



PROGRAMA

Miércoles 17 de septiembre de 2014
19:00 horas

Auditorio de la Academia Nacional de Medicina

SIMPOSIO: ESTADO DEL CONOCIMIENTO EN MEDICINA FAMILIAR EN 2014

Coordinadora

María del Carmen García Peña

Introducción

María del Carmen García Peña

Origen de la especialidad en medicina familiar.

Razones y circunstancias

Carlos Ernesto Varela Rueda

La práctica de la medicina familiar.

Nuevos retos y viejos obstáculos

María Guadalupe Garza Sagastegui*

El aporte de la investigación a la medicina familiar

María del Carmen García Peña

La medicina familiar en el contexto de la región de América Latina

Ricardo Enrique Pérez Cuevas*

Discusión

* Por invitación



Inicia la sesión en punto de las 19:00 con el video de protección civil. El Dr. Enrique Ruelas Presidente de la Academia Nacional de Medicina comenta sobre los simposio del aniversario del estado de arte y en esta ocasión es del “Estado del conocimiento en medicina familiar en 2014” para lo cual da el micrófono a la coordinadora de este evento María del Carmen García Peña quien además de agradecer hace referencia a que este simposio tiene como principal idea el repasar desde el origen de la medicina familiar hasta lo que está ocurriendo el día de hoy, pasando por la investigación y la visión en América Latina. Presenta a los ponentes dando un breve resumen de su experiencia.

Da la palabra al Dr. Carlos Varela para presentar el tema “Origen de la especialidad en medicina familia. Razones y circunstancias”. El Dr. Varela, además de agradecer a la ANM y a la coordinadora del evento comenta que a partir de su fundación 19 enero 1943, los médicos del IMSS fueron divididos entre especialistas y médicos generales. Los médicos desconocían los conceptos de seguridad social. 10 años después, el IMSS presentó un seminario en Panamá sobre el Médico de familia donde se señalaba que deberían trabajar en grupos poblacionales determinados. A partir de allí se impulsó el crecimiento de la institución pues también se realizó una mejor selección de los médicos que ingresarían. En 1960 se instauró lo que hoy se conoce como Médico familiar, en ese entonces unos atenderían a los adultos y otros a los menores de 16 años y lo que llevó es que se diera marcha atrás al origen del concepto, posteriormente se logró unificar el concepto. Sin embargo el IMSS continuaba contrataba médicos generales y especialistas, por ello no había médicos que actuaran bien como médicos familiares. En los años posteriores se observó que los médicos ejercían más la medicina general que la familiar. A partir de 1969 se puso en discusión el concepto y es así que la institución comienza con los programas de educación médica continua y presenta un diagrama de lo que se pretendía como médico familiar y que la atención iniciara desde antes del nacimiento. En 1970 se concluyó que la medicina familiar fuera una especialidad para mantener la salud y la enfermedad de la familia por atención primaria y continua. El 15 de marzo de 1971 comenzó la residencia médica con duración de 2 años, y fueron 32 médicos residentes quienes iniciaron y presenta una fotografía de la mayor parte de ellos. Desde las etapas previas hasta su inicio debería ser un programa dinámico con sistema de evaluación y control. Continúa presentando



fotos de los médicos familiares. Describe cual era el objetivo de la especialidad, los requerimientos, los aspectos de atención primaria, la opción que era para responder a las necesidades de la población, así como el programa y materias que llevaban a cabo. También presenta los fundamentos de la especialidad y las características del personal que la estudiarían. Define los objetivos detalladamente para el desarrollo de una familia saludable. En 1974 se dio reconocimiento por la UNAM a la especialidad y menciona los médicos que participaron e impulsaron esta especialidad. Concluye que siempre se consideró que era la mejor medicina en el marco institucional y que 43 años después este programa sigue existiendo por sí misma.

Continúa el Dr. Ricardo Anzures para presentar el tema “La práctica de la medicina familiar. Nuevos retos y viejos obstáculos”. Además de agradecer comenta sobre las evidencias que ha tenido este modelo (realizado en México) de primer nivel de atención llevado por medicina familiar como el tener mejores resultados de salud a nivel poblacional, mayor equidad en el nivel de salud y en el acceso a los servicios, mejor eficiencia global del sistema, menores costos y mayor satisfacción de los usuarios con los servicios de salud. Comenta que existen varios factores que influyen en la práctica como recursos, liderazgo, organización del proceso, cartera de servicios, motivación trabajo en equipo, etc. Menciona sobre los antecedentes y la construcción actual de un sistema nacional de salud universal y los objetivos para llevar a cabo estos objetivos que se proponen en un México incluyente del plan nacional de desarrollo actual. Presenta el resumen del análisis FODA de la práctica de medicina familiar detallando el mismo. Muestra un diagrama de desequilibrio entre la demanda de atención y el gasto del sistema de salud. Explica sobre los retos de la medicina familiar como son desde la organización a nivel de consultorio, el cambio planeado para tener un liderazgo del MF como guiar trabajo transdisciplinario y atención integral, empoderamiento del paciente y equipo de salud, mejorar la gestión clínica en grupos de riesgo; mayor tiempo a consulta de pacientes crónicos y auditoría médica y tener un sistema de referencia y contra referencia. Comenta también sobre el fortalecer el expediente electrónico con enfoque de medicina familiar, mayor participación de enfermería en 1er contacto, dar incentivos financieros, entre otros. Dentro de los factores macro organizacionales comenta como retos que hay que unificar el SNS en base al modelo de medicina familiar, enfatizando que para ello se debe fortalecer las competencias de médico general en las universidades,



armonizar la oferta demanda de médicos entre las Universidades y el SNS, fortalecer la formación de médicos familiares en todo el SNS, ampliar y homogeneizar los recursos de infraestructura y desarrollo en el SNS, fortalecer la atención domiciliaria al adulto mayor y enfermo crónico. También menciona que es necesario consolidar las estrategias institucionales vigentes, mencionando varias de ellas como son: otorgar incentivos organizacionales a la excelencia médica; monitoreo y evaluación de calidad con indicadores específicos, incluida la contención de costos; replantear políticas de asignación de recursos en función de evidencias de impacto: económico, eficiencia, eficacia clínica y epidemiológica. Aumentar la inversión en promoción, prevención y control oportuno para diabetes. Ampliación de cobertura de atención médica basado en programa específico para DM, receta resurtible, cita programada, orientación telefónica y vía internet. También atención de primer contacto por enfermería especializada, fortalecer la contratación de médicos familiares, endocrinólogos, cardiólogos, nefrólogos, geriatras, oftalmólogos, medicina física y rehabilitación entre otros.

Continúa la Dra. María del Carmen García para presentar el tema “el aporte de la investigación a la medicina familiar”. Inicia preguntando y respondiendo el porque es importante la medicina familiar para el sistema. Presenta los atributos, mecanismos, resultados intermedios y resultados finales de la especialidad de medicina familiar. Enfatiza que hay mucha evidencia sobre los países con orientación hacia la atención primaria pues tienen menos niños con bajo peso al nacer, menor mortalidad infantil, especialmente postneonatal, menos años de vida perdidos por suicidios, menos años de vida perdidos por toda la mortalidad, excepto causas externas, mayor expectativa de vida a todas las edades, y ancianos con diabetes mellitus tienen 5.8% menos de probabilidad de hospitalizaciones repetidas si reciben cuidados de atención primaria. Presenta el proceso de investigación con un diagrama desde identificar el hueco del conocimiento, hasta implementar la investigación. Muestra un resumen de la investigación del presupuesto otorgado para medicina familiar que es menos del 5% (EUA), lo compara con el presupuesto que se le da a los Institutos Nacionales de Salud en EU que es de 5 billones de dólares, y lo que se ha invertido en estudios experimentales (ratones). Comenta porque es importante la investigación en medicina familiar ya que apoya en la mejora del funcionamiento del sistema de salud, investiga problemas de salud de manera integral, mejora desempeño clínico, incrementa



la satisfacción laboral. Es aplicativa y considera que el contexto, es mas costo efectiva, a menos costo, resuelve y aporta conocimiento para mas problemas de salud y que el futuro de la especialidad depende en gran parte de fortalecer la investigación. Cometa algunos mitos de la especialidad como: la investigación es solo para los médicos en hospitales de alta especialidad. Que en realidad no hay temas de investigación importantes en medicina familiar, hay demasiado trabajo son más pragmáticos, están lejos de poder aprender herramientas sofisticadas, la investigación es muy costosa. Menciona algunas barreras desde el nivel académico como la MF no está bien establecida, se desconoce el dominio de la especialidad, casi ningún programa de MF hace investigación, los estudiantes interesados en la investigación no eligen MF, los investigadores de MF no se involucran en la formación de jóvenes, los líderes de MF son escasos, poco entrenamiento de los profesores que forman los futuros especialistas, los académicos continúan cuestionando el valor de la atención primaria de la investigación en MF. Desde la perspectiva de los médicos familiares señala que las barreras son la carga de trabajo, investigación no es prioridad, no hay incentivos académicos ni económicos, escasez de médicos familiares entrenados en investigación, no hay motivación, entre otras. Para el sistema de salud, no existe infraestructura específica, no hay evaluación del desempeño, las convocatorias no están hechas para otorgar fondos a la MF y a la atención primaria. Menciona algunas alternativas como las sedes de residencia en medicina familiar y sus profesores deben prepararse con programas específicos en investigación, debe impulsarse la difusión y publicación pues el 6.5% de las publicaciones científicas en el IMSS y 1.8% del total de investigadores se derivan de UMFS. Mantenerse en el camino, un investigador se forma después de muchos años de trabajo; invertir en investigación: apoyar carreras, plazas, fondos, posgrados y crear y mantener una cultura científica. Considera que la investigación debe convertirse en un elemento indispensable. Concluye presentando la revista mexicana de medicina familiar.

Continúa el Dr. Ricardo Pérez Cuevas para presentar el tema “la medicina familiar en el contexto de la región de América Latina”. El Dr. Pérez, además de agradecer a la ANM comenta que la medicina familiar ha dado pasos adelantados. Su presentación se enfoca en la iniciativa de salud Mesoamérica 2015. Esta iniciativa es una asociación público privada para reducir las brechas de equidad en salud en Mesoamérica que enfrentan sus poblaciones en



extrema pobreza. Menciona los objetivos de la iniciativa y el aporte financiero. Presenta los participantes que son por parte de México: Chiapas, y los países de Centro América siendo más de 36 millones de personas que viven en dichos países, 7 millones son del 20% más pobre y más de 4.4 millones están cubiertos por esta iniciativa. Lo que se quiere cambiar es combatir problemas como el que 1 de cada 2 mujeres embarazadas atiende su parto con personal calificado, mueran el doble de niños menores de cinco años en la población pobre comparado con el promedio regional que a los 5 años, un niño del 20% más pobres mide 6cm menos que un niño del 20% más rico. Posteriormente presenta la línea de base con la que arrancaron los países y Chiapas, desde desnutrición y anemia y baja talla para la edad así como de coberturas de vacunación completa para la edad según la tarjeta de vacunación. Ofrece algunas estadísticas principalmente de Chiapas donde se observa que en este estado solo el 47% usa métodos modernos de planificación familiar, el 29% es parto institucional por personal calificado y el 27 % la atención de posnatal en la primera semana después del parto. En cuanto a calidad de atención se midió la disponibilidad permanente de insumos y equipos para complicaciones maternas y las manejadas de acuerdo a la norma. En Chiapas era menor del 1%. Menciona las reglas de esta iniciativa que son enfocarse al 20% de la población más pobre, con estrategias costo efectivas basadas en evidencia, establecimiento de metas, lista mínima de indicadores, verificación de resultados y un puntaje de todo o nada (cumplir de 9 a 12 indicadores por operación, todos tienen la misma ponderación, si se consigue el objetivo el indicador obtiene 1/total, se requiere de una calificación de 80%, una regla de dos intentos y fallar máximo 2 indicadores), entre otras. Presenta que el fondo de operación viene el 50% de los donantes y el 50% de contrapartida, y si el país cumple la meta recibe un 25% adicional. Presenta los resultados a 18 meses en Chiapas y que son: Servicios mejorados para más de 1.7 millones de niños y mujeres; nuevas normas de nutrición (+600.000 niños); 5.000 vales a embarazadas para atender su parto institucional; más de 200.000 niños reciben micronutrientes en polvo por 1ª vez; Zinc incluido en 6 normas nacionales para manejo de diarrea; más de 1.000 unidades de salud fortalecidas con equipo, insumos y medicamentos para atención materno-infantil. La inversión por persona en Chiapas es de \$22 USD y en toda la iniciativa el promedio es de \$38 USD en 48 meses. Presenta los avances regionales sobre monitoreo y evaluación, aprendizaje, asistencia técnica y diálogo de políticas y concluye con los próximos pasos de que todos los países



tienen mejoras aunque no todos hayan ganado en el tramo de desempeño, que las metas de la 2nda operación son más difíciles con indicadores nuevos de cobertura, calidad y cobertura efectiva, todavía existen limitaciones de gerencia en los países.

Comienza la sesión de preguntas y respuestas. El Dr. Armando Mansilla se pregunta qué es lo que sostenía y sostiene al IMSS en comparación con las otras instituciones y lo que responde y cree firmemente que es la figura del médico familiar. Y con respecto a la investigación comenta que depende también mucho de los formadores de medicina familiar. El Dr. Martín García comenta las condiciones en que trabajaban los médicos y la polarización de la salud. La Dra. Sartí pregunta si la iniciativa termina en 2015 o cuál es su segunda fase; si es dinámica en el cambio de estrategias ya que puede ir de acuerdo a los indicadores y la dificultad para alcanzarlos y saber si la ley general de salud de Honduras fue a partir de la iniciativa. Se responde que si es dinámica y que los indicadores irán de acuerdo a cada país y lugar. Que para el 2015 se alcanzará la primera fase de la iniciativa y vendrá una segunda etapa y cada una de ellas con indicadores bien definidos para ello. Y que en Honduras pidieron apoyo a los de la iniciativa para lograr generar su nueva ley en salud. La Dra. Gloria Soberón felicita la sesión y comenta sobre la necesidad de incorporar el enfoque y concepto de medicina familiar en la educación de pre y posgrado del médico. La Dra. García responde sobre las dificultades del médico general para trabajo y el enfoque del estudiante a la especialidad, pero en otros países esto se ha cambiado. El Dr. Santos agradece y felicita el simposio y que es un gran avance el lograr que haya sido en la ANM. Comenta sobre las batallas contra los especialistas y todos los médicos para empoderar la medicina familiar y hoy es ya natural y felicita a la ANM por ello y finaliza su comentario incidiendo en que falta incluir en las escuelas de medicina este enfoque y el concepto de atención primaria y que hay que seguir trabajando. El Dr. Cruz además de felicitar, comenta las principales causas de morbilidad en el país, y da como ejemplo el diabético y cuando el pre-diabético no considera que pueda llegar a desarrollar la enfermedad y pregunta que cual sería la propuesta de medicina familiar para atender esta estrategia pues finalmente es un problema familiar. La respuesta de la Dra. García es que no se debe hacer la estrategia para poner expertos en la atención médica, que debería involucrarse más al médico familiar y que no se base todo en el tratamiento farmacológico. El Dr. Anzures complementa



que esta atención se ha dado de forma aislada ya que el programa de atención al diabético ya tiene un avance que integra este nuevo enfoque de medicina familiar pero en forma institucional aislado; que debería integrarse y que también está de acuerdo con lo comentado por la Dra. García y que la atención primaria de la salud es un pilar fundamental para lograr combatir esta epidemia y que debe haber más inversión para ello. El Dr. Javier Mancilla también felicita la sesión y comenta que es muy importante el paso de medicina curativa a preventiva y que el primer nivel es una pieza fundamental y que la experiencia del IMSS debe tomarse y aprenderse de ella, señala lo sucedido con el programa PROGRESA, OPORTUNIDADES y que ha pasado con ello solicitando al Dr. Fajardo un comentario al respecto y termina sobre el asunto de los impuestos donde menciona que éstos no necesariamente terminan con un problema de salud pública. La Dra. García agradece a todos los participantes y entrega el micrófono al Dr. Ruelas quien también felicita y agradece la sesión haciendo una reflexión sobre el nicho profesional de los médicos familiares y que es igual de difícil a los que ejercen la medicina. Señala también la evocación cuando IMSS comenzó la medicina familiar y que se debería buscar que más sucedió para lograr esta consolidación cuando en esos años fueron gloriosos para la institución. Las preguntas son sobre los retos y cuáles son las tres más importantes por dónde empezar y la segunda pregunta es sobre la iniciativa mesoamericana y si existen médicos familiares o no en esta iniciativa. La respuesta del Dr. Anzures es que de los retos debería ser la universalización de los servicios de atención, el segundo es fortalecer la educación del médico general y familiar con tendencia a las necesidades del país como médicos de atención primaria y el tercer es comenzar. La respuesta del Dr. Perez es que no hay médicos familiares en Chiapas, aunque el programa es netamente de atención primaria de la salud y que están trabajando con médicos generales porque están enfocados al 20% de más pobres y que no es la población que atiende un médico familiar y finaliza su comentario sobre las políticas que han llegado a los países para lograr y detonar proyectos.

Acto seguido el Dr. Enrique Ruelas agradece a los participantes ya los ponentes y a la coordinadora de esta sesión Dra. María del Carmen García y da por concluida la misma a las 20:45 hrs.

Atentamente:



Dra. Elsa Sarti.
Secretaria Adjunta de la ANM.

"Dos rayos de sol en la primavera no son tan benéficos como el rostro de un amigo en la hora aciaga"
Johann G. Friedrich von Schiller (1759 - 1805) escritor alemán