

LA INVESTIGACION EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

*Dra. Teresa de la Caridad Pérez Díaz.

Teléfono:97-8976

teresac.perez@infomed.sld.cu

**Dra. Jacinta Otero Iglesias.

Teléfono:40-0659

joi@infomed.sld.cu

* Facultad “Miguel Enríquez”. ISCM-H. Especialista en Medicina General Integral.

Ms.C en Educación Médica Superior.

** Especialista Primer Grado en Bioestadística. Profesora Asistente de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). *Master* en Salud Pública y *Master* en Educación Médica Superior. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Asesora metodológica.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo con el propósito de identificar los aspectos que, relacionados a los resultados del trabajo de terminación de la especialidad de Medicina General Integral, apunten hacia el desarrollo del paradigma biosocial en la Atención Primaria de Salud (APS). La fuente de información utilizada fueron los (TTE) Trabajos de Terminación de la Especialidad (TTE: es el informe final de la investigación realizada por el residente durante el período de la especialización), correspondientes a los cursos 1992 y 2001 y las variables fundamentales fueron: el nivel de atención, las acciones de salud, los sujetos de la investigación, las especialidades afines a la APS y la vinculación con las estrategias y programas del Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Se concluye acerca del cambio que se observa en la investigación, el cual tributa hacia el establecimiento del paradigma biosocial, pero que aún es insuficiente para el desarrollo de éste.

Palabras clave: Trabajo de terminación de la especialidad, paradigma biosocial, investigación.

INTRODUCCION

La Salud Pública Cubana ha obtenido profundos logros, basados en un Sistema Nacional único y gratuito, el cual se estructura a partir del programa del Médico y la Enfermera de la Familia, en una estrecha relación docente-atencional e investigativa, que se desarrolla mediante la educación en el trabajo y va satisfaciendo necesidades crecientes de nuestra población. ¹

Todo cambio profundo en la práctica médica dependerá básicamente de los cambios de la sociedad y de los sectores principales que tengan que ver con la salud de la población. La Universidad Médica, por sí sola, no podrá lograr esta acometida, pero debe participar en todas sus fases de transformación médico-social con pleno derecho y haciendo aporte sustancial, si la integración docente-asistencial-investigativa se cumple a plenitud y ella forma parte de tal integración.² En el contexto específico de la Universidad, se han identificado tres desafíos como los más importantes: viabilidad, equidad y excelencia¹ y en el contexto de sus propios procesos se manifiesta el par dialéctico profesión-investigación, que constituye la esencia de cada uno de ellos.

Con la implantación en Cuba, en 1984, del Modelo de Atención del Médico y la Enfermera de la Familia, surge también la especialización de Medicina General Integral (MGI) que constituye en nuestro país el perfeccionamiento del enfoque social de la medicina, premisa básica del Sistema Nacional de Salud (SNS).

El modelo del especialista de Medicina General Integral declara que existen cuatro funciones básicas, dentro de las que se señalan la función de atención médica, la función docente educativa, la función gerencial y la función investigativa. Mediante la función de investigación, el residente una vez graduado ejecutará investigaciones en correspondencia con las necesidades actuales del SNS a partir de los problemas de salud predominantes en su comunidad, responsabilizándose con la atención integral al individuo, la familia, la comunidad y los grupos educacionales y colectivo laboral a él asignados. Este modelo rescata al Hombre, lo percibe en su medio natural y considera la influencia sobre la salud de los elementos que forman parte de su contexto, por lo que este especialista debe

estar identificado con el carácter de la revolución científico-técnica y la concepción socio-biológica de la medicina.³

La investigación, como Trabajo de Terminación de la Especialidad (TTE), debe responder a todas las exigencias señaladas anteriormente, pues ella no sólo refleja el trabajo investigativo del residente, sino también el de los claustros y el de las instituciones, y sus resultados constituyen un indicador que nos permite conocer el comportamiento de la investigación en la Atención Primaria de Salud (APS) y su correspondencia con el desarrollo a que se aspira en el país.

La APS constituye una fuente importante para el desarrollo de investigaciones científicas por los profesionales, los que se forman en estos escenarios, ya que poseen una concepción integral de la medicina. Las mismas deben estar encaminadas a:

1. Identificar los riesgos en los individuos, las familias y la comunidad.
2. Determinar modos y estilos de vida con el objetivo de promover la auto-responsabilidad y la participación comunitaria en la identificación y solución de los problemas de salud.
3. Evaluar la conservación de la vida mediante el diagnóstico y tratamiento oportuno, para evitar complicaciones y lograr la compensación de las enfermedades crónicas.
4. Realizar la evaluación del tratamiento de las limitaciones y las secuelas para su reducción o eliminación.
5. Señalar el impacto social de los servicios de salud brindados, entre otros aspectos, que respondan siempre a los principales problemas de salud identificados o a las estrategias y programas priorizados.

Por tal motivo, el TTE debe además identificar otros componentes psicológicos, sociales y económicos que repercuten no sólo en el individuo, sino también en la familia y en la comunidad, y no circunscribirse solamente a los aspectos biológicos que han caracterizado a estas investigaciones en la Atención Primaria de Salud.

Lo anterior se corrobora con lo que plantea el profesor Fidel Ilizástigui: "...Si la Atención Primaria de Salud ha de convertirse en el pivote de la salud pública, no es posible que estemos haciendo esta transformación en salud profundizando el paradigma biomédico de la Medicina y la Salud Pública, ya que éste es un paradigma racionalista, reduccionista, dualista, individualista y curativo que ha dominado las Ciencias Naturales y que obtuvo determinados éxitos en la salud humana, pero muestra incapacidad para comprender al Hombre en su compleja totalidad tanto en lo individual como en lo social, por lo que se debe concebir un nuevo paradigma más expansivo que comprenda al ser humano en lo social, lo psicológico, lo antropológico, lo filosófico, lo ético, lo humano, lo político, lo cultural; que comprenda al Hombre en su integridad y que abarque más lo colectivo que lo individual, más la salud que la enfermedad, más prevenir, promover y rehabilitar, que curar, y más transformar la salud que explicarla.⁴

La investigación científica es un poderoso instrumento no sólo para producir conocimientos, sino también para cuestionar lo que tenemos por conocido y, sobre todo, para transformar la realidad en que estamos inmersos. El papel decisivo de la investigación científica en salud radica justamente en su poder para integrar y transformar cualitativamente la docencia y la asistencia.⁵

Por tal motivo, nos preguntamos: ¿Son los resultados de la actividad Investigativa de los especialistas de MGI una expresión satisfactoria del cambio necesario hacia el paradigma biopsicosocial en la Atención Primaria de Salud?

El principal objetivo de este trabajo fue definir la proyección paradigmática de los Trabajos de Terminación de la Especialidad en Medicina General Integral.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en la Facultad de Ciencias Medicas Dr. Miguel Enríquez, durante 1992 y 2001. Se revisó la totalidad de los TTE,¹concluidos en ambos periodos, 48 y 46 respectivamente, Las variables utilizadas se operacionalizaron de la forma siguiente:

- Nivel de Atención Médica: Primario, Secundario y Terciario.
- Acciones de salud: promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico oportuno y tratamiento, rehabilitación.
- Sujeto de la investigación: individuo, familia, comunidad.
- Contenido esencial de la investigación: biológico, psicológico, social, psico-social, biopsicológico y biopsicosocial.

Especialidades médica afines al desarrollo de la Atención Primaria: Medicina Interna, Pediatría, Ginecobstetricia, Psicología, Higiene y Epidemiología, y otras.

- Las estrategias y programas del Sistema Nacional de Salud.

Los programas ramales de investigación, bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, vigentes antes de 1995 fueron los siguientes: ⁸

*TTE: Es el informe final de la investigación realizada por el residente durante el período de la especialización.

- Diagnóstico del estado de salud de la población.
- Efectos de la contaminación del Medio Ambiente en la salud.
- Influencia de la nutrición en la salud de la población.
- Salud bucal.
- Educación y promoción de salud.
- Salud materno-infantil y del adolescente.
- La mujer trabajadora, su salud y el ambiente laboral
- La salud en la población de la tercera edad.
- Enfermedades cardíacas y vasculares.
- Neoplasias malignas.
- Enfermedades infecciosas y parasitarias.
- Salud mental y enfermedades del sistema nervioso central.
- Diabetes *Mellitus*.
- Asma Bronquial.
- Úlcera gastroduodenal.
- Accidentes.
- Productos médico-farmacéuticos.
- Medicina intensiva.
- Trasplante de órganos y tejidos.
- Rehabilitación.
- Hemoterapia.
- Banco de sangre.
- Nuevas tecnologías en salud.

En la actualidad, Cuba ha logrado establecer las estrategias y programas priorizados del Sistema Nacional de Salud para el período 1995 al 2000 y son a las que hacemos referencia a continuación:⁹

ESTRATEGIAS

- 1-Reorientación del Sistema de Salud hacia la Atención Primaria y su pilar fundamental: el Médico y la Enfermera de la Familia.
- 2-Revitalización de la atención hospitalaria.
- 3-Desarrollo del Programa de Medicamentos y Medicina Natural y Tradicional.

PROGRAMAS

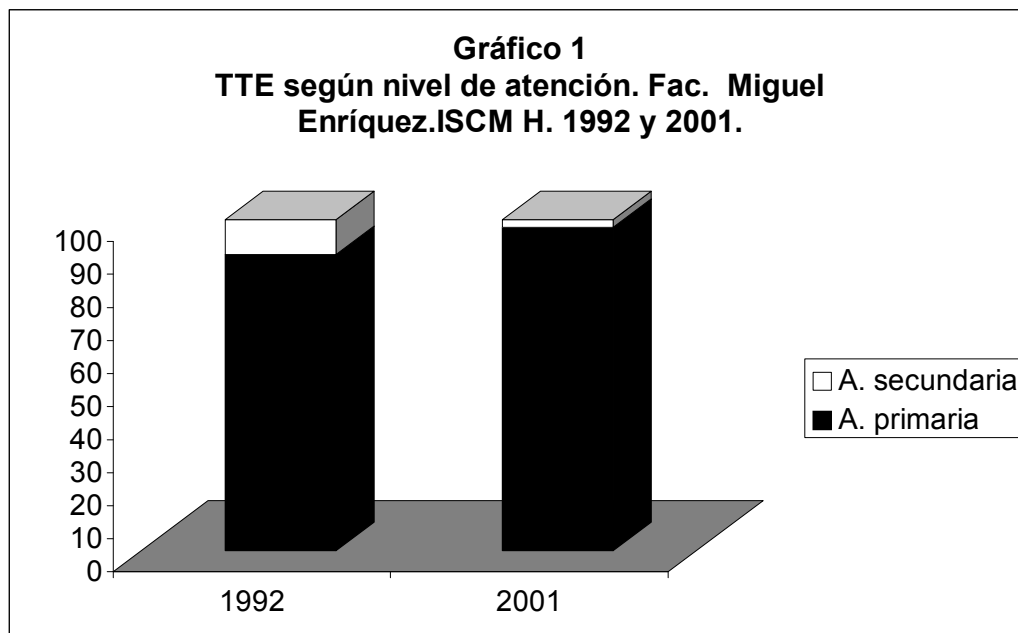
- Programa Materno-Infantil.
 - Enfermedades crónicas no transmisibles.
 - Enfermedades transmisibles.
 - Programa de Atención al Adulto Mayor.
-
- Paradigma biomédico: Tiene sus bases en el modelo biomédico, que enfoca la atención médica dirigida al individuo, centrado en la enfermedad, donde el paciente es atendido en su dimensión biológica fundamentalmente.
 - Paradigma biopsicosocial: Tiene sus base en el modelo biopsicosocial más amplio, que enfatiza el servicio de salud a la colectividad al igual que el servicio individual, centrado en la salud del individuo, la familia y la comunidad, donde el paciente es atendido en su integridad socio-biológica y psicológica.

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En el Cuadro 1 (Gráfico 1), se observa que la mayoría de los Trabajos de Terminación de la Especialidad están relacionados con la Atención Primaria de Salud para ambos períodos, ya que en 1992, 89.6% de las investigaciones respondían a este nivel de atención y en el 2001, 97.8%, cifra superior a la anterior; no se identificó ninguna de las investigaciones con el tercer nivel de atención.

Cuadro 1
TTE según Nivel de atención.

Nivel de Atención	1992		2001		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
A. primaria	43	89.6	45	97.8	88	93.6
A. secundaria	5	10.4	1	2.2	6	6.4
Total	48	100	46	100	94	100



El incremento en el porcentaje de los TTE hacia la Atención Primaria (8.2%) se considera que pudiera estar relacionado con que ha existido un mayor protagonismo de los profesores del grupo básico de trabajo y de los especialistas de Medicina General Integral como tutores a partir de una mayor identificación de los problemas a investigar en este nivel de atención y a la existencia en los policlínicos de los bancos de problemas de investigación que las orientan hacia las principales problemáticas de las unidades y a las estrategias y programas priorizados del Sistema Nacional de Salud.

El Dr. Jardines Méndez y colaboradores hacen referencia de que Cuba ha impulsado el desarrollo de la Atención Primaria desde el inicio de la Revolución, pero que no es hasta la primera mitad de la década de los ochenta, con la concepción y puesta en marcha de un nuevo modelo de Atención Primaria, basado en el Médico y la Enfermera de la Familia y en la formación de un especialista en Medicina General Integral en la propia comunidad, que se logra un profundo cambio en este nivel de atención. Consideran los autores que este modelo constituye una “Atención Primaria de Salud integral continua, calificada, que aplique tecnologías apropiadas, realmente adecuadas a las necesidades que plantean los problemas de salud de la población.”

Otros autores también afirman que la base de un sistema de salud está en un conjunto de facilidades ubicadas en la comunidad, ampliamente accesible que provea servicios esenciales de Atención Médica Primaria. Esto ubica al sistema hospitalario terciario sobre una sólida base de hospitales secundarios y otros establecimientos que atienden las condiciones más comunes que requieren una

institucionalización. Este modelo también reconoce que un sistema eficiente y efectivo necesita personas que asuman las responsabilidades de su propia protección de la salud y la de sus familiares.¹⁰

CUADRO 2

Resultado de las investigaciones según las acciones de salud

<i>Acciones de salud</i>	1992		2001	
	Núm.	%	Núm.	%
<i>Promoción</i>	2	4.2	5	10.9
<i>Prevención</i>	4	8.3	4	8.7
<i>Promoción - Prevención</i>	4	8.3	3	6.5
<i>Prevención - Diagnóstico</i>	20	41.7	19	41.3
<i>Diagnóstico y tratamiento</i>	15	31.2	11	24
<i>Tratamiento</i>	3	6.3	2	4.3
<i>Rehabilitación</i>	-	-	2	4.3

Total	48	100	46	100
--------------	-----------	------------	-----------	------------

En el Cuadro 2 se relacionan los resultados con las acciones de salud y se observa que, en 1992 predominaron las investigaciones que median las funciones de prevención-diagnóstico representadas por 41.7% y las de diagnóstico-tratamiento representadas por 31.2%, el resto de las acciones de salud a desarrollar por este profesional están poco reflejadas en los TTE.

En el periodo que concluye en el 2001, también existe un predominio de las investigaciones que se relacionan con las acciones de prevención-diagnóstico y se aprecian en 41.3%, en que los principales trabajos responden a la identificación de los factores de riesgo, determinación de la prevalencia y la incidencia de determinadas entidades, así como al diagnóstico y clasificación de enfermedades, las acciones relacionadas con el diagnóstico-tratamiento se redujo en 7.2% en relación con el período anterior (31.2%) y se refleja un incremento de otras acciones, como son la promoción de salud en 10.9% de las investigaciones, la prevención de enfermedades, 8.7%, y es de destacar la aparición de investigaciones relacionadas con la rehabilitación, 4.3%, que no se mostraba en el período anterior.

Estos resultados indican que existe una aproximación a la misión fundamental de la Atención Primaria de Salud como eje principal del sistema, en cuyos principios generales se destaca el carácter integral de las acciones de salud, con especial acento preventivo.

Los profesionales de la salud se han dedicado durante décadas a la labor de combate de las enfermedades, o sea, a la acción restaurativa, enfocando la salud

primordialmente, basándose en lograr recuperar al individuo de la situación que lo puede conducir a la muerte, tratando, con el desarrollo de altas tecnologías, de evitar que el individuo llegue a la situación extrema de pérdida de la vida. Sin embargo, aun cuando se han destinado grandes recursos para controlar las enfermedades, la realidad actual nos muestra que no se ha logrado un estado de salud aceptable con estas acciones, y continúan nuestros pueblos sufriendo grandes iniquidades, las que impiden el desarrollo de sus potencialidades como ser humano.

Lo anteriormente expuesto nos lleva a volver a pensar en la vigencia que tiene lo expresado en Alma Atá cuando se enfatiza en el desarrollo de la Atención Primaria y los enunciados de la Carta de Ottawa y la Declaración de Jakarta, donde se da importancia relevante a la participación de todos los integrantes de la comunidad para el logro de ese bienestar supremo que representa la salud, principalmente, a través del fomento de componentes como la promoción y la prevención.¹¹

Se plantea en otro de los artículos revisados que el papel principal en la provisión de servicios de salud esenciales, individuales y públicos, pertenecen a quienes proporcionan servicios de Atención Primaria, relacionados con la promoción de salud, la prevención de enfermedades, la evaluación de síntomas y signos físicos comunes, el manejo de enfermedades agudas y crónicas frecuentes, y la identificación de otros servicios útiles a cargo de proveedores más especializados, para ínter consultar o realizar la derivación apropiada.¹²

El programa de trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia, vigente en Cuba desde 1988, declara dentro de sus objetivos específicos que: este profesional debe promover la salud a través de cambios positivos en los conocimientos,

hábitos de vida y costumbres higiénico-sanitarias de la población; prevenir la aparición de enfermedades y daños a la salud de ésta, garantizar el diagnóstico precoz y la atención médica integral, ambulatoria, hospitalaria oportuna y continua a la comunidad y debe desarrollar la rehabilitación con base comunitaria dirigida a la población incapacitada física o psíquicamente. ¹³

En Cuba, las estrategias y programas de promoción de salud se adaptan a las necesidades locales y las posibilidades específicas de cada área de salud, teniendo en cuenta la situación social, cultural y económica. El eje principal de integración lo constituye la investigación y se fundamenta en el estudio de la situación de salud y sus factores condicionantes, el control del Medio Ambiente, el enfoque de riesgo y los estudios causales, la vigilancia epidemiológica y la evaluación de programas, servicios y tecnologías, así como su impacto sobre la situación de salud, contenidos que deben constituir las bases para ejecutar las actividades de promoción de salud y las medidas de prevención a corto, mediano y largo plazos. ¹⁴

CUADRO 3
TTE según sujetos de la investigación

Sujeto de la investigación	1992		2001	
	Núm.	%	Núm.	%
<i>Individuo</i>	44	91.6	39	84.8
<i>Familia</i>	1	2.1	4	8.7
<i>Comunidad</i>	1	2.1	3	6.5
<i>C. Escolar</i>	1	2.1	-	-

<i>C. Laboral</i>	1	2.1	-	-
Total	48	100	46	100

El Cuadro 3 muestra que, la dirección de los resultados de la investigación en ambos períodos está dirigida hacia el individuo, en 1992, representada en 91.6% y en el 2001, aunque el porcentaje es menor, se muestra en 84.8%. Sin embargo, se observa un ligero incremento de las investigaciones proyectadas a la familia (8.7%) y a la comunidad (6.5%). En el período que concluye en el 2001, no aparecen reportadas investigaciones en centros escolares o laborales ya que todos los residentes formados en esta etapa lo realizaron en consultorios médicos de la comunidad.

Los resultados que aparecen en el 2001 pueden ser el reflejo de una identificación más cercana al verdadero objeto de trabajo del especialista de MGI, que no se circunscribe únicamente al individuo, sino que abarca también la comunidad y el conjunto de familias que la integran. Ello caracteriza el perfil amplio del especialista y la búsqueda de problemas de investigación de acuerdo con él.

Se plantea por la WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia) que el Médico de Familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica, sin límite de edad y sexo; atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta raza, religión, cultura o clase social. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de

considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. Ejerce su papel profesional proporcionando atención directamente o a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja.

También se señala que el triángulo formado por el individuo, la familia y el médico constituye la base de la medicina familiar, ya que la familia es el núcleo social inmediato del individuo, tiene una importancia trascendental en el cómo y de qué se enferman sus miembros, así como el cuándo y de qué forma expresan la necesidad de la atención sanitaria y el modo en que se produce la solución de los problemas. La familia influye en ambos sentidos sobre la salud de sus miembros; en un sentido positivo, como recurso fundamental para colaborar en el cuidado y solución de problemas y, en un sentido negativo, como generadora de enfermedad, hábitos de vida insanos y conductas de salud erróneas.

El Médico de Familia se encuentra en una posición de privilegio para detectar e intervenir ante problemas familiares generadores de enfermedades, al estar capacitado para realizar intervenciones en las crisis familiares que detecte y recurrir, siempre que lo considere necesario, a otros profesionales cuando la dimensión del problema exceda el límite de su competencia.

CUADRO 4

TTE según el contenido de la investigación

<i>Contenido de la investigación</i>	1992		2001	
	Núm.	%	Núm.	%
<i>Biológico</i>	43	89.5	36	78.2

<i>Psicológico</i>	-	-	-	-
<i>Social</i>	-	-	-	-
<i>Psico-social</i>	1	2.1	1	2.2
<i>Bio-social</i>	1	2.1	4	8.7
<i>Psico-biológico</i>	1	2.1	-	-
<i>Bio - Psico - Social</i>	2	4.2	5	10.9
Total	48	100	46	100

Otro aspecto importante que se debe considerar es que el Médico de Familia adquiere un compromiso para mantener la salud de la comunidad en la que trabaja y la oferta sanitaria no sólo debe extenderse a la población demandante, sino también a aquella que no utiliza servicios de salud, para evitar la existencia de desigualdades en salud.¹⁵

El Cuadro 4 refleja los principales contenidos representados en los TTE estudiados, y se observa que existe un predominio del contenido biológico en ambos periodos, en 1992 con 89.5%, y en el 2001 con 78.2%. En este último período se desarrolló mayor número de investigaciones que involucra contenidos biosociales (8.7%) y biopsicosociales (10.9%).

Si se analiza al Hombre como un ser biopsicosocial, no se puede separar esta relación de los procesos que pueden desencadenar desequilibrios en él; de ahí, la importancia de desarrollar investigaciones que reflejen el carácter integral de este profesional. La literatura revisada hace referencia a que los médicos de familia conciben al individuo como un todo, como un ser biopsicosocial, en el que se

reconocen claramente tres dimensiones: biológica, psicológica y social, que implican conjuntamente y, con gran frecuencia, motivos de consulta con una apariencia de causa sólo biológica.

Así lo señala Mc Whinney cuando afirma que muchas enfermedades atendidas en la práctica familiar no podrían comprenderse a fondo si no son consideradas en su contexto personal, familiar y social. ¹⁶

Las especialidades afines con las que se relacionan los TTE se refleja en el Cuadro 5 y se observa que aunque se muestra un predominio de las especialidades básicas que conforman esta especialidad (Medicina Interna, Pediatría y Ginecobstetricia) para ambas etapas, existe una disminución de éstas en el 2001, pasando de 66.2% en 1992 a 50% en el 2001, adquiriendo evidencia el incremento de las investigaciones relacionadas con especialidades como la Higiene y Epidemiología, y la Psicología, las que se encontraban representadas con 20.8% y 2.1%, respectivamente, en la primera etapa y ascienden a 26.1% y 8.7% en la segunda etapa. Otro aspecto que se considera se debe señalar es la aparición de investigaciones relacionadas con la Gerencia Médica como especialidad.

CUADRO 5
TTE según especialidad

<i>Especialidad</i>	1992		2001	
	Núm.	%	Núm.	%
<i>Medicina interna</i>	12	25	8	17.4
<i>Pediatría</i>	6	12.5	5	10.9

G. Obstetricia	14	29.2	10	21.7
Psicología	1	2.1	4	8.7
H. y Epidemiología	10	20.8	12	26.1
Gerencia	-	-	2	4.3
Otras	5	10.4	5	10.9
Total	48	100	46	100

Estos resultados expresan el papel que van adquiriendo las disciplinas sociomédicas en la formación de este especialista de nuevo tipo como máximo exponente de la medicina social en el Sistema Nacional de Salud cubano, y es expresión de la integración sistemática de conocimiento y habilidades de especialidades biomédicas y sociomédicas en su práctica diaria.

En 1992, estaban vigentes para la evaluación de las investigaciones los programas ramales, éstos se observan en el Cuadro 6, en el que se muestra a qué programas ramales de investigación respondían los TTE que concluyeron en el primer período estudiado, siendo los de mayor por ciento los relacionados con la salud materno-infantil y del adolescente que se presentaron en 31.2%; le siguen, en frecuencia, los relacionados con las enfermedades cardíacas y vasculares(14.5%) y las investigaciones referentes a la salud de la población en la tercera edad (12.5%).

CUADRO 6
Resultados del TTE según programas
ramales del MINSAP

<i>Programas ramales de investigación</i>	1992
--	-------------

	Núm.	%
<i>Diagnóstico del estado de la población</i>	1	2.1
<i>Influencia de la nutrición en la salud de la población</i>	1	2.1
<i>Educación y promoción de salud</i>	2	4.2
<i>Salud materno-infantil y adolescente</i>	15	31.2
<i>La salud de la población en la tercera edad</i>	6	12.5
<i>Enfermedades cardíacas y vasculares.</i>	7	14.5
<i>Enfermedades infecciosas y parasitarias.</i>	4	8.3
<i>Salud mental y enfermedades del sistema nervioso central.</i>	1	2.1
<i>Diabetes Mellitus</i>	1	2.1
<i>Accidente.</i>	2	4.2
<i>Nuevas tecnologías en salud</i>	2	4.2
<i>Otros</i>	6	12.5
Total	48	100

El Cuadro 7, refleja la vinculación de los TTE, concluidos en el 2001, con las estrategias y programas priorizados, establecidos por el Ministerio de Salud Pública y vigentes desde 1995. Se observa un comportamiento similar ya que existe predominio nuevamente de las investigaciones relacionadas con el Programa Materno-infantil, representadas en 37%, le siguen en frecuencia las

relacionadas con el Programa de las Enfermedades crónicas no transmisibles (26.1%) y las del Programa de Atención al Adulto Mayor (15.2%).

Por tanto, independientemente de la clasificación, las investigaciones responden a las mismas problemáticas de salud.

CUADRO 7

Resultado del TTE según Estrategias y Programas del MINSAP

	2001	
	Núm.	%
<i>Estrategias</i>		
<i>Reorientación del sistema de salud hacia la atención primaria</i>	2	4.3
<i>Revitalización de la atención hospitalaria</i>	-	-
<i>Desarrollo del programa de medicamentos y MNT.</i>	3	6.5
Sub.-Total	5	10.8
	2001	
	Núm.	%
<i>Programas</i>		
<i>Programa materno-infantil</i>	17	37
<i>Enfermedades crónicas no transmisibles</i>	12	26.1
<i>Enfermedades transmisibles</i>	5	10.9
<i>Programa de atención al adulto mayor</i>	7	15.2
Sub.-Total	41	89.2
Total	46	100

El Programa Materno-infantil constituye una tarea de primer orden para el Sistema de Salud. La obra de la Revolución en la Salud Pública Cubana ha priorizado siempre a los grupos de poblaciones de riesgo, así han sido destacadas las acciones sociales y de salud en relación con la mujer y los niños. En lo que concierne al sector salud, la estrategia fundamental estará encaminada a mejorar la calidad de la salud reproductiva de la mujer o la pareja, trabajar en la disminución de enfermedades asociadas al embarazo, el bajo peso al nacer, las afecciones perinatales, las infecciones respiratorias agudas, los accidentes, la lactancia materna y el diagnóstico precoz del cáncer cérvico-uterino.

Se plantea que el perfil epidemiológico nacional se caracteriza por el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles. Las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebro-vascular y los accidentes representan casi las dos terceras partes de las defunciones que se producen en el país. Además merecen mencionarse por su morbilidad elevada la Diabetes *Mellitus*, la Cirrosis Hepática, el Asma Bronquial y la Hipertensión Arterial. Estas enfermedades se encuentran relacionadas con los hábitos y estilos de vida, donde se resaltan riesgos como: la obesidad, el sedentarismo, el hábito de fumar, las dietas inadecuadas, el estrés y otros componentes.¹⁶ Por todo esto, se considera que las acciones y las investigaciones en la Atención Primaria de la Salud deben estar encaminadas hacia la promoción y la prevención de estos factores de riesgo y ello se traduciría en modificar el cuadro de morbilidad y la expectativa de vida de la población cubana.

Los cambios demográficos que se vienen operando en Cuba con el envejecimiento acelerado de la población y el incremento de la expectativa de vida

han conllevado a que 12% de la población tiene actualmente más de 60 años y las proyecciones apuntan a que este grupo poblacional se incrementaría a 14% en el 2001 y 21% en el 2025. Esta población requiere de un plan de acción y atención diferenciada que cubra sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, y eleve así su calidad de vida. En este sentido, el Sistema Nacional de Salud conformó el Programa Integral al Adulto Mayor con un enfoque comunitario e institucional, el cual se acompaña del desarrollo de la Geriatria y la Gerontología para estudiar mejor los aspectos del envejecimiento de las personas y su requerimiento en nuestro medio social.¹⁶

CONSIDERACIONES FINALES

El Trabajo de Terminación de la Especialidad (TTE), como reflejo, en última instancia, de las investigaciones que se llevan a cabo en la Atención Primaria de Salud, muestra la existencia de un desplazamiento de éstas hacia la Atención Primaria y sus componentes como la familia, la comunidad, la prevención y rehabilitación, entre otras, así como la incorporación de especialidades como la Higiene y la Epidemiología, y la Psicología, pero aún sus resultados son una expresión insuficiente del desarrollo del paradigma biosocial en este tipo de atención.

RECOMENDACION

Utilizar en forma sistemática el estudio de los trabajos de terminación de los especialistas de Medicina General Integral, como una de las fuentes de

retroalimentación para profundizar y dirigir el desarrollo de la especialidad y la solución de los problemas de investigación en la Atención Primaria de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Salas Perea, R.S. Competencia y desempeño profesionales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999, p. 53-59.
2. Ilizástegui Dupuy, F. Prólogo del libro Competencia y desempeño profesional. Ramón Salas Perea. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;1999.
3. Colectivo de autores. Programa de Especialización en Medicina General Integral. La Habana: MINSAP.1990; (1): 4-17.
4. Ilizástegui Dupuy, F. La necesidad de un paradigma en Salud Pública. Rev. Inst. Juan Cesar Garcías. 1998; 8(1-2): 60-62.
5. Jardines Méndez, B. Oubiña Rodríguez, J. Investigaciones educacionales en el desarrollo de los recursos humanos de salud en Cuba. Rev. cubana Educ Med Sup. 1993;7(1): 19-26.
6. Rojas Ochoa, F. La investigación en Salud en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Rev. Educ Med Sup. 1988; 2(2): 131-137.
- 7,Alberti, M. F., Lence, J. J., Silva, L. C., Soto, G. Metodología de la investigación en los trabajos de terminación de residencia. Rev. Educ Med Sup. 1991;5(1): 38-45.
8. Estrategias del Sistema Nacional de Salud. En: <http://www.sodepaz.org/cooperacion/paises/Cuba/Cubasalud/htm> . Sitio accedido 2-11-01
9. Jardines Méndez, J.B., Aneiro Rivas, R., Salas Perea, R.S. Cuba: Recursos Humanos en la Atención Primaria de Salud y su estrategia de desarrollo. Rev. Educ Med Salud .1993; 27(2):145-158.
10. Calidad de vida y sobrevivencia. En: <http://www.infomedonline.com>. Sitio accedido 7-12-01.

11. Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1988.

12 Perdomo, V., Caraballos, M. , Resik, P. Promoción de la Salud en la formación de especialistas de higiene y epidemiología. En: <http://bvs.cu/revistas/spu/vol2-1-96/spu04196.htm>. Sitio accedido 7-12-01.

13. Mc Whinney, I, R. Medicina de Familia. Edición en español. Barcelona: Doyma Libros, S.A. ;1995.

14. Bonillo Garcías, M. A., Gallo Vallejo, F.J., Gálvez Ibáñez, M. El especialista de medicina familiar y comunitaria; Definición y perfil profesional. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. Madrid: Beechan. IMC; 1993.

15. Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., Garcías Jiménez, E. Metodología de la investigación cualitativa. Granada: Aljibe; 2002, p.32-77.