

Boletín Informativo

mayo de 1999

Sociedad de Medicina Rural

105



Nuevamente en carrera después de un tiempo de ausencia, en este caso, para comentar dos temas que creemos son positivos en sí mismos.

Uno es la largamente diferida puesta en servicio del Hospital H Heller en la zona oeste de la capital de la provincia. Aparte de las consideraciones acerca de si es la mejor estrategia de salud la instalación de un establecimiento de su magnitud y costo, considerando la oferta de servicios que sumando todos los subsectores hoy tiene la ciudad, reafirma la presencia de la salud pública provincial en la zona de mayor crecimiento poblacional de la capital neuquina.

De hecho, el trabajo en las primeras semanas de funcionamiento ha sido mucho y en algunos casos excedido las expectativas iniciales.

Por otra parte es destacable la idea de que dicho establecimiento, aún con su complejidad, se plantee tareas encuadradas en la APS (visitas programadas a lugares prefijados en los barrios; acciones de educación para la salud con las UAF, escuelas, visitas domiciliarias a pacientes impedidos, etc).

Por eso les deseamos mucha suerte y un exitoso desempeño a todos los agentes que prestan servicio en ese establecimiento. (Ver reseña última página).

El segundo asunto es la culminación del primer ciclo del Curso de Actualización Continua de Médicos Generales de la Zona Metropolitana.

Dicho curso, de cincuenta horas de duración, fue organizado, coordinado y dictado por Médicos Generales de dicha Zona con el aporte de conocidos expertos locales en algunos de los temas.

Asistieron 36 profesionales de las Zonas Metropolitanas y I, y conforme a los requisitos establecidos 31 fueron los habilitados para rendir el examen necesario para la certificación correspondiente.

Los temas tratados fueron: Actualización en ATB; Violencia Familiar; Evaluación de Síntomas Osteoarticulares; Trastornos de la Alimentación; Asma en Adultos y Niños; EPOC; Examen Periódico en Salud; Aconsejamiento en SIDA; Seguimiento del paciente HIV (+); Lactancia Materna e Hipertensión Arterial; El niño que fracasa en la escuela (Mesa Redonda).

En algunos de los temas dada la amplitud de su interés asistieron Enfermeras/os; Asistentes sociales y Psicólogos.

Es remarcable que además de los beneficios técnico-académicos (homogeneización de criterios - actualización de temas, etc) de este curso se han advertidos otros, de índole relacional y del conocimiento de las personas, que ayudan a la tarea diaria (facilitan la referencia y contrarreferencia - la interconsulta, etc.) y como consecuencia la mayor fluidez y eficiencia del trabajo médico.

En la segunda semana de abril comienza el curso del corriente año habiéndose triplicado el número de inscriptos (más de 90), provenientes de las Zonas Metropolitana y I, de la Guardia Externa del H.C.Rendón y del ámbito privado, todo lo cual supone que los concurrentes han encontrado elementos útiles y que responden a sus necesidades en el desarrollo de los temas.

Con los mismos horarios y días de dictado que el pasado ciclo (primer y tercer jueves un grupo, y segundo y cuarto miércoles de cada mes el otro grupo) el programa tentativo del

corriente año incluye: ECG (Electrofisiología y patrones básicos); DBT; Infecciones del tracto respiratorio superior en Pediatría; Salud Reproductiva; Patología quirúrgica y ortopédica en la infancia; Alteraciones del ciclo menstrual, menopausia y terapia de reemplazo hormonal; Adolescencia; Infecciones urinarias en adultos y niños; etc.-

Debido al número de inscriptos en este año el lugar de reunión será en el aula de la casa de la Sociedad en Alta Barda al que consideramos un lugar muy adecuado para estas actividades.

El siguiente es un documento elaborado por la Subcomisión de Medicina General. Fue enviado por e-mail a toda la provincia en marzo de este año.

El examen de la especialidad medicina general/familiar

Si bien desde 1987 la especialidad Medicina General/Rural y o de Familia es reconocida por Ley en la provincia del Neuquén, hasta poco tiempo era escaso el número de médicos en condiciones de acceder a la especialidad que habían realizado el correspondiente trámite ante la Subsecretaría de Salud provincial.

Este desinterés, ampliamente comentado en anteriores entregas que hicieramos desde la subcomisión de Medicina General y Familiar, quedaba plasmado en nuestra ausencia en la Comisión Asesora de Especialidades Médicas (C.A.E.M.) que otorga las matrículas y en el examen correspondiente. Desde nuestra presentación formal, la subsecretaría ha reconocido a la Sociedad de Medicina Rural, a través de esta Subcomisión, como legítima representante de los Médicos Rurales, Generales y Familiares en Neuquén. Es así como, el año anterior, dos miembros de la Subcomisión han participado como integrantes de la CAEM por primera vez, y tuvieron una ardua tarea debido al

importante número de postulantes que se presentaron. Finalmente, aquellos que no cumplían los requisitos para acceder directamente a la matrícula de especialista pero reunían suficientes antecedentes a juicio de la Comisión, tuvieron la oportunidad de solicitar un examen de competencia en la especialidad. Es a éste al que me quiero referir.

Las condiciones que rigen el examen de competencia están previstas en las leyes 1679 y 1771, es decir en las leyes acerca de las especialidades médicas en Neuquén. La reglamentación está contenida en el decreto 0333/90. La normatización del mismo corresponde a la Subsecretaría de Salud. La SMGyF de la SMR fue invitada por primera vez a integrar el Jurado como asociación médica de la especialidad. A pesar del poco tiempo con que contábamos y una agenda personal e institucional cargada, típica de las últimas semanas del año, asumimos el compromiso de preparar los contenidos y participar del Jurado de evaluación.

El examen consta de una parte escrita eliminatoria y una práctica. Para poder acceder a ésta, los postulantes deben superar el 60% de la parte escrita. Para esta oportunidad, elegimos la modalidad de "Manejo de problemas con respuestas cortas", que ha sido desarrollada y validada en el Reino Unido y Canadá y adoptada por aquellos países para estas situaciones por ser un instrumento con mayor poder de evaluación, discriminación, flexibilidad y precisión que los utilizados previamente, como los tests de opciones múltiples, tan comunes entre nosotros también. El Manejo de Problemas con Respuestas Cortas pretende medir el conocimiento y la habilidad o criterio para resolver problemas en el contexto de una situación clínica. En cada problema se presenta información clínica sobre un paciente en un determinado escenario, y luego se realizan una serie de preguntas acerca del caso, habitualmente entre 4 y 10. Para responder a la gran mayoría de estas preguntas se requiere solamente una palabra, una frase o un listado corto. Este examen incluyó 9 problemas y las preguntas pretendieron abarcar un espectro representativo de la actividad de los Médicos Generales/de Familia en el Primer Nivel de Atención. Se hizo énfasis en el manejo de problemas ambulatorios

por ser éstos predominantes en nuestra especialidad en la mayoría de los casos y porque se tuvo en cuenta que casi todos los postulantes desarrollan actualmente sólo actividades ambulatorias.

El examen práctico consistió en una entrevista simulada en consultorio, en la cual un médico cumple el rol de paciente. Puede haber uno o más problemas presentados por el/la paciente y se espera que el postulante desarrolle la entrevista a partir de los mismos. El simulacro no incluye examen físico. El puntaje es otorgado de acuerdo a criterios específicos establecidos especialmente para cada caso en particular. Entre los puntos que los evaluadores califican se incluyen los siguientes: identificación, contextualización y manejo integral de los problemas presentados, relación médico-paciente, y organización de la entrevista. Las pautas preestablecidas para la calificación permiten disminuir al mínimo la subjetividad de los miembros del Jurado. El tiempo total de duración de la entrevista fue estipulado en 20 minutos. A efectos de presenciar la entrevista sin interferir, se utilizó la Cámara Gessell del Centro de Salud Confluencia.

El modelo de examen está tomado del Examen de Certificación en Medicina Familiar, preparado por el Colegio de Médicos de Familia de Canadá. La amplia experiencia que los canadienses han obtenido desde 1969, cuando tuvo lugar el primer examen de certificación, les ha permitido desarrollar un instrumento válido de evaluación con el mejor standard disponible. Otros formatos utilizados previamente, como los test de opciones múltiples, manejos de problemas a desarrollar, instrumentos audiovisuales, roll playings, diversos tipos de exámenes objetivos clínicos estructurados y otros fueron dejados de lado a favor de los actuales, que parecen reunir las mejores condiciones para cumplir su objetivo. Durante mi estancia en Canadá el año pasado tuve el privilegio de ser invitado a presenciar una de las dos instancias evaluatorias que organizan anualmente en forma simultánea en distintas ciudades del país. Fue necesario solicitar una autorización especial a las autoridades correspondientes del Colegio, con sede Toronto, pues son muy

puntillosos y celosos en todo lo que se refiere a esta cuestión. Durante 3 intensas jornadas presencié y hasta participé con voz pero obviamente sin voto, en los ensayos previos y en las evaluaciones de las entrevistas prácticas. También, después de realizar los correspondientes trámites pude acceder al material escrito.

Hemos utilizado para este examen el modelo canadiense, pero no sus contenidos. Es decir, nos hemos servido de un instrumento que consideramos superior a otro, y hemos elaborado los contenidos de la evaluación. En el caso de la parte escrita, las situaciones fueron totalmente diseñadas sobre la base de los problemas cotidianos y las preguntas orientadas específicamente a la realidad regional. En la parte práctica se adaptó un caso desarrollado por el Colegio de Médicos de Familia del Canadá porque correspondía perfectamente a una situación cotidiana local y disminuíamos las posibilidades de error por ser un caso ya validado. Todos los problemas del examen escrito y el tiempo de resolución de cada uno de ellos fueron testeados previamente en forma separada. Sólo dos personas conocían la totalidad del examen para asegurar la confidencialidad. La clave de respuesta fue elaborada sobre la base de bibliografía local, nacional o internacional según los casos, lo cual fue aclarado en las preguntas correspondientes: ejemplos, normas nacionales, provinciales, de OPS/OMS, ATLS, etc. A efectos de buscar objetividad se incorporó al jurado de la parte práctica a un especialista en medicina del interior provincial y a uno del ámbito privado. Tanto la actuación correspondiente a la entrevista como al modelo de calificación adoptado fueron ensayadas previamente.

Porqué hago tanto hincapié en la metodología? Simplemente porque pretendo que este proceso que ha tenido lugar por primera vez, sea claro y transparente. No estamos acostumbrados a ser evaluados y muchos menos a evaluarnos entre pares. ¿Es lícito que sea la SMR la sociedad científica que intervenga en la certificación de nuestra especialidad en nuestra provincia? O deben ser miembros de otras especialidades - como históricamente a ocurrido - los que establezcan quiénes están en

condiciones de ser médicos generales/de familia y cuáles son los conocimientos, actitudes y destrezas para acceder a esa posición? ¿Será necesario llamar a alguna de las sociedades de proyección nacional - en este caso la AAMF o la AMG - como ocurre en otras especialidades, para cumplir ese rol? ¿Están en condiciones de hacerlo adecuadamente? Particularmente, reivindicó ese derecho para la SMR. Su historia y su experiencia la avalan, así como reunir entre sus socios a la mayoría de los generalistas de la provincia. ¿Estamos nosotros en condiciones de hacerlo adecuadamente? Intento demostrar que sí. La preparación del examen insumió mucho tiempo y trabajo. Las personas que intervinieron en su elaboración tienen formación docente universitaria, se desempeñan actualmente en la Universidad y cuentan con amplia experiencia en evaluaciones de post-grado a través de su actividad actual o pasada en la Residencia de Medicina General. El instrumento utilizado es considerado como uno de los más pertinentes entre los disponibles en el mundo. No debe confundirse pertinencia con dificultad. El examen resultante no fue difícil. Creemos que cumplió ampliamente con el objetivo de distinguir aquellos en condiciones de acceder a la matrícula de la especialidad. Con seguridad es perfectible. Siempre habrá aspectos cuestionables. En esta oportunidad el tiempo destinado a la parte escrita (dos horas) fue considerado insuficiente por los postulantes. Es uno de los aspectos que tendremos que revisar.

Creo que la mayor dificultad para superar éste o cualquier otro examen reside, y lo reitero, en que no estamos habituados a ser evaluados. Nuestra actividad profesional no está supervisada mas allá que nuestro jefe del sector público nos cuente las consultas mensuales (para ver si atendimos de menos) o el ISSN y demás obras sociales nos cuente las boletas que les pasamos en el ámbito privado (para ver si atendimos de más). Sin desconocer que existen algunas excepciones, la calidad de atención, la capacitación y la actualización permanentes están libradas al esfuerzo individual. La evaluación ni siquiera está presente en la mayor parte de los cursos a los que asistimos. De todos modos, para nuestra actividad cotidiana capacitarnos o no, aprobar dichos cursos o no resulta ser desde la organización actual de la atención

médica en la provincia, prácticamente indistinto: igual trabajo, igual remuneración, iguales oportunidades de acceder a cargos jerárquicos, iguales responsabilidades, etc. El trabajo de esta Subcomisión en la Comisión Asesora de Especialidades Médicas y su participación en el examen de la especialidad, está orientado a que algún día esa situación se revierta. Para ello debemos fortalecer los instrumentos, pero también multiplicar las oportunidades de evaluación. La certificación de especialidad es sólo una pequeña parte. Los requisitos para la re-certificación son hoy por hoy incapaces de discriminar quien está practicando la Medicina General/Familiar con un standard adecuado. Mientras esta situación no cambie, algunos miembros de esta Subcomisión estamos pensando en desarrollar una instancia evaluatoria voluntaria a través del instrumento descripto más arriba, para que la SMR certifique como entidad científica que nos agrupa, que efectivamente estamos actualizados y en condiciones de brindar a la gente un nivel de cuidados aceptable. Esto tendrá hoy por hoy, un valor fundamentalmente ético y práctico, pues permitirá autoevaluarnos y corregir nuestros déficits pero tal vez se transforme mañana en una instancia a tener en cuenta para la toma de decisiones. Nos gustaría que esta propuesta fuera criticada, cuestionada o alentada por nuestros socios especialistas en Medicina General/Familiar para seguir o no trabajando en ella. Agradeceremos cualquier comentario que se nos haga llegar a esta dirección de e-mail, al boletín de la SMR o personalmente en las reuniones periódicas de la Subcomisión.

Guillermo de Hoyos
Subcomisión Medicina General y Familiar
SMR

PD: Responsables de la elaboración del examen: Dr. G. de Hoyos
Dra. M. González
Dra. V. Herrera "

Integraron el Jurado, además de los anteriores: Dr. A. Lammel
Dr. E. Mango

UNA VISITA

Respondiendo a una invitación personal y de la Sociedad de Medicina Rural, estuvo presente en Neuquén el Dr. Peter Kirk. El Dr. Kirk es Profesor y Jefe del Departamento de Medicina de Familia de la Universidad de Manitoba, en Winnipeg, Canadá. Había sido invitado a participar del II Congreso de Medicina Familiar del Mercosur que tuvo lugar en Buenos Aires entre el 22 y 24 de octubre pasado, por lo que aprovechamos la circunstancia que se hallaba en la Argentina para ofrecerle llegar hasta Neuquén.

El Dr. Kirk es inglés y cuenta con vasta experiencia de trabajo en las áreas rurales y urbanas de las Islas Británicas y Canadá. Desde hace muchos años se encuentra trabajando en Winnipeg. Encabeza el Departamento de Medicina de Familia de donde dependen, entre otros, los programas de residencia de Medicina Familiar de su provincia (28 residentes por año en tres sedes), gran parte de la currícula de pre-grado de la Escuela de Medicina (de las mejores de Canadá), un servicio con internación en un hospital de alta complejidad, un sector obstétrico y programas de investigación y de capacitación adicional en Emergencias y Cuidados Paliativos. Este Departamento está adquiriendo una creciente importancia en la actual reestructuración de la atención de la salud en la ciudad de Winnipeg. Como ejemplo, todas las camas de los 5 hospitales comunitarios de la ciudad están ahora bajo el cuidado primario de los Médicos de Familia.

Durante su estancia de dos días y medio en Neuquén, el Dr. Kirk tuvo un agitado programa de actividades, que incluyó:

- ◆ *Recorrida del Hospital B Roldán y encuentro con los Médicos Generales de la Zona Metropolitana*
- ◆ *Almuerzo de trabajo con los Residentes de MG del HBR*
- ◆ *Cena con autoridades y socios de SMR y docentes de la Cátedra de APS de la Carrera de Medicina*
- ◆ *Recorrida del Hospital H Heller y reunión posterior con sus autoridades*
- ◆ *Visita al Hospital Zapala y encuentro con los Médicos Generales y residentes*
- ◆ *Visita al Hospital de Aluminé, encuentro con agentes sanitarios, encuentro con agentes sanitarios y recorrida del área rural y puesto sanitario de Ruca Choroí*
- ◆ *Visita del Centro Salud Confluencia, donde tuvo un encuentro, entre otros, con un miembro del grupo de curadores local.*

Probablemente, para nosotros, la actividad más trascendente fue la charla-conferencia que dio en las instalaciones de la Escuela de Medicina de la UNC en Cipolletti. Organizada por SMR y la Cátedra de APS contó con numeroso público entre los que se contaban estudiantes, docentes, residentes, autoridades de Salud Provincial y de la Carrera de medicina, directores de hospitales y clínica, algún periodista de una radio cipoleña y muchos otros interesados que se desempeñan en el área de atención médica pública y privada. El tema fue el Sistema de Atención de Salud en Canadá y el rol del Médico de Familia. A pesar de un inoportuno cortocircuito que nos obligó a trasladarnos de aula, creo que la charla sorprendió a muchos e interesó y gustó a todos los presentes. La interminable serie de preguntas al final da cuenta de esto.

No voy a relatar aquí el contenido de la exposición, vasto y muy enriquecido por el disertante. Sí, quisiera rescatar algunos de los comentarios que nuestro visitante hizo sobre nuestro propio Sistema de Salud en los escasos dos días en que tuve el placer de acompañarlo. Posiblemente lo que más lo sorprendió fue la atención libre y gratuita de todas las personas, con entrega de medicamentos que incluye no sólo a los habitantes de Neuquén, sino también a los de provincias y países vecinos y personas en tránsito. No cree que ningún financiamiento pueda sostener esto. Encuentra muchas afinidades y puntos de contacto entre los Médicos Generales/Familiares locales y los canadienses, coincidiendo en un modelo común, a su juicio, mejor para nuestros países que el modelo que conoció en Bs. Aires o el inglés. Se sorprendió y consideró muy bueno que las autoridades de los tres hospitales "comunitarios" que visitó fueran generalistas. Se entusiasmó con la figura del Agente Sanitario, y a pesar que las actividades que ellos realizan son llevadas a cabo en Canadá por diferentes agentes y en diferentes modos, destacó que probablemente nuestro modelo sea mejor.

No creo equivocarme si aseguro que el Dr. Kirk resultó una visita muy agradable para todos quienes tuvimos la oportunidad de encontrarnos con él. Su amabilidad y la claridad de sus respuestas superaron largamente la barrera idiomática. Doy fe que en cada encuentro respondió con igual solicitud a las preguntas que reiteradamente le fueron hechas. Aparte de la descripción del sistema y del Médico de Familia canadienses, las que más se repitieron fueron acerca de la relación especialista-generalista, la capacitación continua, las actividades de internación y, muy especial y concienzudamente, sobre los salarios médicos generales en el norte. Párrafo aparte merecen sus consideraciones sobre cuidados paliativos, tema en que es experto, sobre el cual brindó una charla en

Bs. As. , e intercambió opiniones en Neuquén con un par de compañeros.

Motivo de la mayor alegría fue que también contáramos con la visita por un día del Dr. Marcelo García, Médico de Familia actualmente trabajando en Canadá, que en su momento compartió su formación como residente en la provincia con varios de nosotros. Marcelo acompañó al Dr. Kirk en sus actividades del primer día de visita y además de traducir, nos aportó a través de sus comentarios, su hoy vasta experiencia como médico generalista de "dos mundos".

Finalmente, ¿para qué sirven estas visitas?. Los propósitos son múltiples, pero fundamentalmente creo que sirven para que nos conozcan y para que conozcamos de primera mano otras realidades de nuestro mismo quehacer. La Sociedad y nuestra especialidad se jerarquizan cuando el visitante es de la calidad humana y profesional de nuestro reciente huésped. Seguramente muchos contactos se producen y facilitan de esta manera, útiles para intercambiar información, sumar experiencias y generar espacios comunes habitualmente impensables. Pero sobre todo, creo que sirve para abrirnos la cabeza, pensar en otras alternativas, reconocer otras posibilidades, otras respuestas a problemas similares, otras formas de pensar. Romper nuestro tradicional aislamiento es una premisa necesaria para no seguir haciendo solo más de lo mismo, para poder revisarnos, criticarnos y superarnos a nosotros mismos. Y para rescatar todo aquello tan valioso que producimos y pensamos, que no siempre es tenido en cuenta, tal vez porque muchos siguen considerando que nadie es profeta en su tierra, paradójicamente una profecía que nosotros mismos nos encargamos de cumplir.

*Guillermo de Hoyos
Noviembre de 1998*

Informe (I)

SEGUNDO ENCUENTRO DE LIDERES DE MEDICINA FAMILIAR/GENERAL

El pasado 21 de octubre se llevó a cabo en Buenos Aires el Segundo Encuentro de Líderes de Medicina General/Familiar como continuación de la serie de tratativas con el objeto de analizar la posibilidad de reunirnos en una sola entidad a todos los médicos generales y familiares del país.

Su antecedente más reciente es la reunión en Mendoza, en la cual se elaboró un documento para ser sometido a revisión y críticas por las distintas asociaciones intervinientes. En esta ocasión, nos juntamos algo más de 30 representantes de distintas asociaciones provinciales (Santa Fe, La Pampa, Córdoba, Mendoza, Misiones, Chubut, Salta, San Juan, Santiago del Estero, Buenos Aires, y por supuesto, Neuquén). De particular importancia fue la presencia de la Comisión directiva de la Asociación Argentina de Medicina General, además de la anfitriona AAMF.

Se trabajó con metodología grupal discutiendo los distintos puntos que se habían redactado en el documento previo y que incluyen la posibilidad de formación de una Federación, la matriculación, la certificación, la capacitación continua, y el pre y post grado. Obviamente no se pudieron lograr acuerdos en todos estos puntos, pero es necesario rescatar la buena predisposición de todos los participantes para superar los obstáculos que históricamente obstruyeron ese camino. A este respecto creemos que la SMR realizó un aporte destacado a través de la propuesta presentada que fue coronada por aplausos espontáneos de parte de la audiencia, lo cual demostró que la misma representaba el pensamiento de la mayoría de los allí presentes.

Más allá de adherir a la propuesta, creemos que fue el prestigio y la credibilidad que tiene la SMR lo que de alguna manera alentó a acercar las posiciones entre los distintos grupos. Finalmente se hicieron modificaciones a la redacción del "Proyecto Generalista para la Argentina" que redactara la AAMF, quedando constituido un documento

de consenso que fuera suscripto por todas las asociaciones y leído dentro del Congreso por una representante de la SMR. Se acordó realizar un encuentro en junio del '99 en el que todas las sociedades y asociaciones participantes debían ratificar o no el documento de compromiso en relación con la conformación de la Federación.

Creemos que este encuentro ha sido un paso fundamental, no sólo porque se trabajó en un clima muy favorable, en el que fué posible avanzar a pesar de las diferencias hacia un proyecto compartido, sino porque marca también el comienzo de una nueva etapa, la del "generalismo" a nivel nacional, con el logro de la jerarquización que nuestra especialidad merece. Más allá que esta iniciativa prospere (y esperamos que así sea), como socios de la SMR debemos sentirnos orgullosos de haber colaborado de un modo fundamental en este proceso, demostrando que toda una historia nos avala, tal como también es reconocido por el resto de las entidades relacionadas con la Medicina General/Familiar de nuestro país.

Viviana Herrera

Guillermo de Hoyos

Informe (II)

"Queridos compañeros:

Intentaremos acercarle un pantallazo del IX Congreso Argentino de Medicina Familiar y II Congreso de Medicina Familiar del Mercosur, que organizó la AAMF del 22 al 24 de Octubre de este año en Bs.Aires. Varias caras conocidas fueron desde Neuquén.

El miércoles 21 se realizaron cursos precongreso , reunión de residentes de

Medicina Familiar donde recibieron el aporte en su formación de la Dra. María Lila Sylvestre Begnis y la Lic María Pía Borghero. También se desarrolló el encuentro de líderes de medicina general/familiar que comentamos aparte.

El congreso se desarrolló bajo el lema "Proyecto Generalista para la Argentina", el lugar elegido fue el Paseo de la Plaza, un lugar especial sobre todo para aquellos que extrañaban a la Avda. Corrientes.

Las actividades se dividieron entre 50 ponencias, 11 cursos intracongreso y 2 plenarios. Los primeros se superponían mientras que los últimos no. Es para destacar que dentro de las ponencias se encontraron algunas de Neuquén: "Adicciones : el primer paso", a cargo de Hugo Villafañe y Carlos Bonetto, y un Taller de Desnutrición: "Un enfoque desde el riesgo social" que coordinaron María Pía y Lila.

Las ponencias tuvieron un muy buen nivel académico y los cursos resultaron muy prácticos. Y la sesión plenaria "Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria" con invitados extranjeros que nos acercaron la experiencia de España, Dr. Joan Gené Badia; Gran Bretaña, Dra Anita Berlin; y de Canadá, Dr. Peter Kirk fue de lo más sabroso. Interesante la proyección del médico general en la salud de esas comunidades.

La cena/bailes/show permitió comprobar cómo, algunas compañeras, siguen bailando muy bien.

A modo de comentario puede surgir que:

- ◆ Se notó una muy buena organización, por supuesto con el apoyo económico y la presencia de Laboratorios que logra un marketing permanente de la AAMF.
- ◆ Las ponencias con excelente nivel científico pero pocas experiencias de terreno y proyección social.
- ◆ Un congreso muy medicalizado con escasa participación de otras disciplinas, donde el equipo de salud pareciera quedar afuera.
- ◆ Por último, llama la atención, o no, que las ponencias del interior del país fueran el sábado a primera hora, después de la trashedada.

Quizás los aspectos negativos puedan mejorar en el próximo, que se desarrollará en Mendoza el 21,22 y 23 de Octubre de 1999, que organizará la Sociedad Cuyana de Medicina de Familia y General.

Por la Subcomisión de Medicina General de la S.M.R.

Dr. Adrián Lammel

**DOCUMENTO DE CONSENSO DE LAS ASOCIACIONES
NACIONALES Y/O REGIONALES**

(Documento leído en la Sesión Plenaria del IX Congreso de la Asociación Argentina de Medicina Familiar, Bs. Aires 25 de octubre de 1998). -

El Proyecto Generalista para la Argentina es una iniciativa motivada por la voluntad de quienes participamos, de dar una respuesta distinta a la gente, sobre lo que está ocurriendo en el campo de la salud en nuestro país.

Por ello, las instituciones y los líderes que nos hemos reunido en los encuentros de Mendoza, el último 6 y 7 de Junio, y en Bs. Aires el 21 de Octubre, expresamos nuestra voluntad de acercamiento para constituir en el futuro próximo un espacio científico, político e institucional común.

Ante la diversidad de situaciones en los distintos ámbitos del territorio nacional, resulta clara la necesidad de unirnos y ocupar espacios de poder de decisión para proponer nuestro Proyecto Generalista y lograr el apoyo de los estamentos políticos e institucionales de la Nación y las Provincias.

La futura organización nacional que surja como resultado de estos encuentros, puede cumplir una importante función de asesoramiento de las autoridades en las políticas de salud, con la posibilidad de contrarreferenciar a las mismas ante los representantes locales en el ámbito de la medicina familiar-general.

Debe fomentarse la creación de residencias en un contexto que incluya la inserción laboral del egresado con funciones de médico de familia-generalista.

La participación protagónica en las instituciones médicas tradicionales es importante. La futura organización nacional puede facilitar el intercambio de experiencias positivas de un lugar a otro, con vistas a facilitar el proceso de inserción de la

medicina familiar-general en los distintos subsectores del sistema de Salud.

No hay proyecto que funcione sin políticas públicas. Si no logramos incluir a la medicina familiar-general y sus representantes naturales en el desarrollo de las políticas públicas en Salud, ese espacio lo van a ocupar otros.

Hay varios espacios políticos para trabajar:

- ◆ *El Estado (Nacional, Provincial o Municipal); las comisiones de salud parlamentarias, las de los partidos políticos; las entidades gremiales; etc.*
- ◆ *Las Universidades y los hospitales académicos en donde se lleva a cabo la formación de pre y posgrado.*
- ◆ *Los colegios profesionales y otras autoridades de aplicación, donde se lleva a cabo la regulación de la matrícula.*
- ◆ *Las instituciones financiadoras (públicas, obras sociales, prepagas).*
- ◆ *Las instituciones prestadoras.*
- ◆ *La sociedad en general.*

La concentración de esfuerzos en estos espacios facilitaría el avance de los médicos de familia-generalistas en sus lugares de trabajo, en el contexto de un marco adecuado para el crecimiento y desarrollo de la medicina familiar-general como especialidad.

- ◆ *Debemos trabajar en un proyecto generalista para la gente y no en un proyecto para los generalistas. Debemos cuidarnos de caer en actitudes corporativas en las que a veces han incurrido otras sociedades científicas.*
- ◆ *Aún trabajando en un ámbito nacional es fundamental respetar las incumbencias e idiosincrasias locales y regionales en la conformación de este proyecto, porque las respuestas que hay que elaborar pueden ser diferentes en cada caso.*

- ♦ *Es necesario conocer la cantidad y necesidad de médicos de familia-generalistas en todo el país para así conocer la disponibilidad en cada región y poder entonces diseñar estrategias locales.*

Es prioritario, frente a la dinámica de los cambios que están ocurriendo acordar un marco común para la especialidad que es una sola. Por ello, es que también debemos trabajar juntos en los aspectos que hacen a la formación y al desarrollo profesional.

Respecto a la educación del médico de familia-generalista:

Pregrado:

- ♦ *Quienes participamos de estos encuentros entendemos que los representantes académicos y científicos regionales deben procurar la inserción de la medicina familiar-general en las currículas de grado en todas las escuelas de medicina del país a través de la creación de orientaciones, departamentos, cátedras, asignaturas, etc.*
- ♦ *Se debe tomar la responsabilidad de formar profesores con métodos pedagógicos diferentes, que puedan servir como modelos generalistas exitosos, para presentar a los alumnos una opción diferente en la elección de la especialidad.*
- ♦ *La orientación de la currícula de grado debe responder a las necesidades de la comunidad donde se insertará el recién graduado.*
- ♦ *La medicina general-familiar es una especialidad fundamentalmente clínica. Lo que debemos transmitirle al alumno es la práctica clínica integrada en la atención primaria. Por experiencias anteriores en algunas facultades de medicina creemos importante enfatizar para los alumnos que si bien la medicina general-familiar tiene un componente comunitario, no es Salud Pública, y que si bien tiene un componente psicosocial no es Salud Mental.*

- ◆ *La implementación de currículas más genéricas - bienvenidas desde todo punto de vista - como ha ocurrido en algunas facultades (Tucumán - Comahue), no pueden reemplazar las habilidades y destrezas que se adquieren en programas de entrenamiento de posgrado a través de las Residencias Médicas. La medicina familiar-general es una especialidad. Por lo tanto y al igual que en el resto de las especialidades, el entrenamiento específico debe tener lugar en el posgrado.*
- ◆ *La futura organización nacional, junto a sus asociaciones científicas regionales, debe alertar a dichas autoridades universitarias sobre la expedición de títulos de "médico generalista" como título de grado. Esta confusión puede desalentar a los alumnos de dichas facultades a elegir especialidades generalistas en el posgrado a bien puede disminuir el número de vacantes de residencias de medicina familiar-general que, por el contrario, es necesario aumentar.*
- ◆ *La futura organización nacional debería alentar la articulación de los programas de formación de posgrado con las necesidades de las instituciones financiadoras y de la sociedad en general, tanto en el ámbito público como en el privado.*

Posgrado:

- ◆ *La residencia es la única alternativa integral para la formación de médicos de familia-generalistas de alta calidad.*
- ◆ *Los programas de residencia deben tener un núcleo de contenidos comunes que les permita formar un recurso homogéneo, capaz de desempeñarse en cualquier medio y en cualquier práctica dentro de la atención primaria. Sin embargo, cada programa debe atender también las necesidades particulares producto de las características epidemiológicas, geográficas,*

socioculturales y económicas de la comunidad donde se inserta.

- ◆ *Los contenidos de la formación del médico de familia-generalista deben procurar un producto profesional experto en prevención y manejo de problemas frecuentes en los individuos, familias y comunidades, independientemente de la edad, género u órgano o sistema afectado. Dicho médico debe conocer y saber aplicar los principios de la epidemiología clínica, ciencias de la conducta y dinámica familiar.*
- ◆ *Su entrenamiento debe también considerar el aprendizaje de las habilidades gerenciales para funcionar como médico de cabecera de poblaciones a cargo y para administrar eficientemente los recursos disponibles.*
- ◆ *El entrenamiento en medicina comunitaria debe priorizar el aprendizaje de las habilidades en la toma de decisiones por sobre la sola ejecución de programas como manera de convertirse en un recurso dúctil dentro de cualquier realidad epidemiológica.*
- ◆ *Se debe procurar que los programas de residencia acreditados por la futura organización sean homologados por los ministerios o secretarías de salud pública y/o las universidades.*

Educación médica continua y otras alternativas de formación

- ◆ *Dentro del actual proceso de reforma del Sistema de Salud y de la creciente demanda de generalistas, y considerando que aún no contamos con el suficiente número de programas de residencia, los participantes de estos encuentros entendemos que es necesario considerar el aumento de nuestra masa crítica para dar rápidas respuestas. Por lo tanto, el liderazgo en el re-entrenamiento o nivelación de médicos sin entrenamiento formal en medicina familiar-general es una estrategia prioritaria en el área de recursos humanos. Sin embargo y dado que se trata de*

estrategias locales, se deberán estudiar las necesidades particulares de re-entrenamiento de cada región.

- ◆ *La futura organización nacional recomendará fundamentalmente programas de re-entrenamiento que se basen en actividades prácticas y modificaciones actitudinales más que en el aprendizaje de conocimientos teóricos.*

En cuanto a la certificación:

- ◆ *La certificación profesional es un proceso voluntario por el cual el candidato, luego de reunir ciertas condiciones previas (créditos) y aprobar un examen, es Certificado como Médico de Familia-Generalista. Este certificado constituye un estándar mínimo que le permite al interesado acreditar su idoneidad ante terceros: pacientes, pares o instituciones.*
- ◆ *Es importante que el proceso de certificación se extienda no sólo a los residentes sino también a la gran mayoría de los médicos de familia-generalistas del país con el objeto que aquellos colegas que no pudieron acceder a programas de residencia en medicina familiar-general puedan certificarse como especialistas.*
- ◆ *De todos modos, la certificación como especialistas en medicina familiar para quienes no completaron una residencia en la especialidad, es una medida transitoria que deberá ser revisada por el futuro Tribunal de Evaluación de acuerdo a las distintas realidades regionales. Cuando se considere que el número de especialistas certificados ha superado un mínimo razonable y ya existe un número suficiente de programas de residencia en medicina familiar-general para satisfacer la demanda del sistema de Salud, sólo quienes hayan completado una residencia en la especialidad, podrán certificarse.*

Finalmente

- ◆ *Estos encuentros con representantes de diferentes asociaciones nacionales y regionales en el ámbito de la*

medicina familiar-general-comunitaria y rural desean ser el inicio de un camino que permita la constitución de un nuevo espacio que lidere el generalismo en nuestro país, respetando la historia y trayectoria de cada una.

Quienes participamos de este encuentro hemos decidido:

Crear una Mesa de Concertación con las instituciones de Medicina Familiar, General, Comunitaria y Rural que deseen participar de este proyecto.

Programar un encuentro que tendrá lugar en junio del año próximo (1999) en lugar a designar, con el objeto de sentar las bases de una nueva organización federativa .

Recomendar a las instituciones participantes la discusión de esta propuesta en el interior de las mismas para llegar con una decisión tomada para el próximo encuentro.

Alentar a los líderes de diversas provincias, regiones y distritos que han participado de estos encuentros así como a todos aquellos que deseen incorporarse en el futuro, organizarse dentro de instituciones formales.

Firmado:

*Asociación Argentina de Medicina Familiar y sus filiales
Asociación Argentina de Medicina General (Regional Córdoba,
Santa Fe, y Buenos Aires).*

Sociedad de Medicina Rural del Neuquén

Sociedad Cuyana de Medicina de Familia y General

*Asociación Cordobesa de Medicina Generalista, Familiar y
Comunitaria*

Asociación Santafesina de Medicina General y Familiar

Asociación Salteña de Medicina Familiar

Asociación Santiagueña de Medicina Familiar

Asociación Misionera de Medicina Familiar

*Y todos los líderes de distintas provincias y distritos que
participaron de estos encuentros.-*

Hospital Horacio Heller

Breve Reseña:

El 19 de marzo pasado se inauguró y abrió sus puertas a la atención el Hospital H. Heller.

Es un Hospital General de Agudos, de 11.000 m² de superficie, Nivel de Complejidad VI, dependiendo de la Zona Sanitaria Metropolitana. Debe resolver la demanda de baja y mediana complejidad de su área de influencia y es hospital de referencia en la Zona Sanitaria I.

La atención ambulatoria se ofrecerá de las siguientes maneras: atención por consultorio externo; visitas programadas, formación de grupos terapéuticos, atención de la emergencia por guardia y actividades de promoción y prevención de la salud sobre la población de su área programa.

La atención en internación contempla tres modalidades: Internación por Cuidados Progresivos del paciente (110 camas); Hospital de Día (6 camas) e Internación neonatal (16 camas).

La modalidad de Cuidados Progresivos clasifica los pacientes en los que necesitan cuidados mínimos, intermedios y críticos y el lugar de internación se define de acuerdo a esa clasificación. Ello permite un uso más racional de camas; se logra un aprovechamiento más racional del recurso enfermería; se favorece el uso adecuado de la tecnología necesaria a través de la redistribución interna; se hace más flexible la utilización de recursos adaptándolos en forma eficaz a los cambios de necesidades que se plantean en la comunidad, etc.

Se le asigna además un rol trascendente a la planificación y relaciones con la comunidad. A tal efecto se crea una unidad, encargada del desarrollo y crecimiento de la institución.