio, en los países con rentas bajas (países con rentas equivalentes a 350 dólares *per cápita*), y con un coste estimado del 3% de la renta *per cápita*. El mismo paquete reduciría la carga de enfermedad en el 15% en los países con rentas medias (2.500 dólares *per cápita*) con un coste del 1% de las rentas *per cápita*.

En muchos países, la insatisfacción pública con el sistema de ejercicio de la medicina está aumentando. Muchos pacientes no tienen un médico personal conocido con quien, de manera regular, se haya establecido una relación y sea mantenida durante tiempo. Muchas personas están acudiendo a las "terapias alternativas", como dietas nutricionales, manipulación músculo-esquelética y psicoterapia, algunas de las cuales fueron en alguna ocasión del dominio del ejercicio de la medicina tradicional, pero a las que, actualmente, se ha prestado poca atención.

Descubrimiento número siete: para expandir el acceso a los servicios esenciales individuales y enlazar el ejercicio médico con la salud pública, muchos países han promovido que se incremente el porcentaje de médicos de familia ampliamente formados dentro de la clase médica. De cualquier forma, en muchos países la medicina de familia no está reconocida como una especialidad y no tiene un papel importante en el sistema sanitario.

Históricamente, los médicos han desempeñado un papel central en la mayor parte de los esfuerzos que los países dedican para proveer de atención sanitaria a sus ciudadanos. Habitualmente, en la primera mitad del siglo, la inmensa mayoría de los médicos completaban sus estudios universitarios y pasaban directamente a ejercer en la consulta, a veces, tras un aprendizaje con un médico en una consulta con una visión comunitaria. Ejercían como médicos "generales" ampliamente preparados, afrontando el espectro de problemas comunes que se ven en la comunidad. La tendencia hacia la producción de "especialistas" más estrechamente formados a través de preparación adicional (p. ej., posgrado) en equipos hospitalarios, tras completar la formación universitaria, se inició tras la Segunda Guerra Mundial. Esta tendencia se incentivó por el incremento en el

conocimiento médico, la investigación y la nueva tecnología, y fue ampliamente subvencionada con dinero público.

En muchos países, la insatisfacción pública con el sistema de ejercicio médico está aumentando. Muchos pacientes no tienen un médico personal conocido con quien, de manera regular, se haya establecido una relación y sea mantenida durante tiempo.

En los años sesenta, muchos gobiernos, preocupados por la manera de proporcionar servicios sanitarios esenciales a la totalidad de la población, comenzaron a subvencionar el establecimiento de nuevas facultades de medicina para formar más médicos. Mientras que el objetivo era mejorar el acceso a la atención sanitaria, la realidad fue una formación médica hospitalaria y orientada hacia la ciencia especializada, la investigación y la tecnología médica, y los programas de formación especializada de posgrado preparaban una, cada vez mayor, cantidad de médicos especialistas bien preparados con un porcentaje decreciente de médicos de familia. Además, estos médicos de familia se caracterizaron más por su ausencia de formación especializada de posgrado que por su adquisición de un amplio abanico de habilidades para el ejercicio de la atención primaria orientado a la comunidad.

Los países que proporcionan una atención sanitaria de calidad, sufragable a todos los ciudadanos, necesitan médicos generales, bien formados, capaces de afrontar la amplia variedad de problemas sanitarios que se presentan en la comunidad. Durante los años setenta y ochenta, las universidades y facultades de medicina de muchos países se propusieron, de una forma gradualmente creciente, el objetivo de tener más repercusión en la sociedad a través de la clase y calidad de sus graduados y su impacto en la provisión de servicios sanitarios. Algunas facultades de medicina tanto de los países en vías de desarrollo como de los países desarrollados comenzaron a reexaminar sus objetivos, programas y lugares de prácticas, a fin de proporcionar unos graduados más preparados que pudieran asumir la mayoría de los problemas sanitarios de las personas.

En un número creciente de países, se introdujeron programas de formación especializada en medicina de familia (p. ej., residencia) con el fin de preparar médicos generales bien formados, capaces de proporcionar una atención integrada, continuada y de calidad, y basada en la comunidad.

En un número creciente de países, se introdujeron programas de formación especializada en medicina de familia (p. ej., residencia) con el fin de preparar médicos generales bien formados, capaces de proporcionar una atención integrada, continuada y de calidad, y basada en la comunidad. En 1972, los representantes de 13 países fundaron la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) para promover la formación, las actividades de investigación y el papel del médico de familia en los sistemas sanitarios (3). Hoy día, son 55 las organizaciones nacionales de médicos de familia miembros, de 48 países, y representan a más de 150.000 médicos de familia de todo el mundo.

En 1993, la WONCA realizó un estudio de la medicina de familia entre sus miembros, para conseguir información del desarrollo de la especialidad en todo el mundo, incluyendo el papel del médico de familia en el sistema sanitario, la formación y

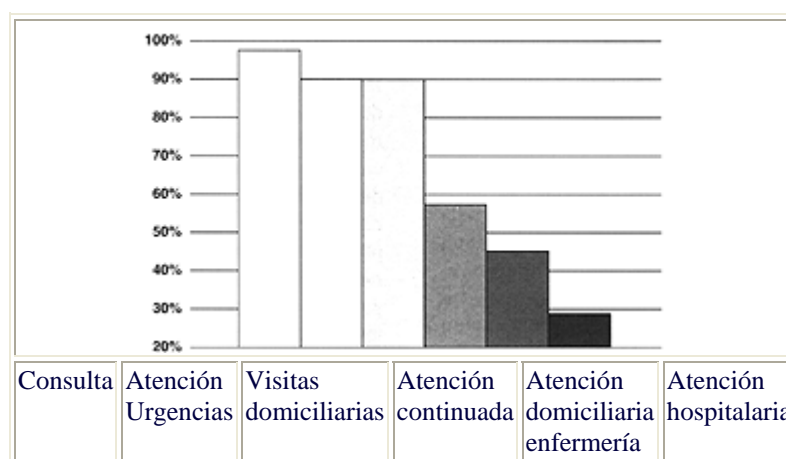
requerimientos de certificados, el tipo de remuneración por el ejercicio médico y la financiación de la formación en medicina de familia, así como importantes actividades de investigación y la historia de la medicina general. Se envió un cuestionario detallado al menos a dos miembros directos de la WONCA de cada uno de los 48 países miembros de la WONCA, y al menos a un miembro individual de la lista del directorio de la WONCA, de los 18 países restantes, pero que tienen al menos un miembro directo a título individual. Se recibieron respuestas de 52 (79%) de los 66 países.

Es importante destacar que en este estudio sólo participaron países miembros de la WONCA, que presentan a 48 de los 189 (25%) estados miembros de la OMS. En cualquier caso, proporciona datos útiles sobre el papel del médico de familia.

Hubo un consenso sobre las áreas de conocimiento y habilidades de los médicos de familia o médicos generales y la repercusión en su ejercicio profesional. La medicina interna, medicina preventiva, pediatría, psiquiatría y ginecología fueron mencionadas en más del 90% de las respuestas. La obstetricia, ortopedia, cirugía menor, medicina comunitaria y salud pública también fueron mencionadas en al menos dos terceras partes de las respuestas.

Los médicos de familia o médicos generales ejercen en consultas médicas, proporcionan servicios de urgencia y atención domiciliaria en prácticamente todos los países. Una cobertura de 24 horas es proporcionada por menos de las dos terceras partes de países. Hay que resaltar, de manera particular, que los médicos de familia o médicos generales atienden a los pacientes en los hospitales en menos de una tercera parte de los países (fig. 4).

Figura 4
Servicios incluidos en las consultas de la mayoría de los médicos de familia/médicos generales
 (Proporción de los países en %)



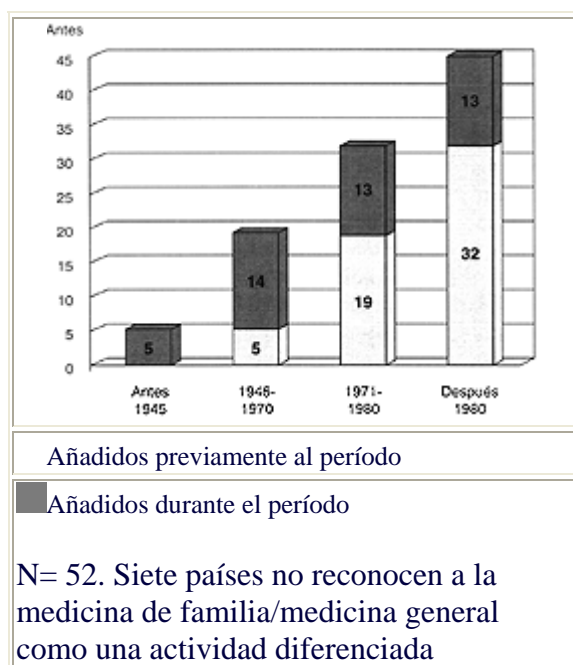
Cuarenta países (77%), entre la muestra, han establecido de una manera formal programas de formación posgraduada para médicos de familia. Treinta y dos países (62%) han desarrollado un sistema de titulación para médicos de familia o médicos generales y la mayoría de países sólo certifican a aquellos médicos con una formación especializada. Los países pueden incluso dividirse entre aquellos con un proceso de titulación requerido y aquellos cuyo proceso es voluntario. En la mayoría de los países

la titulación es permanente. Los exámenes orales o escritos son la forma más frecuente del proceso de titulación. Los exámenes de casos prácticos, la observación directa y otras formas de valoración de la práctica también son importantes en todo el mundo. Las organizaciones profesionales y los gobiernos son los estamentos que más frecuentemente otorgan la titulación.

Treinta y cinco países (76%), de entre los que respondieron, estimulan a su realización o exigen programas de formación médica continuada. La mayoría incentivan estos programas económicamente o de otras maneras; sólo cuatro países exigen la formación médica continuada como una condición para ser colegiados. A pesar de las mejoras en cuanto a la medicina de familia, las respuestas recibidas también evidenciaban varias preocupaciones.

Aunque la mayoría de los países precisan mejorar el acceso a los servicios sanitarios esenciales, las respuestas del estudio mostraron que el 19% de media (mediana 13%, rango: 0-55%) de los licenciados en medicina, en 1992, escogieron la medicina de familia. En la mayoría de países, los médicos de familia se definen como aquellos que no han seguido una formación especializada de posgrado en lugar de aquellos que son el producto de una formación universitaria con una orientación general y un programa de formación de posgrado en medicina de familia. En algunos países, los médicos de familia sólo ejercen en el sector privado. En la mayoría de países, la remuneración por los servicios de atención primaria va rezagada con respecto a la atención especializada.

Figura 5
Año de reconocimiento de la medicina de familia como una actividad profesional diferenciada



Sin embargo, los resultados del estudio confirman que la relativamente nueva especialidad de medicina de familia está progresando. El desarrollo en todo el mundo, respecto a la formación, titulación, formación continuada e investigación, refleja una disciplina madura con una aceptación global en crecimiento (fig.5). El 60% (26) de las

45 organizaciones nacionales de medicina de familia se fundaron después de 1970, la mitad de éstas (13), después de 1980. Los resultados del estudio demuestran que la mayoría de los que respondieron están de acuerdo sobre conocimientos, habilidades, formación y actividades prácticas de los médicos de familia y el importante papel que desempeñan, un descubrimiento que está reflejando en la publicación de la WONCA, respaldada por la OMS, que lleva por título: *El papel del médico de familia/médico general en los sistemas de atención sanitaria* (4).

Sin embargo, los resultados del estudio confirman que la relativamente nueva especialidad de medicina de familia está progresando.

Este estudio de los miembros de la WONCA proporciona una visión útil sobre la condición de los médicos de familia. Las autoridades sanitarias y las instituciones académicas de cada país necesitan ser consultadas, a fin de obtener un mejor y más completo entendimiento sobre el desarrollo de la medicina de familia en el mundo y su impacto a la hora de conseguir la Salud para Todos. La OMS y la WONCA están estudiando una propuesta para un estudio global de estas características sobre la medicina de familia.

Bibliografía

1. Osler, W. *Aequanimitas*, Third Edition, McGraw-Hill Book Co.- New York.
2. Reference for Table 1, chapter 2 (World Bank calculations for estimated costs and health benefits of the minimum package of public health and essential clinical services in low-and middle- income countries, 1990).
3. The World Organization of Family Doctors (WONCA). *WONCA- The First Twenty Years, 1972-92*. Hong Kong: Wonca, 1992.
4. The World Organization of Family Doctors (WONCA). *The Role of the General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems*. Hong Kong: WONCA, 1991.

CAPÍTULO TRES: METAS PARA LA FORMACIÓN MÉDICA

Los primeros siete descubrimientos identificaban metas clave para que los países las afrontasen con vistas a una mejora de sus sistemas sanitarios y de las clases médicas. Los siguientes tres descubrimientos identifican áreas potenciales para una mejora de las condiciones de inversión de los países, de sus recursos públicos en la formación médica y la investigación a fin de mejorar el estado de salud de la población. También identifican el importante papel que pueden desempeñar los formadores médicos para ayudar a asegurar que los países preparen la clase de médicos que la población necesita.

Descubrimiento número ocho: en general, la formación médica de pregrado debería ser más acorde a los objetivos nacionales de salud, relativos a la cobertura universal y a la atención médico primaria, preventiva y coste-efectiva. Aunque los sistemas sanitarios necesitan médicos preparados que puedan satisfacer el amplio espectro de necesidades de salud de la comunidad, los estudiantes de medicina son formados habitualmente en equipos hospitalarios estrechamente especializados y están preparados para abordar problemas de los pacientes que no son en absoluto representativos de la comunidad.

La OMS ha enfatizado la necesidad de la importancia y eficiencia en la formación médica y en la formación de los profesionales sanitarios en general (1). Este documento estaba focalizado hacia los obstáculos para la reforma de la formación médica y las metas para la implementación de la declaración de Alma-Ata (2). Estos conceptos fueron también discutidos en una conferencia que tuvo lugar en Tokio en 1986, en la que se sugirieron los pasos concretos que podrían llevarse a cabo para crear un entorno en el cual pudiera implementarse la declaración de Alma-Ata (3). La declaración de Tokio sugirió reformas en los sistemas sanitarios, sistemas políticos, sistemas profesionales, ministerios de sanidad, comunidades, instituciones financieras, entidades investigadoras, instituciones docentes y otros sectores de la sociedad.

En 1986, los participantes africanos en una conferencia regional en Abuja (Nigeria) y, en 1988, los participantes europeos en Lisboa (Portugal), hicieron un llamamiento para establecer cambios fundamentales tanto en la formación de pregrado como de posgrado, a fin de hacerlas más adecuadas a las necesidades de la población, tal y como está reflejado en los objetivos de la Salud para Todos (4,5). Hicieron un llamamiento a enfatizar de una forma creciente la formación en atención primaria y en el ejercicio de la medicina basado en la comunidad, así como una mayor atención en la formación vocacional en medicina general. Nuevos avances se lograron también en 1988, en la Conferencia mundial sobre Formación Médica de la Federación mundial para la formación médica que se celebró en Edimburgo (Escocia). Esta conferencia produjo la declaración de Edimburgo, expresando doce pasos, necesarios para reformar la formación médica: ocho hacían referencia al proceso formativo y cuatro recomendaban cambios en áreas apartadas de las universidades (6).

En Junio de 1994, se celebró la primera Conferencia global sobre Colaboración internacional en formación y ejercicio de la medicina en Rockfort, Illinois (Estados Unidos), (apéndice 2) (7). Esta conferencia fue organizada por la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con la facultad de medicina de la Universidad de Illinois en

Rockford. En esta conferencia, se enfatizó la importancia de cambios en el acoplamiento del sistema de formación médica y del ejercicio médico con las necesidades del sistema de atención sanitaria del país. Las recomendaciones de la conferencia pusieron de manifiesto que los modelos de ejercicio médico en muchos países en vías de desarrollo y países desarrollados necesitan ser cambiados radicalmente a fin de enfatizar el suministro de servicios esenciales de atención primaria al total de la población. Los cambios que se produzcan de manera similar en el sistema de formación médica serán efectivos en la medida en que el ejercicio de la medicina sea también reformado para mejorar el acceso a las necesidades sociales.

Está claro que la llamada para la reforma de la formación en medicina no excluye las declaraciones y resoluciones que han aprobado varios grupos de prestigio. Además, las necesidades sociales crecientes de una cobertura universal de servicios esenciales individuales y de salud pública reclaman una reforma de la formación médica. Sin embargo, en general, el sistema de formación médica ha cambiado poco desde Alma-Ata. Mientras, principalmente la formación médica se lleva a cabo en todo el mundo de manera muy similar a como se hacía hace dos décadas.

Hoy día, la formación médica ha sido ampliamente criticada de no estar lo suficientemente en consonancia con las necesidades sociales. Los programas formativos más frecuentes no están organizados teniendo en cuenta los problemas comunes en cada país de manera particular. La enseñanza, típicamente, analiza un estrecho espectro de problemas sanitarios.

Sin embargo, en general, el sistema de formación médica ha cambiado poco desde Alma-Ata. Mientras se están desarrollando iniciativas innovadoras formativas de manera ocasional, principalmente la formación médica, en todo el mundo, se lleva a cabo de manera bastante similar a como se hacía hace dos décadas.

Los estudiantes, de forma predominante, son preparados en equipos basados en los hospitales, donde observan un sesgado alto número de problemas complejos, que son cada vez menos representativos de los problemas sanitarios observados en el ejercicio de la atención primaria basado en la comunidad. De hecho, los cambios ocurridos en las últimas dos décadas parecen alejarse más de las recomendaciones de Alma-Ata, que no acercarse a ellas.

Descubrimiento número nueve: a muchas facultades de medicina les falta un programa de pregrado apropiado y unos lugares de formación de prácticas que preparen adecuadamente a los estudiantes de medicina para ejercer como médicos de familia y tampoco tienen unos programas de formación especializada de posgrado (p. ej., residencia) que preparen médicos de familia, formadores e investigadores. Como resultado, la mayoría de médicos de familia en la mayoría de los países se definen por su ausencia de formación específica, en vez de por una preparación formal a través de un compendio de habilidades integradas de atención primaria.

La formación médica en la mayoría de los países, ha seguido un modelo similar. Primero, a los estudiantes de medicina se les enseña durante un número de años en las facultades. Tras el cumplimiento de su formación pregraduada, algunos licenciados

universitarios inician el ejercicio profesional. Otros continúan en la formación posgrado donde se orientan hacia una especialidad en particular.

En las facultades de medicina de algunos países, está teniendo lugar una revolución silenciosa. Como respuesta a las necesidades del sistema de atención sanitaria para un acceso universal y extendido de la atención primaria de salud, las facultades de medicina están reestructurando sus objetivos y programas y organizando prácticas que enseñen a los estudiantes de medicina los requisitos en la adquisición de habilidades de atención primaria, preventivas y orientadas hacia la comunidad. Como respuesta a las necesidades de la población de médicos generalistas ampliamente preparados, los países de todo el mundo están estableciendo la especialidad de medicina de familia y extendiendo los programas formativos a preparar más médicos de familia y mejor formados.

La mayoría de las organizaciones de la nueva especialidad de medicina de familia que se han incorporado a la WONCA, tienen establecidos programas de residencia de formación posgraduada de dos a tres años para preparar a los licenciados en medicina a ser médicos de familia competentes. Sin embargo, en la mayoría de los países, los médicos de familia han sido definidos por su *ausencia* de programa de residencia especializado en lugar de por la adquisición de una serie de habilidades generales. El paquete de habilidades requerido y los componentes necesarios de la formación para un médico de familia están descritos en el informe publicado por la WONCA en *EL Papel del Médico de Familia/ Médico General en los Sistemas de Atención Sanitaria* (9) y en muchos otros textos de medicina de familia e importantes artículos de revistas (10,11,12)

Para muchos países en vías de desarrollo puede que no sea factible o financieramente posible el desarrollar programas de formación posgrado para los médicos de familia. Sin embargo, el informe de la WONCA refiere que, "el nuevo graduado con una formación médica tradicional (pregraduado) está pobremente capacitado para las labores en medicina de familia/medicina general" (9). En esas circunstancias, el desarrollo de programas de mejora creciente puede ser la propuesta más pragmática. Por ejemplo, algunos países han iniciado programas de formación profesional que proporcionan actividades formativas a tiempo parcial, para los médicos de familia en ejercicio laboral que no tuvieron la posibilidad de recibir formación posgraduada completa tras la licenciatura universitaria. Esto, permite al médico continuar su trabajo mientras mejora sus habilidades y conocimientos en medicina de familia. Sin embargo, la amplia variedad de objetivos para todos los países debería poder proporcionar unos programas de formación específica de posgrado que prepararan a los médicos en las competencias específicas de la medicina de familia y les capacitará para proporcionar una atención de calidad a la población.

La mayoría de nuevas organizaciones de medicina de familia, que se han incorporado a la WONCA, han establecido programas de residencia de formación posgrado de dos o tres años para preparar a los licenciados en medicina como médicos de familia competentes.

***Descubrimiento número diez:* en la mayoría de los países, la mayor parte de la financiación pública se destina a la investigación biomédica y el desarrollo y evaluación de tecnologías caras que tienen una limitada aplicación local.**

Relativamente pocos recursos públicos se destinan a los servicios sanitarios, atención primaria e investigación basada en la comunidad, a la prevención y tratamientos coste-efectivos, a las causas más frecuentes de enfermedades prematuras y a la muerte.

La buena formación sanitaria que deriva de la investigación relevante es fundamental para el desarrollo de adecuadas políticas sanitarias y, en última instancia, mejorar la salud. El impulso de la investigación médica en todo el mundo ha conseguido, primordialmente, el desarrollo de más conocimientos sobre cómo funciona el sistema del individuo humano. Concentrándose en la investigación biomédica, ha habido enormes avances en nuestro conocimiento sobre cómo se desarrolla la enfermedad. Además, la investigación ha contribuido al desarrollo de la nueva tecnología para ayudar al diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

Sin embargo, la investigación sobre los servicios sanitarios y la atención primaria ha sido pobremente financiada e insuficientemente desarrollada. En el documento de la WONCA, *El Papel del Médico de Familia/Médico General en los Sistemas de Atención Sanitaria*, las metas para la investigación en atención primaria se definen así:

"Formación: existe una necesidad de que los conocimientos básicos en atención primaria sean incluidos en la formación de los estudiantes de medicina, en la de los médicos y en la de otros profesionales de la atención sanitaria, tales como la salud y los problemas sanitarios de la población, la historia natural de las enfermedades, los efectos de los factores de riesgo, el proceso clínico la relación médico-paciente y la efectividad de la intervención médica.

Planificación: existe una necesidad para mejorar el conocimiento sobre los problemas de salud, los problemas médicos-sociales y los modelos de atención sanitaria de la población a fin de capacitar a los servicios de planificación sanitaria y a los servicios médico-sociales el utilizar de la mejor forma posible los recursos disponibles en la prevención de accidentes, la enfermedad y la promoción de la salud.

Garantía de calidad: existe una necesidad de incorporar métodos de autoevaluación y de garantía de calidad en el ejercicio clínico. Un modelo útil es el utilizado en los programas industriales de garantía de calidad, que sólo desde hace poco tiempo están empezando a ser adaptados a los servicios de atención sanitaria. La habilidad en una valoración crítica de la información médica es esencial en el licenciado contemporáneo que se enfrenta a una corriente siempre creciente de la literatura médica.

Métodos de investigación: los métodos de investigación desde otras disciplinas, tales como las ciencias biológica, sociales y las humanidades, pueden ser necesarios para ser adaptados e integrados dentro de la investigación en atención primaria. Los métodos estadísticos jugarán un papel creciente en tal investigación."

Los gobiernos desempeñan una importante función a la hora de establecer prioridades en la investigación, en parte por la financiación pública de la investigación médica. Sin embargo, no está claro que el establecimiento de los fondos para la investigación se realice tras un completo análisis sobre cuáles deberían de ser las prioridades. En la mayoría de los países, por ejemplo, se destina relativamente poco dinero a: 1) comprender el impacto de los factores medioambientales, formativos y

socioeconómicos en la salud de la población; 2) evaluar el coste-eficacia de los diversos servicios sanitarios, y 3) estudiar la eficacia de las intervenciones específicas en los equipos de atención primaria.

La investigación en atención primaria necesita mucho desarrollo. Por ejemplo, se necesita un mejor entendimiento sobre los riesgos y la historia natural de los problemas de salud frecuentes en la comunidad; sobre los patrones de utilización de la atención sanitaria; sobre los modelos de autoevaluación o mejora de calidad en medicina de familia; sobre la relación médico-enfermo y sobre la formación y el desarrollo continuado profesional de los médicos, las enfermeras y otros profesionales que trabajan en los equipos de atención primaria.

El informe del Banco Mundial recomienda que las prioridades en la investigación incluyan la prevención, detección y atención de seis condiciones que, conjuntamente, causan el 40% por la carga de enfermedad en los países en vías de desarrollo y el 25% en los países desarrollados. Incluyen las causas perinatales y maternas de muerte; las enfermedades de la infancia prevenibles con la vacunación; las infecciones respiratorias; las enfermedades diarreicas; las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, y la tuberculosis.

CAPÍTULO CUATRO: MEJORA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN SANITARIA, DEL EJERCICIO MÉDICO Y DE LA FORMACIÓN MÉDICA: UNA VISIÓN

Introducción

En todo el mundo, los gobiernos reconocen que tienen un interés en la salud de su población, no sólo porque ésta afecte a su productividad y desarrollo económico. Al mismo tiempo, cualquiera que sea su nivel de recursos y desarrollo, todos los gobiernos reconocen que deben hacer frente a los costes de la atención sanitaria y que deben de buscar caminos que aseguren que deben hacer frente a los costes de la atención sanitaria y que deben de buscar caminos que aseguren la mayor ganancia sanitaria. También tienen un interés en la provisión equitativa para todas sus poblaciones, no se conseguirá la ganancia económica potencial y existirán costes políticos si se frustran las expectativas crecientes de su población en materia de atención sanitaria. La extensión sobre la que los gobiernos pueden controlar o influir en la atención sanitaria y la formación y preparación necesarias para ésta, varía ampliamente. No hay duda sobre la necesaria preocupación acerca del coste-eficacia y equidad de la atención sanitaria. Este capítulo refleja una visión de los sistemas de atención sanitaria que son acordes a las necesidades de la población, también proporciona un modelo de ejercicio de la medicina, y la naturaleza de la formación y preparación de aquellos que la practican.

El sistema de atención sanitaria óptimo

El Sistema de atención sanitaria se define, para los objetivos de este capítulo, como las inversiones, organización e infraestructura para el despliegue de los proveedores de atención sanitaria que trabajan para mejorar la cantidad y calidad de vida de los individuos que constituyen la población sobre la que el sistema es responsable.

Clases de necesidad

En los diferentes países del mundo, las necesidades de atención sanitaria de la población varían ampliamente. Esta variación se observa desde medidas como una adecuada nutrición, agua limpia, sistemas seguros de aguas residuales, inmunizaciones contra las enfermedades transmisibles, educación y promoción sanitarias, consejo personal sobre las enfermedades, evaluación basada en la exclusión de enfermedades graves, ayuda en el manejo de enfermedades menores, diagnóstico precoz y abordaje de las enfermedades graves y atención continuada de las enfermedades crónicas y de las discapacidades.

Clases de servicios

Estas diferentes clases de necesidades son cubiertas mediante diferentes tipos de servicios, cuyos objetivos incluyen, entre otros, tanto la reducción de la muerte prematura como la mejora de la calidad de vida. La provisión de tales servicios, requiere un amplio rango de proveedores con unas habilidades apropiadas. El mandato para la provisión de atención sanitaria proviene de la población general representada por las autoridades sanitarias que los organizan, y de los individuos que eligen iniciar y permanecer bajo su cuidado. La efectividad de dichos servicios puede medirse por el análisis de datos brutos tales como las ratios de nacimiento y defunción, pero esto es a menudo difícil de interpretar ya que la relación entre la intervención y los resultados es compleja. Cuando el objetivo de la atención es el estado de bienestar resulta particularmente difícil su cuantificación.

Cuando los recursos son escasos, deben de focalizarse cuidadosamente las prioridades de servicios. Sin embargo, si se concede la posibilidad de elegir,

Los países pueden obtener el mayor beneficio para sus presupuestos sanitarios, teniendo un sistema de previsión que proporcione a todos los ciudadanos unos servicios públicos e individuales esenciales, posibles desde el punto de vista del coste-eficacia.

la gente expresa sus necesidades de un abanico más amplio de servicios, que incluyen la atención personal. En tales circunstancias, los proveedores de atención primaria en particular pueden integrar y coordinar los servicios individuales y comunitarios de manera que no se produzca una duplicidad de servicios innecesaria o una falta en asumir necesidades básicas.

Sin embargo, si un gobierno u otra institución proveedora quiere atraer a buenos trabajadores de calidad hacia la salud pública y la atención primaria, deberá asegurarse que sus remuneraciones y condiciones de trabajo se aproximen a las de aquellos que comparten responsabilidades en los sectores especializados. La remuneración afecta al ejercicio: las personas intentan concentrar sus esfuerzos en actividades que reportarán una recompensa desde los puntos de vista profesional y financiero. Aquellos que proporcionan unos servicios personales de atención sanitaria llevan a cabo una mezcla compleja de actividades que van desde la reevaluación de los pacientes a la atención de los enfermos terminales. Los tres mecanismos principales de remuneración para los profesionales sanitarios son el salario, el pago capitativo y los pagos por servicios concretos, y cada uno de estos sistemas tiene ventajas y desventajas bien reconocidas. En lugar de confiar solamente en uno

Las políticas de financiación efectivas deben tener en cuenta el promover incentivos para los profesionales que proporcionen una mejora en la salud de las personas y la población, y establecer una gratificación basada en el coste-eficacia.

de ellos, puede utilizarse una mezcla de los mismos, a fin de promocionar la mejor distribución de esfuerzos entre las diferentes tareas, especialmente donde la remuneración se relaciona con indicadores de actividad. Tales indicadores podrían incluir accesibilidad, prescripción coste-efectiva, cobertura poblacional en medicina preventiva y mantenimiento de la función o libertad respecto del seguimiento en las complicaciones de las enfermedades crónicas.

Los sistemas óptimos deberían de dar prioridad a la salud pública y a los servicios individuales. Estos servicios son todos susceptibles de ser proporcionados por proveedores de atención primaria y se caracterizan por un alto volumen y un bajo coste por cada caso.

Los servicios de atención primaria pueden ser proporcionados por proveedores con diferentes niveles formativos: desde los asistentes sanitarios y las enfermeras de atención primaria a los médicos de familia totalmente preparados. Cuanto mejor sea la formación, más probable es que la atención sea competente e integral. Además, si la formación es mínima y no dirigida específicamente hacia el servicio de la comunidad, los pacientes por sí mismos acudirán más a menudo al nivel secundario y terciario, colapsándolos con problemas que podrían haber sido abordados por otros proveedores.

Por tanto, los sistemas sanitarios probablemente se benefician más de inversiones en un núcleo lo más grande posible de proveedores de atención primaria bien preparados.

A fin de proporcionar una atención coste-efectiva, los profesionales de atención primaria necesitan una infraestructura adecuada. Ésta, incluye los edificios

Una atención primaria de calidad debería estar al alcance de todos los ciudadanos, ya que cuando se establece apropiadamente y se apoya adecuadamente con recursos, es altamente óptima en cuanto a coste-eficacia.

a los que la población acude para ser atendida, el equipamiento disponible para diagnóstico y tratamiento, el sistema de registro (que no sólo proporciona una herramienta de trabajo para la atención concerniente al individuo, sino también la base para la elaboración de indicadores y la garantía de calidad), y los trabajadores de soporte. La falta de infraestructura condiciona un pobre reclutamiento, un elevado recambio entre los trabajadores e ineficiencia. Por el contrario, modestas inversiones en infraestructura son rentables en términos de coste-efectividad de la atención.

Los servicios especializados tanto diagnósticos como terapéuticos, son comparativamente más caros respecto a la atención primaria. Sólo son efectivos cuando la actuación especializada es adecuada a las necesidades del paciente en el punto exacto de la historia natural de su enfermedad. Un importante papel

Las personas que precisan atención especializada deberían tener un contacto inicial con un profesional de atención primaria.

para el trabajador de atención primaria es el decidir, conjuntamente con el paciente, si una interconsulta es necesaria, a quién y cuándo. El acceso a los especialistas debería en general, ser a través de la consulta por los proveedores de atención primaria. Las auto-derivaciones por los pacientes, no ayudados por un proveedor de atención primaria, a menudo son inefectivas. Pueden suceder demasiado temprano en el curso de la enfermedad o puede ser que la elección del especialista sea inadecuada, requiriendo posteriores interconsultas. Esta forma de trabajar puede ser fragmentaria e ineficiente

En un óptimo sistema de atención sanitaria, hay un considerable solapamiento en la provisión de atención individual y poblacional. Idealmente, el proveedor de atención primaria proporciona toda la atención personal clínica y preventiva a pacientes individuales. Un solapamiento similar sucede entre la atención primaria y la atención secundaria y terciaria. Para que un sistema resulte coste-efectivo, cada sector debería tener un número adecuado de trabajadores que hayan sido preparados con una variedad apropiada de habilidades para sus tareas en cada sector. Para conseguir la equidad, los servicios esenciales deberían ser accesibles a todos y bien distribuidos geográficamente. Esto puede necesitar inversiones extraordinarias cuando los servicios deben establecerse en áreas inseguras o impopulares.

Deberían obtenerse datos y diseñar un análisis para informar a los planificadores sanitarios sobre el número de trabajadores con las habilidades necesarias y su apropiada localización geográfica. Esto, más tarde, determina las dimensiones y características de los sistemas de formación y preparación dentro o en relación al sistema de atención

sanitario. Esto es dinámico. Por ejemplo, desde el momento en que la estructura de la edad influencia a la enfermedad en la población, las necesidades cambiarán debido a los cambios demográficos. Algunos cambios sociales son rápidos, tales como cambios creados debidos a la industrialización. Por tanto, los sistemas de información y planificación necesitan ser sensibles y capaces para responder rápidamente.

¿QUIÉN VA A ORDEÑAR A MI BURRO?

Un niño muy enfermo fue llevado al hospital comarcal. El joven estudiante de medicina discutió el caso con el médico adjunto. Estuvieron de acuerdo en que el niño debería ser derivado a un hospital de tercer nivel a la ciudad.

El estudiante de medicina estuvo correcto, muy motivado y preocupado. Pasó mucho tiempo explicando a los padres por qué el niño debería ser llevado a la ciudad, al hospital de tercer nivel, donde podría recibir los tratamientos más modernos y los mejores medicamentos.

Los padres discutieron el asunto e hicieron dos preguntas: "¿Se recuperará el niño definitivamente si es llevado a la ciudad?" El estudiante de medicina tuvo que admitir que el niño estaba muy enfermo y que no existirán garantías. "¿Se morirá el niño definitivamente si ingresa y es tratado en el hospital comarcal?" Tras pensarlo un momento, el estudiante reconoció que era posible que el niño se recuperara.

Los padres hablaron entre ellos brevemente y después respondieron que probarían de tratar a su hijo en el hospital comarcal. Explicaron que conocían el hospital y que estaban seguros de que el personal del hospital trataría bien a su hijo.

El estudiante de medicina no podía aceptar esta decisión. Los padres deben, dijo, ofrecer lo mejor posible a su hijo para que se recupere. ¿Por qué, preguntó, no querían dejar que su hijo fuera llevado a la ciudad?

"¿Quién ordeñará el búfalo?", respondieron.

El estudiante de medicina se quedó descompuesto y casi en lágrimas. ¿Cómo podía él dedicar su vida a ser un médico que ofreciera la mejor medicina, y el mejor consejo médico, les dijo, mientras los pacientes se preocupaban más de su búfalo que de su propio hijo?

Los padres explicaron pacientemente que tenían otros tres hijos pequeños en su familia. La familia salía adelante gracias a la venta de la leche de búfalo. Si no se atendía y se ordeñaba regularmente al búfalo, podría dejar de lactar, poniendo en peligro las vidas de todos sus hijos. El estudiante de medicina se dio cuenta, de repente, que el ejercicio de la medicina era algo más que recetar medicamentos.

(Una historia de la India)

El óptimo ejercicio de la medicina

El ejercicio de la atención primaria que combina atención personal preventiva y atención de las enfermedades, es una transacción personal entre el proveedor y la persona que ha dado al proveedor la orden de intervenir. Este mandato requiere confianza, y la confianza viene dada de manera proporcional al conocimiento que el paciente tiene del proveedor. Pero la respuesta del proveedor hacia la persona que busca atención o consejo sólo será relevante, aceptable y, por tanto, efectiva si está basada en su conocimiento de la cultura y características socioeconómicas de la comunidad de la que proviene el paciente.

La necesidad de tener en cuenta las circunstancias individuales del paciente desde el punto de vista social, cultural y económico está validada por el conocimiento rápido y creciente del alcance de las mismas y por la manera en que estos factores afectan a la vulnerabilidad de las personas hacia la enfermedad.

Durante muchos años se ha acumulado evidencia de que los estados de salud mental están íntimamente implicados en los parámetros físicos. Son ejemplos de esto la morbilidad en una comunidad cuando su fábrica principal se cierra (2), el efecto del estado civil sobre la supervivencia tras el infarto de miocardio (3), los efectos de los factores sociales y psicológicos sobre la efectividad del tratamiento hospitalario (4) y la vulnerabilidad a la infección de los niños con problemas estresantes. El ejercicio médico óptimo debería integrar por tanto, el conocimiento global de la persona a través de una relación continuada, como la suministrada por un médico de familia, con la experiencia biotecnológica de un médico especialista, para proporcionar un nuevo marco teórico de trabajo asistencial.

Se ha demostrado que las creencias sanitarias afectan no sólo a la decisión a la hora de buscar ayuda profesional sino también a la manera cómo se presentan los problemas y al límite de aceptación de las expectativas. Mientras que la mayoría de estas creencias y modelos de comportamiento son comunes a todos los miembros de una comunidad concreta, otros habrán sido formados por experiencias específicas de salud y enfermedad dentro de la red del trabajo individual que suponen los familiares y las personas allegadas. Para cualquier individuo, la influencia más fuerte en las creencias y comportamientos deriva de la familia, en cualquier caso definida culturalmente, de la que es miembro. Pero no sólo es la "familia" una influencia poderosa sobre el comportamiento sanitario, por su inherente estructura obligada, sino que es también un recurso importante para la atención sanitaria. Gran parte de la asistencia de las enfermedades crónicas es altamente dependiente de los miembros familiares como "suministradores de atención domiciliaria".

El proveedor de atención primaria puede responder con efectividad, estableciendo un mandato para aconsejar o intervenir, y estando familiarizado con las circunstancias de la vida del paciente. Para llegar a esto, deben de ser competentes en cuanto a las habilidades de su ejercicio clínico, particularmente en el registro de la historia clínica y el examen físico, a fin de descartar enfermedades silentes, excluir enfermedades graves y realizar un plan para el abordaje inicial. La razón para excluir a las enfermedades graves, la naturaleza de cualquier enfermedad diagnosticada y el plan de abordaje, deben ser clara y cuidadosamente explicados al paciente, evitando en lo posible, el miedo y reacciones de pena.

En relación a los pacientes con enfermedades crónicas o discapacidades, el proveedor de atención primaria debe de ser capaz de monitorizar y controlar la fisiopatología (problemente asesorado por un especialista). Se deben establecer también objetivos asistenciales que busquen reestablecer o mantener la función física y social. Tales objetivos deben establecerse de acuerdo con el paciente. La consecución de estos objetivos requerirá, a menudo, trabajo en equipo con otros profesionales.

El proveedor de atención primaria bien preparado puede ofrecer servicios a los pacientes que no sólo abarcan necesidades individuales, tales como atención de

El profesional de atención primaria conoce a sus pacientes y sus condiciones de vida, y comprende su situación en cuanto a su entorno familiar y comunitario. Puede abarcar la mayor parte de los problemas de salud que se le presentan, y cuando es necesario, puede coordinar la asistencia proporcionada por otros.

procesos agudos o crónicos, sino otras necesidades aplicables al conjunto de la comunidad, por ejemplo, inmunizaciones, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La relación que el médico tiene con su paciente puede potenciar la aceptabilidad y cumplimiento mediante medidas preventivas de atención sanitaria. Es dentro de este contexto de la consulta del médico de familia, donde la atención individual y muchos aspectos de la salud pública pueden ser integrados satisfactoriamente. Esto requiere no sólo un cierto compendio de habilidades y un compromiso, sino también un sistema sanitario que incentive y recompense este tipo de práctica integrada.

Las habilidades descritas anteriormente son de un alto nivel. Aquellos que pretendan suministrar estas clases de atención a la comunidad con una formación inadecuada, serán menos coste-eficacia, ya que los pacientes pueden estar menos dispuestos a aceptar su consejo o cooperar para su asistencia. Los proveedores peor preparados pueden hacer interconsultas prematuras o innecesarias a especialistas. En los países que cuentan con escasos recursos, puede no ser posible el establecer médicos de familia preparados en el frente de acceso de la atención primaria. Bajo estas circunstancias, los trabajadores más económicos, como los auxiliares sanitarios o las enfermeras, deberían estar preparados el máximo posible en las habilidades requeridas y estar debidamente respaldados para utilizarlas. Sin embargo, el objetivo último debería de ser la provisión de atención primaria por médicos de familia completamente preparados.

El proveedor de atención primaria debería de conocer la comunidad, a fin de proporcionar una atención accesible, aceptable y efectiva. Este conocimiento le permitiría contribuir a la salud de dicha comunidad en su conjunto. Esto puede llevarse a cabo de varias maneras: mediante una implicación directa en su consulta para promocionar alguna iniciativa, mediante consejo a los proveedores de salud pública sobre cambios en los modelos de la enfermedad o iniciando una actividad comunitaria.

TABLA 8 EL MÉDICO CINCO ESTRELLAS

PROFESIONAL SANITARIO, que considera al paciente como parte integral de una familia y una comunidad y proporciona atención clínica de alta calidad (diagnosticando o excluyendo una patología grave y traumatismos, tratando las enfermedades crónicas y las incapacidades) y personaliza la atención preventiva en el marco de una relación a largo plazo basada en la confianza

CREADOR DE DECISIONES, que escoge la tecnología adecuada para aplicar con criterios éticos y de coste-eficacia, mejorando así el tipo de atención prestada.

COMUNICADOR, que es capaz de promover estilos de vida saludables mediante explicaciones enfáticas y, por tanto, otorgando el poder a los individuos y grupos para mejorar y proteger su salud.

LÍDER EN LA COMUNIDAD, que se ha ganado la confianza de las personas entre las que trabaja, y puede reconciliar los requerimientos, estableciendo un plan de acción para el beneficio de la comunidad.

MIEMBRO DEL EQUIPO, que puede trabajar de forma armoniosa con individuos y organizaciones, dentro o fuera del sistema sanitario, a fin de satisfacer las necesidades de salud de sus pacientes y comunidades.

Frontline Doctors of Tomorrow, World Health, año 47, Número 5. Septiembre/ Octubre 1994.
Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

El modelo de atención primaria que aborda la mayoría de las enfermedades en la comunidad, por ejemplo, proporcionando atención personal de prevención y promoción de la salud, y participando en actividades de salud pública, requeriría un proveedor (preferiblemente un médico de familia) con una nueva función y unos nuevos conjuntos de habilidades para afrontarlas. Este profesional médico ha sido descrito como "El Médico Cinco Estrellas" en la tabla 8.

El óptimo ejercicio de la medicina es sensible a los individuos y a las comunidades, está centrado en la persona, orientado a la salud y basado en la comunidad. Los sistemas del ejercicio médico y de la salud pública deberían guardar una estrecha relación.

El reconocimiento de que los factores culturales, sociales y psicológicos son tan importantes como los parámetros de salud y enfermedad, es la base para la emergencia de la medicina como una disciplina clínica. Con sus áreas particulares de conocimientos y habilidades, los sistemas sanitarios están más capacitados para proporcionar una atención accesible, equitativa, de calidad y coste-eficacia. Una formación y preparación adecuadas permitirán a sus exponentes el poder responder con efectividad a "la mayoría de los problemas que la mayor parte de las personas tienen casi siempre". Si se logra este tipo de asistencia, pueden desarrollarse nuevos modelos laborales y nuevas relaciones y responsabilidades compartiendo la renovación de proveedores, de gestores y de la población.

La formación médica óptima

El objetivo de la formación médica de pregrado debería de ser el de preparar nuevos graduados con conocimientos básicos y un conjunto de habilidades con las cuales, después de la licenciatura, iniciar un proceso de construcción de la disciplina elegida. De aquí se desprenden tres aspectos: en primer lugar, que la disciplina escogida refleja modelos de ejercicio presentados al estudiante de medicina; en segundo lugar, que la formación pregraduada debería proporcionar una base importante de conocimientos y habilidades. Para intentar proporcionar más experiencias relevantes de aprendizaje, las facultades de medicina deberían de enseñar no sólo las principales causas de morbilidad de las poblaciones a las que atienden, sino también el contexto cultural en el que se definen la enfermedad y la salud y las expectativas de los individuos que configuran la población.

Los médicos de familia bien formados proporcionan una atención primaria de alta calidad, respondiendo adecuadamente a las necesidades individuales y comunitarias. Una vez preparados correctamente, deberían recibir un *status* apropiado y una remuneración adecuada a sus servicios.

Para llegar a alcanzar tal relevancia cultural y clínica, las facultades de medicina tendrán que buscar, teniéndolo en cuenta, asesoramiento en los miembros de las comunidades, y en aquellos que les atienden. Tales inversiones no deberían restringirse a un diseño del *currículum* sino también, a informar a los encargados de las políticas de admisión y de los planes estratégicos de la institución.

Los representantes de las comunidades afectadas deberían asegurarse de que los estudiantes salen de las facultades orientados hacia ellas, y desempeñando un papel activo, en ocasiones limitado, en cuanto al abordaje de problemas y en cuanto a la provisión de atención dirigida a dichas comunidades. Esta visión, proporcionará una motivación importante hacia el aprendizaje que ellos consideren relevante, y les expondrá a modelos de ejercicio profesional en los que puedan, posteriormente, basar su elección de carrera profesional.

Estas experiencias de aprendizaje serán útiles para **todos** los estudiantes: para los que finalmente ejercerán como generalistas y para los que se formarán en especialidades de segundo y tercer nivel, ya que les otorgarán a todos ellos, la posibilidad de conocer las etapas precoces y tardías de la enfermedad. Además, la atención hospitalaria ha llegado a ser tan breve, que los estudiantes necesitarán aprender en la comunidad a través de médicos de familia y otros especialistas, si deben de adquirir una experiencia adecuada sobre la morbilidad vista en la población como un todo, y los diferentes estadios en la historia natural de cada una de esas enfermedades.

A pesar de que la formación médica de pregrado debe establecer los cimientos sobre los que se construya una adecuada formación de posgrado en medicina de familia, nunca debe de ser vista como suficiente, en sí misma, para preparar un equipo de médicos que quiera practicar la medicina de familia.

Es importante reconocer que, incluso en tal planteamiento de la medicina en la comunidad, la formación de pregrado, en sí misma, no capacita al licenciado para iniciar ningún tipo de ejercicio profesional (incluyendo la medicina de familia) sin una formación posterior. La creciente cantidad de conocimientos objetivos detallados y los cambios rápidos en las comunidades y en sus necesidades, requerirán que las facultades de medicina se concentren en proporcionar licenciados con unos amplios cimientos sobre medicina y unas habilidades fruto de una formación personalizada. La formación específica (especializada) que sigue, se concentrará en las habilidades particulares que requiera la disciplina escogida. El sistema de formación médica debe de ser adecuado a las necesidades de la población en la comunidad, a la que atenderá sus licenciados, en el sentido de quién es seleccionado y enseñado y dónde y qué se les enseña.

Las facultades de medicina, las universidades y otras instituciones con responsabilidades para proporcionar atención a la comunidad, deberían establecer y apoyar importantes programas de posgrado para la formación en medicina de familia.

La formación posgraduada en medicina de familia debe de desarrollar las habilidades básicas aprendidas en el período pregraduado, hasta conseguir el saber excluir, de manera segura, las enfermedades graves o saberlas diagnosticar precozmente, hasta saber tratar los problemas frecuentes de salud sin sobretratamientos, investigaciones invasivas ni de forma más cara de lo necesario y hasta saber manejar correctamente las enfermedades crónicas.

Por encima de todo, sin embargo, esta formación debería inculcar la curiosidad sobre la comunidad, respeto a sus individuos, reconocimiento de la importancia de los factores culturales y psico-sociales en el diagnóstico y abordaje y habilidades de comunicación. Esto debería suceder a la hora de explicar la enfermedad de un paciente o al negociar un cambio de estilo de vida saludable. Como el período de formación a menudo va seguido inmediatamente por el ejercicio profesional, y en muchos casos en la misma comunidad, se asegura así su aplicabilidad en ella.

Las universidades y facultades de medicina, autoridades sanitarias, asociaciones profesionales y los médicos de familia a título individual, deberían implicarse en la formación e investigación para mejorar el sistema sanitario y la atención que proporcionan.

En las universidades, el aprendizaje siempre debería ir acompañado de investigación, y en la mayoría de facultades de medicina, esto es así, pero la mayor parte de investigación es biomédica. Para que esa investigación beneficie a las personas en la comunidad, debería de existir un programa equilibrado de "investigación de servicios sanitarios" que hiciera las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es la necesidad de atención de un grupo determinado de personas? (En términos de privación en aspectos geográficos, culturales, de edad o de morbilidad.)
2. ¿Hasta qué punto se conocen dichas necesidades?
3. ¿Por qué algunas necesidades no se conocen?
4. ¿Cómo podrían conocerse mejor?

Las primeras dos preguntas pueden contestarse mediante epidemiología descriptiva, la tercera mediante un test de hipótesis y la última por la experimentación. Pero estas preguntas y la aplicación de estas metodologías son realmente importantes en la formación de posgrado, y por tanto deberían ser puestas en práctica por médicos de familia, ya que las conocen y deberían aplicarlas a cada consulta individual.

La práctica de la medicina no es estática, sino cambiante constantemente. En algunos aspectos de la medicina, sobre todo en cuanto al tratamiento, los nuevos conocimientos modifican muy frecuentemente a las antiguas modalidades. Además, es variable la historia natural de algunas enfermedades. Hay un recrudescimiento de algunas enfermedades que habían sido consideradas extinguidas y han aparecido otras nuevas. A pesar de que la formación de pregrado y posgrado sean de muy buena calidad, el médico de familia necesitará una formación continuada a lo largo de su vida. En el ejercicio de las especialidades a nivel hospitalario, hay una larga tradición de una formación continuada con una organización y una cultura que la facilita; particularmente mediante

interacción entre las diferentes especialidades con dicho objetivo a través de "amplias rotaciones". En la medicina de familia, los médicos trabajan relativamente aislados y en circunstancias donde no pueden organizarse reuniones ni dichas rotaciones. No puede esperarse, por tanto, que la Formación Médica Continuada (internacionalmente conocida como CME -*Continuing Medical Education*-), se autogenera, y deben de realizarse provisiones a fin de que pueda llevarse a cabo. Los objetivos formativos para la CME deben de ser adecuados, y por tanto no solamente específicos a las necesidades particulares de las comunidades a las que atiende cada médico de familia en particular. La CME satisfactoria para los médicos de familia debería:

- Seguir un programa diseñado por los propios médicos de familia.
- Reflejar las necesidades de atención médica de la comunidad puestas de manifiesto en la práctica diaria. La mejor forma de conseguir este punto es relacionando la CME con indicadores de actividad consensuados, comprobados mediante una auditoría clínica sencilla.

Bibliografía

1. World Bank "World Development Report Investing in Health" 1993 New York Oxford University Press, P.10.
2. Beale N & Netherclott S "Job Loss and Family Morbidity: The Effect of Factory Closure", J Roy Coll Gen Prac 1985 35 P.510-514.
3. Chandra V, Szklo M, Glodberg R, et al, "The Impact of marital Status on Survival After Acute Myocardial Infarction: A Population Based Study", Amer J. Epid 1983 117 P. 320-325.
4. Querido A "Forecast and Follow Up: An Investigation into the Clinical, Social, and Mental Factors Determining The Results of Hospital Treatment", Brit J Prev Social med 1959 13 P 33-49.
5. Haggerty RJ "Stress and Illness in Children", Bull NY Acad Med 1987 62 P 707-718.
6. White KL "The Task of Medicine: Dialogue at Wickenburg", Kaiser Family Foundation.
7. Rose G "Strategy of Prevention: Lessons From Cardiovascular Disease", Brit Med J 1981 1847-1851, quoted in Scott N, Kinnersley P, Rollnick S "The Limits to Health Promotion", Brit Med J 1994 309 P 971-972.
8. Frontline Doctors of Tomorrow, World Health, 47th year, Number 5. September/October 1994, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
9. White K and Connolly J "The Medical School Russian and The Nation's Health".

CAPÍTULO CINCO: RECOMENDACIONES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN SISTEMA DE ATENCIÓN SANITARIA DE INTERÉS PÚBLICO Y DE UN SISTEMA DE FORMACIÓN MÉDICA

INTRODUCCIÓN

Para conocer las necesidades de la población, deben producirse cambios fundamentales en el sistema sanitario, en la profesión médica y en las facultades de medicina y otras instituciones formativas. El médico de familia debería tener un papel central para conseguir unos sistemas sanitarios de calidad, coste-eficacia, y equitativos. Para poder alcanzar esta responsabilidad, el médico de familia debe ser altamente competente en la atención de los pacientes, y debe integrar la atención sanitaria individual con la comunitaria. La cooperación entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Mundial de Médicos de Familia hacia este punto de vista es histórica.

En la Conferencia conjunta OMS/WONCA "Haciendo el Ejercicio de la Medicina y la Formación Médica más Adecuados a las Necesidades de la Población: la Contribución del Médico de Familia" celebrada del 6 al 8 de Noviembre de 1994, los participantes recomendaron la utilización de métodos mediante los cuales los puntos de vista y objetivos subrayados en el capítulo 4 pudieran llevarse a cabo. Dado que existía una gran diversidad entre las organizaciones y países representados, el plan de acción refleja no sólo un conjunto de recomendaciones generales, sino que permite la flexibilidad dentro de cada organización y país en concreto. Los participantes recomendaron a la OMS y a la WONCA que hicieran una amplia difusión de este documento entre los gobiernos, la clase médica, las facultades de medicina y demás instituciones formativas, así como otras organizaciones relevantes. Se pretendía, así, estimular el debate e implementar planes de acción, a fin de hacer el ejercicio de la medicina y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población. Estas recomendaciones para la atención derivadas de la conferencia van dirigidas a la reforma de tres áreas: los sistemas sanitarios, el ejercicio de la medicina y la formación médica.

A. SISTEMA DE ATENCIÓN SANITARIA

Recomendación uno:

ACEPTAR QUE EL SISTEMA DE ATENCIÓN SANITARIA DEBE CAMBIAR

- **Deben acontecer cambios fundamentales en el sistema de atención sanitaria para hacerlo más equitativo, con mejor coste-eficacia y más adecuado a las necesidades de la población.** Todas las personas y comunidades deberían recibir atención sanitaria pública, esencial y óptima en cuanto a coste-eficacia y servicios personales encaminados a conocer mejor su estado de salud. **El médico de familia debería tener un papel central en la consecución de estos objetivos, siendo altamente competente a la hora de proporcionar una atención personal esencial de calidad e intregrado la atención individual con la comunitaria.** Debería existir un diálogo continuado entre los gobiernos, los políticos y los planificadores sanitarios, la profesión médica (médicos generales, médicos especialistas y médicos de salud pública) y las facultades de medicina, así como otras instituciones formativas, con el fin de diseñar una respuesta nacional a las necesidades de atención de la población.

Acción por

- Estados miembros de la OMS
- Asociaciones profesionales
- Programas de formación en medicina de familia
- Facultades de medicina
- Universidades

Recomenación dos:

CONECTAR LAS POLÍTICAS FINANCIERAS A LAS NECESIDADES DEFINIDAS

- **Deberían desarrollarse y utilizarse herramientas que ayudaran a definir las necesidades de la población tanto a nivel individual como formando parte de sus comunidades. La financiación de la atención sanitaria debería estar conectada a las necesidades y problemas prioritarios de salud. En particular, las necesidades definidas deberían influir en la proporción de los recursos disponibles gastados en la atención primaria, secundaria y terciaria, así como en los servicios de salud pública.**

Acción por

- Planificadores sanitarios de los gobiernos

Recomendación tres:

RECOMPENSAR LA SALUD PÚBLICA Y LA ATENCIÓN PRIMARIA EFECTIVA

- **Los servicios de salud pública y de atención primaria de calidad deberían estar al alcance de todos como un asunto de política nacional. Deberían existir incentivos financieros para aquellos sistemas y profesionales que proporcionasen unos servicios de salud pública con óptimos resultados de coste-eficacia y de atención individual, donde se demostrase una mejor calidad del estado de salud.** La atención primaria debería ser recompensada siempre que incluya la atención de los servicios clínicos agudos y crónicos. La atención longitudinal y coordinada, la atención preventiva y una educación sanitaria que consiga un estado funcional óptimo, potenciando la independencia. **Los niveles apropiados de inversión deberían asegurar que los estándares de infraestructura en atención primaria** (número de personal de apoyo, edificios, registros, comunicaciones y equipamiento básico de diagnóstico y tratamiento) **fuera equivalentes a los equipamientos hospitalarios.**

Acción por

- Gobiernos
- Agencias de financiación de la atención primaria pública y privada
- OMS
- WONCA

Recomendación cuatro:

IMPLEMENTAR LA REFORMA DE LA CLASE MÉDICA

- **Habitualmente, una mayoría de médicos deberían ser médicos de familia. Donde fuera necesario, se deberían establecer políticas nacionales para conseguir este objetivo a la mayor brevedad posible.** Los países deberían realizar una evaluación objetiva de la composición y distribución de la clase médica, teniendo en cuenta, de manera especial, la proporción de recursos gastados en la atención primaria en contraposición a los invertidos en el segundo y tercer nivel. La política sanitaria deberían formentar el reclutamiento y la retención de los pacientes en la atención primaria, estableciendo incentivos económicos para los médicos de familia (y para los demás profesionales de atención primaria), especialmente para aquellos que trabajan en zonas necesitadas. Deberían establecerse los programas de formación específica de posgrado con la capacidad suficiente para hacerse cargo de los requerimientos de todo el país.

Acción por

- Gobiernos
- Instituciones formativas del personal sanitario

Recomendación cinco:

DEFINIR EL ESTATUS Y LA FUNCIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA

- **Debería potenciarse el *status* de la atención primaria y definir dentro de él la función de los médicos de familia, específicamente preparados. Debería existir una representación médica equitativa entre médicos generales y médicos especialistas en la gestión del sistema de atención sanitaria.** Este equilibrio debería llegar a ser la norma para los políticos y las autoridades, comités y consejos formativos, reguladores, investigadores y los encargados de la distribución de los recursos, tanto a nivel regional como nacional.

Acción por

- Gobiernos
- Organizaciones médicas profesionales
- Facultades de medicina
- Entidades de financiación

Recomendación seis:

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE FORMA MÁS ADECUADA

- **Una utilización adecuada de los servicios especializados debería ser consecuencia de un contacto inicial con un profesional de atención primaria**

que debería estar capacitado para proporcionar, de manera independiente, un consejo bien informado sobre la necesidad de la interconsulta y la elección entre las alternativas existentes, teniendo en cuenta los resultados probables, la calidad y los costes. Tales sistemas de interconsulta deberían iniciarse y mantenerse mediante consensos interprofesionales, acuerdos contractuales e incentivos económicos.

Acción por

- Gobiernos
- Compradores de servicios sanitarios
- Organizaciones médicas profesionales

B. EJERCICIO MÉDICO

Recomendación siete:

PROBAR NUEVOS MODELOS DE SUMINISTRO INTEGRADO DE LA ATENCIÓN

- **Deberían llevarse a cabo proyectos de investigación de campo para valorar los diferentes modelos de suministro de atención sanitaria que integran las funciones de atención individual con las de salud pública. Los modelos probados deberían apoyar los patrones de consulta que enfatizan la calidad, que proporcionan una atención personalizada, integrada, coordinada y longitudinal, que tienen en cuenta las necesidades sanitarias de los individuos y las comunidades y que integran la atención con la proporcionada por otros profesionales.** El ejercicio de la medicina debería estar fundamentado en el resultado, tras un cuidadoso análisis, de los componentes esenciales de proyectos que tuvieran éxito.

Acción por

- Gobiernos
- OMS/WONCA
- Facultades de medicina
- Escuelas de salud pública
- Agencias de investigación sanitaria

Recomendación ocho:

UTILIZAR EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN, BASADO EN LA COMUNIDAD Y EN LA CONSULTA, PARA PROPORCIONAR ESTÁNDARES ADECUADOS DEL EJERCICIO MÉDICO

- **El ejercicio médico debería estar enfocado hacia las necesidades de la población. Los datos nacionales y los comunitarios deberían ser equilibrados por un análisis de la consulta, basado en las necesidades de los individuos y sus familias, a fin de proporcionar modelos adecuados de ejercicio médico.** Se debería preparar y distribuir ampliamente un informe sobre

las adecuadas metodologías de evaluación de las necesidades sanitarias y de los resultados de la atención. Las necesidades de la población deberían influir y dirigir los modelos de ejercicio médico, la definición de la función de la función del médico, la garantía de calidad y las políticas sanitarias nacionales. Los médicos, a título individual, deberían ser estimulados para establecer y mantener perfiles profesionales adecuados y para utilizar la garantía de calidad, de esta forma se podría equilibrar el ejercicio médico con las necesidades. Ésta debería ser la base de la recertificación y debería contemplarse en los contratos profesionales.

Acción por

- WONCA
- Instituciones formativas y programas para personal sanitario
- Profesionales de programas de formación continuada y calidad
- Autoridades que otorgan titulaciones

Recomendación nueve:

CONFIAR EN LOS MÉDICOS DE FAMILIA, BIEN FORMADOS, A FIN DE PROPORCIONAR UNA ÓPTIMA ATENCIÓN, CON MEJOR COSTE-EFICACIA

- **Cada persona debería confiar en un profesional de atención primaria y de ese modo los servicios clínicos esenciales de atención individual serían accesibles al total de la población. Un médico de familia específicamente preparado puede responder adecuadamente a la mayoría de problemas que la mayor parte de la población tiene en general. Siempre que sea posible, los médicos de familia deberían considerarse exclusivamente como médicos de primer nivel. No sólo son los únicos cualificados para la labor, sino que representan el medio más efectivo para controlar la utilización innecesaria e inoportuna de los servicios especializados.** Deberían llevarse a cabo estudios que definiesen el papel cambiante del médico de familia, y su integración óptima en los sistemas sanitarios reformados.

Acción por

- Gobiernos
- Planificadores sanitarios
- Organizaciones médicas profesionales
- OMS/WONCA

Recomendación diez:

ANIMAR A TODOS LOS PACIENTES PARA QUE SE IDENTIFIQUEN DE MANERA INDIVIDUAL CON UN MÉDICO DE FAMILIA

- **Cada persona debería conocer el nombre de su profesional de atención primaria; cada persona debería ser reconocida por su nombre, por un profesional de atención primaria.** Los pacientes a título individual, deberían ser activamente animados para que nombraran a un médico como su principal

profesional de atención médica primaria. Los médicos, a título individual, deberían estar activamente animados a mantener un registro de todos los individuos y familias sobre los que tienen responsabilidad como principales profesionales de atención primaria. **La identificación individual con un médico de familia debería promoverse como un asunto de responsabilidad personal y profesional, pero animada, a su vez, con incentivos económicos y requerimientos contractuales.**

Acción por

- Gobiernos
- Compradores de servicios sanitarios
- Organizaciones miembros de WONCA
- Asociaciones profesionales
- Grupos de pacientes y consumidores
- Público en general

Recomendación once:

ESTABLECER COLEGIOS (ASOCIACIONES) PROFESIONALES/ACADEMIAS DE MÉDICOS DE FAMILIA EN TODOS LOS PAÍSES

- **Deberían establecerse, en todos los países, colegios profesionales, academias u otras asociaciones profesionales independientes, con estatutos propios, de médicos de familia. Debería ser un objetivo de éstos incluir como miembros a todos los médicos que trabajan en el nivel de atención primaria. Estos colegios (asociaciones) profesionales/academias deberían asegurar a la población que los médicos de familia son sensibles a las necesidades de sus comunidades y que tratan de mantener estándares elevados de atención a sus miembros.** Bien sea en los ya establecidos o en los de nueva creación, su función debería ser la de aconsejar y de participar en las decisiones de los gobiernos y planificadores de los servicios sanitarios. En particular, deberían ayudar a definir la contribución de los médicos de familia. Sus otras actividades deberían incluir:
 - Desarrollar criterios de ejercicio profesional y definiciones de la función con una adecuada repercusión en el ámbito local.
 - Proveer a la población de información sanitaria veraz.
 - Evaluar la aplicabilidad de la formación médica.
 - Asegurar una adecuada provisión de programas de formación específica en medicina de familia.
 - Desarrollar estrategias para conseguir una distribución geográfica equitativa de los médicos.
 - Promocionar programas adecuados de formación médica continuada, y de garantía de calidad, basados en la práctica.
 - Fomentar la investigación adecuada en medicina de familia.
 - Definir sus relaciones con otros estamentos.

Acción por

- Organizaciones miembros de WONCA
- Contactos de la OMS a nivel nacional

Recomendación doce:

LOS MÉDICOS DE FAMILIA DEBERÍAN DEMOSTRAR SU COMPETENCIA CONTINUADA, UTILIZANDO MÉTODOS DE AUTOEVALUACIÓN VÁLIDOS Y FIDEDIGNOS

- **Los médicos de familia deberían establecer estándares para todos los aspectos del ejercicio basados, siempre que fuera posible, en evidencias científicas publicadas, incluyendo tanto los aspectos cuantitativos como los cualitativos, una vez comprobado que los métodos de evaluación empleados son válidos y fidedignos. Los médicos deberían aplicar estos criterios a su propio ejercicio profesional. Tales sistemas deberían capacitar a los médicos para demostrar su competencia continuada, como, por ejemplo, con fines de recertificación**

Acción por

- OMS/WONCA
- Asociaciones profesionales

Recomendación trece:

ASEGURAR QUE LOS SISTEMAS DE REMUNERACIÓN DE LOS MÉDICOS NO DISTORSIONEN LAS PRIORIDADES SANITARIAS, BASADAS EN LAS NECESIDADES

- **Los sistemas de financiación y la remuneración de los médicos deberían mantener una práctica médica óptima, como se ha previsto en este informe. Debería tenerse en cuenta un análisis profundo de los sistemas existentes y las alternativas posibles.** Particularmente, las iniciativas contumaces pueden producir distorsiones financieras sobre decisiones clínicas, y se deberían identificar los costes oportunistas inherentes en algunos sistemas. Debería celebrarse un debate global para establecer unos criterios de actuación para aquellos sistemas que respondan a las necesidades de la población, favoreciendo el óptimo ejercicio médico y las buenas relaciones profesionales.

Acción por

- WONCA/OMS
- Asociaciones profesionales
- Seguros sanitarios
- Autoridades sanitarias

C. FORMACIÓN MÉDICA

Recomendación catorce:

ENJUICIAR LA FORMACIÓN MÉDICA POR SU RELACIÓN CON LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN Y POR SU APLICABILIDAD AL EJERCICIO DE LA MEDICINA

- **El sistema de formación médica debería ser capaz de demostrar, explícitamente, la manera en que responde a las necesidades de la población**

tanto a nivel individual como de comunidad y de nación. La formación médica debería responder a estas necesidades preparando médicos que, en un número suficiente, fueran capaces de proporcionar una atención médica equitativa, adecuada, de calidad y de óptimo coste-eficacia. La facultad de medicina debería contribuir diseñando un sistema sanitario socialmente sensible. Deberían establecerse criterios de calidad de ámbito nacional para la formación médica, y llevarse a cabo métodos válidos y fiables para implementarlos. La facultad de medicina desempeña un papel fundamental en cuanto a su repercusión social como institución. Se debería realizar una evaluación internacional de los diferentes sistemas formativos, para establecer criterios de evaluación objetivos, a fin de identificar las instituciones que son adecuadas a las necesidades sanitarias de la sociedad.

Acción por

- Facultades de medicina
- Otras instituciones médicas formativas
- OMS/WONCA

Recomendación quince:

RECONOCER LA MEDICINA DE FAMILIA COMO UNA DISCIPLINA ESPECIAL

- **Debería llegar a ser universal el reconocimiento formal de la medicina de familia como una disciplina especial dentro de la medicina (esto está hoy día aceptado en muchos países).**

Los colegios profesionales nacionales/academias de medicina de familia deberían iniciar debates con los gobiernos, las facultades de medicina y los estamentos apropiados, utilizando documentación de soporte proporcionada por la WONCA. La OMS debería desempeñar un papel clave, actuando como un abogado.

Acción por

- Gobiernos
- Autoridades que expiden titulaciones
- Facultades de medicina
- Asociaciones médicas profesionales
- OMS/WONCA

Recomendación dieciséis:

LA FORMACIÓN MÉDICA BÁSICA (DE PREGRADO) DEBERÍA PROPORCIONAR UNOS CIMENTOS ADECUADOS PARA UNA POSTERIOR FORMACIÓN ESPECÍFICA (ESPECIALIZADA)

- **Las facultades de medicina deberían de redefinir continuamente su misión, planes estratégicos, política de admisiones, composición del claustro de profesores, programas, exámenes y lugares de prácticas, a fin de satisfacer las necesidades de la población y del ejercicio de la medicina en las comunidades a las que atenderán los licenciados. El objetivo de la formación médica de pregrado debería ser el de obtener licenciados capaces de poder proseguir una formación especializada posterior en cualquiera de**

las disciplinas elegidas, incluida la medicina de familia. La formación médica de pregrado por sí sola, es una formación insuficiente para los médicos de familia. La competencia en medicina de familia requiere una formación de posgrado.

Acción por

- Facultades de medicina
- OMS/WONCA

Recomendación diecisiete:

LA DISCIPLINA DE MEDICINA DE FAMILIA DEBERÍA ENSEÑARSE EN CADA FACULTAD DE MEDICINA Y PROPORCIONAR UN EQUILIBRIO ENTRE MÉDICOS GENERALES Y MÉDICOS ESPECIALISTAS

- Cada facultad de medicina debería tener un departamento de medicina de familia. Todas las especialidades enseñadas deberían incluir una dimensión de médico general, que incluyera la interconsulta, la atención compartida, el alta y el seguimiento. También se debería enfatizar la enseñanza de la atención primaria en los centros de salud. Todos los estudiantes deberían experimentar la continuidad de la salud individual y de la enfermedad, en el contexto de la comunidad. La implicación de un número equilibrado de médicos de familia, como profesores y como modelos de ejercicio profesional, capacitaría a los estudiantes para realizar una elección informada de su carrera profesional.

Acción por

- Facultades de medicina
- OMS/WONCA

Recomendación dieciocho:

CADA PAÍS DEBERÍA PROPORCIONAR FORMACIÓN ESPECÍFICA DE POSGRADO EN MEDICINA DE FAMILIA

- **Cada país debería plantearse como objetivo el establecimiento de programas de formación específica en medicina de familia, que siguieran la formación médica básica y se esforzaran para encontrar un equilibrio en las necesidades de la clase médica.** Todos los países deberían establecer criterios de formación en atención primaria. El cumplimiento satisfactorio de la formación debería ser certificado en todos los países, siguiendo un método válido y fiable de evaluación. A los médicos generales establecidos, que no hayan recibido la formación específica en medicina de familia, se les deberían ofrecer programas especiales de formación médica continuada, que pudieran llevar como una medida interina la consecución de la certificación.

Acción por

- Gobiernos
- Asociaciones profesionales
- Facultades de medicina y otros estamentos formativos
- Profesionales de programas de formación específicos

- WONCA/OMS

Recomendación diecinueve:

LA FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA DEBERÍA FOCALIZARSE EN LA MEJORA DEL EJERCICIO MÉDICO

- **La formación médica continuada debería centrarse en el ejercicio profesional de los médicos a la hora de hacer frente a las necesidades de la población. Como parte de su tarea profesional, todos los médicos deberían participar activamente con sus colegas en una puesta al día continuada de su propia actividad, a la luz de los criterios publicados, protocolos e investigación. La formación médica continuada debería incluir, si fuera necesario, una obligatoriedad para cambiar la actividad previa en respuesta a las necesidades de los individuos y las comunidades. Cada disciplina, incluida la medicina de familia, debería aceptar la responsabilidad para planificar y desarrollar sus propios programas de formación médica continuada.**

Deberían ser voluntarios, flexibles y, en ocasiones, multidisciplinarios. La formación médica continuada debería influir en los contenidos y participar del desarrollo tanto de la formación específica como de la formación médica básica. Los sistemas de garantía de calidad deberían estar basados ampliamente en la formación médica continuada. Una vez proporcionada una formación médica continuada, bien desarrollada y accesible, debería considerarse, como método de cualificación, la recertificación, a fin de promover la calidad en el ejercicio de la medicina, basada en métodos de evaluación válidos y fiables.

Acción por

- Asociaciones profesionales
- Profesionales de formación médica continuada
- Facultades de medicina y otros estamentos formativos

Recomendación veinte:

LA INVESTIGACIÓN BASADA EN LOS SERVICIOS SANITARIOS, EN LA POBLACIÓN Y EN LA ATENCIÓN PRIMARIA, DEBERÍA TENERSE MÁS EN CUENTA

- **La investigación de financiación pública debería otorgar una alta prioridad a la investigación basada en los servicios sanitarios, en la atención primaria, en la prevención y en la población, ya que afecta directamente a los resultados sanitarios. Las facultades de medicina deberían iniciar tal tipo de investigación en colaboración con las autoridades sanitarias, las asociaciones profesionales, las comunidades y los médicos de familia a título individual. Los datos provenientes de la investigación deberían ser racionalmente aplicados a las políticas sanitarias.**

Deberían desarrollarse criterios internacionales para la investigación tanto en la práctica médica como en la formación en medicina. Esto debería facilitarse mediante el reclutamiento de centros colaboradores en medicina de familia como parte de la red de centros de la OMS (WHO, Network). En el futuro, deberían apoyarse los intentos actuales para definir los contenidos de la medicina de familia, mediante la creación de una taxonomía propia de la salud y la

enfermedad, que reflejen claramente la complejidad del ejercicio de la medicina de familia.

Acción por

- Autoridades sanitarias
- Agencias de financiación de la investigación
- OMS/WONCA
- Facultades de medicina

Recomendación veintiuno:

DEBERÍA RECOPIARSE Y DIFUNDIRSE INFORMACIÓN Y EJEMPLOS SOBRE EL CORRECTO EJERCICIO MÉDICO

Los gobiernos, las facultades de medicina, las asociaciones profesionales y otros cuerpos relevantes deberían intercambiar información, a fin de compartir soluciones creativas a los problemas en los sistemas sanitarios, en el ejercicio de la medicina y en la formación sanitaria.

Las instituciones, que han llegado a tener un éxito particular a la hora de satisfacer las necesidades de sus comunidades, deberían servir como centro para consolidar el compañerismo, para validar los programas y para la distribución de información, relativa a la formación médica. Se debería recopilar un inventario global sobre investigación importante en atención primaria y se deberían recoger ejemplos y experiencias del ejercicio relevante de la medicina de familia. Debería ponerse en marcha un estudio mundial sobre medicina de familia, a fin de evaluar los modelos de ejercicio profesional, de formación y de remuneración de los médicos de familia, repitiéndolo a diferentes intervalos, con el fin de monitorizar el progreso de estas recomendaciones. Los datos deberían también ayudar a evaluar el éxito de la profesión para conseguir llegar a satisfacer las necesidades de atención sanitaria de la población.

Acción por

- OMS/WONCA
- Gobiernos
- Facultades de medicina
- Asociaciones profesionales y otros cuerpos relevantes

ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DESCRITAS EN EL CAPÍTULO CINCO

Las estrategias para establecer cambios en la formación y en el ejercicio médicos deberían ser múltiples y estar relacionadas con las necesidades locales, los recursos y el grado de desarrollo. Deberían implementarse a diferentes niveles, desde globales a locales, y deberían desarrollarse, respectivamente, de "arriba hacia abajo" y de "abajo hacia arriba".

Colaboración

La colaboración debería ser una clave estratégica que implicase a los grupos comunitarios locales, a los médicos de familia, a otros profesionales sanitarios, al gobierno y a las facultades de medicina. En los países donde la atención primaria

médica está subdesarrollada, se debería adoptar un modelo amplio, modular y en continua evolución, a fin de establecer una formación en medicina de familia, empezando hacia una completa formación mediante un programa de residencia y, eventualmente, departamentos de medicina de familia.

Reforma educativa

Los países miembros de la OMS y las organizaciones miembros de la WONCA deberían fomentar una reforma educativa y, en particular, el traslado de los centros médicos académicos, desde los hospitales hacia las consultas, y formación basadas en la comunidad.

Equipos consultivos

Deberían establecerse "equipos consultivos", consistentes en representantes de ambas organizaciones y de regiones, países e instituciones, de cierta relevancia, con el fin de ayudar a los que intenten alcanzar estas recomendaciones. Estos equipos pueden ayudar a los gobiernos, a los formadores, a los planificadores sanitarios y a las asociaciones de medicina de familia para planificar, implementar o evaluar el sistema de atención sanitaria.

Información

Debería intercambiarse información entre los colegios (asociaciones) profesionales de médicos de familia y otros estamentos importantes interesados, por ejemplo, mediante afiliaciones entre países y asociaciones; a través de pactos de hermanamiento o intercambios entre facultades y estudiantes.

La OMS y la WONCA promoverían el desarrollo de la medicina de familia como una disciplina, actuando como centro de recursos para los documentos clave, información sobre calidad en la atención, programas formativos, modelos de ejercicio profesional, epidemiología, ensayos clínicos e información sobre la clase médica.

Reuniones

Deberían convocarse reuniones específicas, por ejemplo, para analizar los sistemas existentes de financiación y remuneración de los médicos, a fin de revisar e investigar sobre las diferentes opciones, mediante la estimulación de un debate general sobre los sistemas de remuneración más apropiados para los médicos de familia y que favorezcan un adecuado ejercicio profesional, y unas buenas relaciones profesionales.

Indicadores específicos de resultados

El éxito debería señalarse a través de cambios en los indicadores específicos de resultados sobre mejora sanitaria: mejor distribución geográfica de los profesionales de atención primaria, según las necesidades, número de estudiantes que escogen medicina de familia y número de facultades de medicina con departamentos de medicina de familia.

PROGRAMA PARA UNA ACCIÓN PREPARATORIA

Como resultado de esta conferencia y de las recomendaciones del capítulo cinco, deberían llevarse a cabo nuevas negociaciones entre la OMS y la WONCA. Debería delegarse la responsabilidad y otorgar una "misión prioritaria" a personas clave y organizaciones, a fin de :

- Convocar reuniones regionales para profundizar en estas recomendaciones.
- Convocar una conferencia consultiva sobre sistemas de financiación y de remuneración de los médicos.
- Crear un programa a fin de establecer en los países miembros:
 - Una asociación para los médicos de familia.
 - Un departamento de medicina de familia en cada facultad de medicina.
 - Programas de formación de posgrado en medicina de familia.
- Fomentar centros, para la medicina de familia, colaboradores de la OMS.
- Establecer un estudio mundial OMS/WONCA sobre médicos de familia (situación actual y tendencias).
- Crear proyectos sobre provisión integrada de la atención primaria.
- Desarrollar un centro de información que proporcione: soporte al proyecto, información y equipos de consulta, importantes para la reforma de la formación médica y del ejercicio de la medicina así como para el papel del médico de familia.