

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Miguel Enriquez

EL PARADIGMA BIOSOCIAL EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD: REFLEXIONES DE UN CLAUSTRO

*Dra. Teresa de la Caridad Pérez Díaz

San Joaquín 215 / Potosí y Cruz Verde. Guanabacoa. Ciudad Habana. Teléfono: 97-89-76 teresac.perez@infomed.sld.cu

**Dra. Jacinta Otero Iglesias.

Lazada Norte Primera 705 / Avenida Norte y Avenida Sur. Reparto Santa Catalina. Cerro. Ciudad Habana Teléfono:40-06-59
joj@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

Los cambios y las transformaciones en la Atención Primaria de Salud (APS) que han venido desarrollándose en esta última etapa a partir de la implementación del modelo del Médico y la Enfermera de la Familia, tienen necesariamente que sustentarse en un cambio de paradigma en este nivel de atención y transitar de un paradigma eminentemente Biologicista a un paradigma Biosocial, con identidad propia, que determine en última instancia el quehacer profesional de todos los profesionales en este nivel de atención. Se realiza una investigación cualitativa con la finalidad de identificar los criterios de un claustro de profesores de la Atención Primaria sobre el desarrollo del paradigma Biosocial en la APS y de las investigaciones de contenido médico social como herramienta para la transformación. Se identifican por los profesores, los factores determinantes como son: el perfeccionamiento de la APS, la voluntad política del Estado cubano y en el MINSAP, el Análisis de la Situación de Salud como herramienta del quehacer profesional, así como la investigación como estrategia para la transformación. Se identifican limitaciones en las investigaciones médico-sociales dadas por la vigencia del paradigma biologicista, la falta de trabajo interdisciplinario y de conocimientos, y la composición y calidad del claustro.

Palabras clave: Paradigma, biosocial, investigación.

INTRODUCCIÓN

En 1978, la Conferencia Internacional de Alma Atá definió la Atención Primaria de Salud como la estrategia para cumplir la meta de "Salud para todos en el

año 2000".^{1,2} A partir de ese momento, las agencias gubernamentales de varios países se dieron a la tarea de intentar alcanzar esa meta.

Cuba no estuvo al margen de esta situación y siguiendo los principios de la declaración de Alma Atá, el Sistema Nacional de Salud (SNS) elaboró un nuevo programa de atención que tuvo en cuenta los cambios ocurridos en el estado de salud de la población; por tanto, fue necesaria la búsqueda de nuevos procedimientos que dieron respuesta a las necesidades de la población y así fue que surgió el modelo de medicina comunitaria. Este modelo consistía en la dotación a los policlínicos de especialistas en Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, con los residentes de estas especialidades y la elevación de la calidad en la visita médica domiciliaria.³

En este período, se lograron cambios positivos en los patrones de morbi mortalidad y comenzó el desarrollo de la vigilancia epidemiológica, pero continuaba la inadecuada utilización de los recursos humanos y materiales en los policlínicos comunitarios. Esto plantea la necesidad urgente de transformar los servicios de salud y orientarlos, principalmente, a la promoción y prevención con un enfoque familiar para evitar las enormes pérdidas de capital humano y la carga insostenible para los servicios de tratamiento, debido a la falta de medidas eficaces para combatir las enfermedades evitables, los traumatismos y los accidentes.⁴

Ante este reto, surge la decisión política de crear una nueva forma organizativa de Atención Primaria: el Médico y la Enfermera de la Familia, y con ello la formación de un profesional que brinde una atención médica integral. Fue así que se inició en Cuba, en 1984, la formación de especialistas en Medicina General Integral o Medicina Familiar, como se le denomina a la especialidad en otros países.

Esta especialidad se desarrolla en varios países, claro está, con bases sociales cualitativamente diferentes. Según los datos de encuestas efectuadas por la WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia) y otras fuentes, alrededor de 56 países tienen programas de formación de postgrado en medicina familiar.⁵

En varios países, se dan diversos problemas que dificultan la capacitación y desarrollo de la medicina familiar a escala mundial y éstos constituyen serios impedimentos para incorporar médicos de familia bien instruidos al sistema de Atención Primaria de Salud. Entre ellos, se señalan los siguientes:

- 1-No reconocen la medicina familiar como especialidad.
- 2-No ven la necesidad de integrar las prácticas y los servicios clínico y comunitario.
- 3-No entienden la necesidad de integrar la atención preventiva y la curativa.
- 4-Preferencias por la atención selectiva frente a la integral.
- 5-Tendencia histórica hacia la especialización.
- 6-Desarrollo y financiamiento desproporcionado hacia la atención terciaria.
- 7-Preferencia por la atención urbana frente al desarrollo del sistema de salud rural.
- 8-La baja posición profesional de los médicos de familia.
- 9-Falta de liderazgo y de figuras modelos en medicina familiar.

10-Educación médica predispuesta a favor de la formación de especialistas en hospitales.

11-Falta de resolución para comprometerse a proveer Atención Primaria de Salud integral y accesible.⁶

La situación en Cuba es muy diferente, la especialidad de Médico General Integral (MGI) constituye el perfeccionamiento del enfoque social de la medicina, que es la premisa básica del SNS, teniendo dentro de sus principales objetivos los siguientes:

1-La comunidad como sujeto de estudio, donde se desarrollan los conocimientos sobre la población; se estudian las influencias ecológicas y ambientales sobre la salud y se conoce la organización de la comunidad, sus tendencias demográficas, las influencias culturales y los factores económicos relacionados con los problemas de salud, la participación comunitaria en la identificación y solución de sus problemas de salud y cómo desarrollarla, trazar la estrategia que se debe seguir para resolver los problemas detectados y elevar el nivel de salud de la población.

2-La familia como sujeto de estudio y como institución básica de la comunidad, donde se desarrollan los conocimientos sobre la estructura y función de la familia, su ciclo vital, su funcionamiento, sus crisis, cómo relacionarse con ella y cómo reforzar la función central de la familia que es la de proporcionar el medio adecuado para el óptimo desarrollo biopsicosocial de sus miembros.

3-Las personas como sujeto de estudio, donde se debe profundizar en las bases epidemiológicas del diagnóstico clínico, en el crecimiento y desarrollo del individuo durante toda su vida, en los factores que influyen en el comportamiento humano, en cómo influir sobre las personas para que adopten un es-tilo de vida más sano, en la historia natural de la enfermedad, en la medicina preventiva individual y en el conocimiento de los problemas de salud que más afectan a los individuos.

5- Desarrollar habilidades para prevenir enfermedades y lograr cambios en los estilos de vida.

6-Desarrollar habilidades para resolver problemas no determinados dentro del contexto de atención continuada a sus pacientes y familias.

7-Desarrollar habilidades terapéuticas para manejar, adecuadamente, la relación médico-paciente, médico-familia y médico-comunidad, y así optimizar la efectividad de todos los tipos de terapia.

8-Hacer uso de los métodos estadísticos y epidemiológicos.

9-Hacer uso del método administrativo y el proceso de gestión.

10-Hacer uso de habilidades sencillas en el análisis económico y social de los problemas comunitarios.

11-Hacer uso de habilidades ambientales y ecológicas.

12-Desarrollar habilidades de educación para la salud.

13-Desarrollar habilidades para lograr cambios en los estilos de vida nocivos de sus pacientes, familias y comunidad y, por tanto, propiciar que la población adopte una actitud positiva y de autorresponsabilidad con su salud.

14-Desarrollar investigaciones relacionadas con la problemática de salud de su área de atención, acorde con los avances científico-técnicos.⁷

La misión de la Atención Primaria de Salud y de los médicos de familia en Cuba es alcanzar un adecuado estado de bienestar físico, mental, social en

personas, familias y comunidades con una amplia participación de los actores sociales, tanto intrasectoriales como extrasectoriales, a través de acciones de promoción, prevención, diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación. Esto se logrará en los servicios que sean capaces de garantizar, eficiencia, efectividad y la mayor calidad científico-técnico de las actividades que desarrollen.⁷

Las funciones del Médico de la Familia y, por tanto, del especialista de Medicina General Integral, están dadas por las características particulares del contexto de la Atención Primaria de Salud. Las que con mayor frecuencia realizan son: la función de atención médica integral, la función docente-educativa, la función gerencial o administrativa y la función investigativa.^{3,6,7} Estas funciones están estrechamente relacionadas entre sí formando un sistema y, aunque la función de atención médica es la rectora, deben estar presentes en el quehacer diario de estos profesionales el resto de las funciones para garantizar la estabilidad del sistema.

El desarrollo del proceso de atención médica debe producirse como un acto científico en sí mismo, tanto en el ámbito individual como familiar o comunitario, pues las etapas clásicas del pensamiento clínico son, en sí mismas, peldaños ascendentes del ejercicio de la formación investigativa.

Se plantea que el potencial científico de un país cumple con más eficiencia su función en la medida que se oriente con mayor énfasis hacia las necesidades objetivas del desarrollo socioeconómico, así como cuando contribuye, en forma efectiva, a la solución de los problemas implícitos en esa necesidad.⁹

Los principales cambios que hoy se evidencian en práctica médica y que impactan, cada vez más, a todo el sistema de salud y a la propia educación médica cubana, están estrechamente ligados al proceso de integración antes mencionado.¹⁰

Por todo lo anteriormente dicho, los cambios y las transformaciones en la Atención Primaria de Salud que han venido desarrollándose en esta última etapa a partir de la implementación del modelo del Médico y la Enfermera de la Familia, tienen necesariamente que sustentarse en un cambio de paradigma en este nivel de atención y transitar de un paradigma eminentemente Biologicista a un paradigma biosocial, con identidad propia, que determine en última instancia el quehacer profesional de todos los trabajadores en este nivel de atención.

Objetivos:

1. Identificar los factores que determinan el desarrollo del paradigma biosocial en la Atención Primaria de Salud.
2. Identificar las causas relacionadas con el insuficiente desarrollo de la investigación médico-social en la Atención Primaria de Salud, como uno de los componentes del paradigma biosocial.

MATERIAL Y METODO

En el presente estudio, se utilizaron las técnicas de grupos focales con los profesores categorizados de cada uno de los Grupos Básicos de Trabajo (GBT) de la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Miguel Enríquez y subdirectores docentes de los policlínicos acreditados para la docencia de pre y postgrados. Se utilizaron para ello las reuniones departamentales y metodológicas programadas, y otras que fueron necesarias para alcanzar los objetivos propuestos. De un total de 87 profesores, quienes forman parte del Departamento, participaron 75 en la investigación, lo que representa 86.2 %. Los profesores que se excluyeron fueron porque no se encontraban laborando por problemas de salud, estaban en misión internacionalista o desempeñando otras funciones no relacionadas con el proceso docente-educativo. Las reuniones se efectuaron por municipios y se realizaron un total de 10. En el municipio Guanabacoa se concentraron 18 profesores; en San Miguel del Padrón, dos grupos de 13 profesores cada uno; en el Cotorro, 16 profesores y en el municipio Regla, 15 profesores.

Al inicio de la sesión, se explicó a los participantes los objetivos de la reunión, las normas de funcionamiento de la discusión y se solicitó autorización para grabar.

En un primer momento o Fase I, se preparó una actividad metodológica dirigida a los profesores con la finalidad de actualizarlos en tres aspectos fundamentales relacionados con:

1-El paradigma biológico y el paradigma biopsicosocial en el desarrollo de la medicina.

2-Las estrategias y programas priorizados del MINSAP y el papel de la investigación en la solución de éstos.

En un segundo momento o Fase II, se utilizó, primeramente, la técnica de lluvia de idea para iniciar la actividad y luego se comenzó la sesión con los grupos. En este caso los participantes hablaron en forma libre y espontánea acerca de los factores que pueden tributar hacia la evidencia de cambios del paradigma biológico al paradigma biopsicosocial.

Y un tercer momento o Fase III, en la que se realizó la técnica de la espina de pescado o diagrama de causa-efecto, y se fijó como efecto que el cambio de paradigma biopsicosocial en la investigación aún es insuficiente con vistas a identificar las causas relacionadas con esto.

Las reuniones con los grupos focales se realizaron en las aulas de los policlínicos o en locales que poseen una adecuada higiene, ventilación, iluminación y mobiliario para propiciar un ambiente lo más agradable posible.

RESULTADOS

Para comenzar las actividades con los grupos focales, se utilizó la técnica de lluvia de idea para ubicar al colectivo en la problemática a reflexionar, y se les solicitó que intentaran enmarcar con una palabra o frase corta lo que significa

para ellos el término “paradigma biopsicosocial”. Las respuestas fueron múltiples, las más reiteradas fueron: importante, no utilizado, necesidad, medicina familiar, medicina comunitaria, programa cubano, individuo como un todo. Otros términos menos utilizados fueron: insuficiente, poco desarrollado y socialmente útil.

Esta técnica nos sirvió de “enlace” para desarrollar la dinámica de grupo y plantear al colectivo la siguiente interrogante:

¿Que factores ustedes consideran determinantes para lograr el desarrollo del paradigma biopsicosocial en la Atención Primaria de Salud?

Los resultados que se exponen a continuación representan la información recogida:

--El Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud

Es el criterio expresado como elemento principal para favorecer el cambio hacia el paradigma biopsicosocial.

En relación con este aspecto, se plantea que, desde el triunfo de la Revolución, el Sistema de Salud Cubano comenzó a transformarse y se establecieron cambios que evidenciaban el desarrollo de la medicina. Estos se hicieron más notables con la creación de los programas de salud integral que se realizaron en los policlínicos comunitarios; algunos de los asistentes expusieron sus experiencias personales de esta etapa y existió consenso por parte de los participantes en considerar que desde el surgimiento del Médico y la Enfermera de la Familia se pasó a una etapa superior de perfeccionamiento de la salud pública que lleva al fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud. Sin embargo, se plantea por algunos participantes que el desarrollo de la Atención Primaria es aún insuficiente por la falta de superación continua y sistemática de los recursos humanos en este nivel de atención, la poca motivación de los egresados de las carreras de la salud y otros profesionales afines, como los psicólogos, para desarrollar su actividad en la Atención Primaria, y la escasa divulgación, dentro y fuera del sector, así como los logros que se han ido obteniendo por este nivel de atención. Se consideran estos aspectos como fundamentales para elevar el prestigio y la autoridad de los profesionales de la Atención Primaria de Salud.

--La voluntad política del Estado y del MINSAP

Considerar la Atención Primaria como eje central del Sistema Nacional de Salud fue otro de los criterios más analizados.

En este aspecto se hizo énfasis en que existe la disposición, por parte del Estado, de desarrollar este nivel de atención con el objetivo de satisfacer las necesidades de salud de la población, proveer los consultorios y policlínicos de determinados recursos, de forma tal, que aumente el nivel de resolutivez de los problemas y eleve los niveles de competencia y desempeño de los profesionales de este sector.

Se hace referencia en las estrategias de salud en Cuba a que el programa del Médico y la Enfermera de la Familia se ratifica como la mayor fortaleza y potencialidad que tiene el Sistema de Salud Cubano. Se plantea que por su

existencia, filosofía y bases teóricas, ha logrado mantener los indicadores de salud y satisfacer las necesidades de la población.¹¹

Todo esto ha sido ratificado en las diferentes intervenciones del Comandante en Jefe, Fidel Castro Ruz, relacionadas con el desarrollo de la Medicina Familiar.

En las conclusiones del Encuentro Nacional de Estudiantes de Ciencias Médicas; efectuado en el Palacio de las Convenciones, el 5 de mayo de 1984, el Comandante en Jefe plantearía: “Habrá una especialidad de gran valor, de gran importancia, de gran prestigio, que podemos hacerla masiva porque es el médico que se necesita en casi todas partes, que es el médico general integral. Una de las ideas que se desarrolló relacionada con toda esta revolución de la medicina, fue la del especialista en Medicina General Integral. Este médico es el más universal. Ahora la idea de convertirlo en una especialidad, permite que todos los médicos del país puedan ser especialistas, y tengan el aval, la evaluación de especialistas, el prestigio social de los especialistas y la importancia que tiene el especialista, éste es uno de los médicos que va a jugar un papel fundamental en la salud de nuestro pueblo.”

En el discurso pronunciado en la clausura del VI Seminario Internacional de Atención Primaria en Ciudad de La Habana, el 28 de noviembre de 1997, referiría: “Perfeccionamos los policlínicos; pero después convertimos a los policlínicos en facultades universitarias, porque todos aquellos médicos de la familia tenían que hacer la especialidad, después de un año tenían que empezar la especialidad de tres años, compartiendo el estudio con el trabajo, para ser especialista en Medicina General Integral y los policlínicos donde laboran estos médicos se convirtieron a su vez en centros de docencia superior médica.”¹²

--La visión integral de los Médicos de la Familia

Otro de los resultados interesantes, abordados por los profesores que participaron en los grupos focales.

Se plantea que las competencias alcanzadas mediante la formación integral de los Médicos de la Familia no les permite ver al individuo como un ser biológico aislado, sino valorar que el Hombre se percibe en estrecha relación con su psiquis y bajo las influencias de la sociedad en la que se desarrolla. Se resalta por la mayoría de los participantes que esto se materializa dentro del sector de la salud con el desarrollo de la medicina familiar.

--La integración social de la medicina comunitaria

Una parte considerable de los participantes se refirió a este aspecto, que es otro de los que propicia la transformación hacia el paradigma biopsicosocial. Se resalta la importancia de la integración de este profesional en la participación comunitaria para satisfacer los problemas que se relacionen con la salud de todos los miembros de la comunidad.

En la literatura revisada, se hace referencia a que la universidad que se requiere en los tiempos actuales se debe insertar en el entorno social; en el caso de la salud; ésta es un producto y un proceso social y no sólo un resultado esperado de las acciones sectoriales.

La universidad médica insertada en el contexto social debe trabajar en las áreas priorizadas de la atención médica, epidemiológica y sanitaria, así como en las acciones intersectoriales sobre el Medio Ambiente, la recreación, el empleo, la cultura, la educación, las condiciones de vida y el saneamiento, entre otros.¹⁴

--El Análisis de la Situación de Salud

La opinión generalizada es que este análisis debe ser considerado como un instrumento fundamental en el quehacer profesional.

En los grupos se hace referencia a que el Análisis de la Situación de Salud constituye un proceso de identificación del estado de salud de los individuos, familias y comunidad correspondientes al lugar donde se realiza; los profesores plantean que no se valoran las potencialidades del mismo como fuente de información para el desarrollo de investigaciones a partir de él, o no utilizan el diagnóstico en sí como método de investigación que permite priorizar los problemas identificados y establecer estrategias de intervención para su solución.

La Dra. Silvia Martínez refiere que el Análisis de la Situación de Salud representa un instrumento científico-metodológico-aplicativo para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios de salud.¹³

--La insuficiente preparación de los profesionales de la salud en contenidos psicosociales

Fue otro planteamiento polémico abordado por los participantes. Algunos profesores consideran que sólo los psicólogos y un reducido grupo de los especialistas de MGI, quienes forman parte de los GBT, poseen sólidos conocimientos relacionados con algunos aspectos psicosociales que pueden ser objeto de investigaciones a realizar.

Se destaca la necesidad de proveer un enfoque integral a los profesores de la Atención Primaria y lograr que no sólo se apropien de los contenidos de su especialidad, sino también de aquellos aspectos sociales, económicos y culturales que puedan estar relacionados con el proceso salud-enfermedad.

--El déficit de determinados recursos materiales

Un reducido grupo cree que en la Atención Primaria, este déficit favorece la realización de investigaciones psicosociales.

Se considera uno de los aspectos más importantes, aunque fue abordado por un reducido número de compañeros, ya que en él subyace la formación biologicista de nuestros profesores, al plantear que por el déficit de recursos

materiales que existe en la Atención Primaria para realizar exámenes complementarios que desbordan este nivel de atención, se determina que haya que realizar investigaciones y otras actividades con proyección psicosocial.

--La investigación aún no se considera como un instrumento para la transformación médico-social

También fue un criterio muy discutido por los participantes. El auditorio plantea que en el Nivel Primario de Atención, la investigación se considera como un fenómeno obligado del proceso de formación de los residentes, y son éstos los que deben asumir esta responsabilidad. Para el resto de los profesionales del sector, incluyendo los profesores, se deja a la espontaneidad o a las motivaciones individuales.

La investigación es la acción y efecto de solucionar un problema que implique el enriquecimiento, el descubrimiento de un aspecto de una rama del saber, de la creación de una obra, de la humanización de parte del medio material.¹⁴

Otro de los artículos de la literatura consultada hace referencia a que durante muchos años las investigaciones médicas en el mundo estuvieron centradas en el desarrollo de más conocimientos sobre las funciones de los sistemas del ser humano individual. Concentrarse en las investigaciones biomédicas, permitió grandes avances en la comprensión del desarrollo de las enfermedades, además de contribuir al desarrollo de nuevas tecnologías para ayudar en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades. No obstante, la investigación sobre servicios de salud y Atención Primaria ha sido pobremente financiada e insuficientemente desarrollada.¹⁵

Resultados de la aplicación de la técnica espina de pescado o diagrama de causa-efecto

Por la importancia que tiene la investigación como elemento transformador de la sociedad en la obtención de nuevos conocimientos o en la aplicación de éstos, y dado los resultados contradictorios del último factor referido por los profesores, nos dimos a la tarea de investigar sobre las posibles causas que estuvieron relacionadas con el insuficiente desarrollo de la investigación médico-social en la Atención Primaria. El efecto fijado fue el insuficiente desarrollo de las investigaciones de corte médico-social en la Atención Primaria. Se plantearon entre las posibles causas, las siguientes:

1 El paradigma del profesor de la APS

Los profesores que comprenden los grupos básicos de trabajo son formados en servicios del Nivel Secundario de Atención y aunque la gran mayoría se encuentra, hace más de 10 años, vinculada al Plan del Médico y la Enfermera de la Familia y algunos ostentan la condición de fundadores de éste, en las diferentes áreas de salud donde actualmente laboran, se mantienen permeados de las tendencias biomédicas recibidas durante su formación.

Algunos declaran la necesidad de incorporarse a las salas hospitalarias con determinada frecuencia para mantenerse capacitados, desde el punto de vista científico-técnico, con los contenidos de su especialidad; en cambio; otros consideran que los problemas a resolver en el segundo nivel de atención no están en correspondencia con la problemática del nivel primario.

2 El papel del especialista de MGI como profesor del GBT

El especialista de MGI que ocupa la responsabilidad de jefe del GBT, se dedica fundamentalmente a las funciones gerenciales, constata el cumplimiento de los principales programas a desarrollar por los médicos de familia, y se dedica a la recogida o transmisión de informaciones orientadas por las direcciones de las unidades, subordinando el resto de las funciones (docentes, asistenciales e investigativa) a los otros profesores del grupo, por lo que lejos de ser el elemento integrador de las principales funciones del Médico de Familia y mantener la integridad del sistema de funciones, generalmente, constituye el elemento desintegrador.

3 Composición y calidad del claustro de profesores de la APS

Alrededor de la mitad de los GBT de los policlínicos docentes de la Facultad, se encuentran incompletos; esto puede ser desde el punto de vista real, porque no están cubiertas las plazas, o desde el punto de vista físico, porque las plazas están cubiertas, pero los especialistas desempeñan otras funciones que no son directamente en los GBT. Además existe un número considerable de especialistas que se encuentra en los GBT, que no tiene categoría docente ni requisitos para obtenerla.

Adquiere un valor añadido el hecho de que en los momentos actuales no existe pirámide docente en los policlínicos, ya que la mayor parte de los profesores categorizados son instructores.

4 La falta de trabajo interdisciplinario

Este aspecto fue abordado fundamentalmente por los psicólogos, quienes plantearon que la falta de trabajo en equipo limitaba, a veces, la evaluación del individuo como un todo, como un verdadero ser biopsicosocial, donde, en ocasiones, se intentaba buscar causas somáticas, obviando las influencias psicológicas y socioeconómicas en la aparición de enfermedades.

5 Los programas de formación, y desarrollo no sustentan que se fortalezca el paradigma biopsicosocial

Durante la formación de pregrado de los residentes que se encuentran enmarcados en esta investigación, recibieron solamente, dentro de las asignaturas sociomédicas, las siguientes: Psicología Médica, Teoría de la Administración de Salud y la estancia por la APS durante el internado.

Durante el régimen de residencia, el Programa de la Especialidad de MGI, cuenta sólo con el módulo 80 "La investigación", que consta de tres partes:

- A-Planificación de la investigación.
- B-Ejecución de la investigación.
- C-Presentación del informe final de la investigación.

El objetivo del módulo se cumplirá a través del Trabajo de Terminación de la Especialidad (TTE) en el transcurso de los tres años de la residencia con distintos niveles de profundidad y destreza en los plazos establecidos y bajo la dirección del tutor.³

Si bien la estrategia docente planteada para llevar a cabo este módulo es a través de la enseñanza tutelar, e independientemente que existan unidades en que se hallan organizado cursos o ciclos de conferencias para desarrollarlo, lo cierto es que no existe uniformidad en la forma de impartir los contenidos.

En el Plan de estudio vigente, la Medicina General Integral es la disciplina rectora de la APS. Integra y aplica los aspectos sociobiológicos, ecológicos y familiares. El aprendizaje se basa en la aplicación de conocimientos y habilidades médicas en un marco real e integra aspectos de higiene, epidemiología y administración de los programas de la APS. Durante esta etapa se hace énfasis en los aspectos de promoción, prevención y profilaxis¹⁶

6 Falta de conocimiento

Por parte de los profesores para desarrollar investigaciones en la Atención Primaria.

Hay una opinión generalizada entre los profesores que han participado en los grupos focales, de que ellos poseen pocos conocimientos en Metodología de la Investigación, incluyendo aquí los aspectos relacionados con la Estadística, así como en la realización de investigaciones cualitativas, siendo éstas muy importantes para identificar e interpretar problemas sociales.

Refiere la Dra. Jacinta Otero, en su investigación, que existe una tendencia a seguir viejos paradigmas de la investigación, caracterizados por el aislamiento del investigador con su arsenal de conocimientos, tratando de dar respuesta al problema de la investigación hasta el límite que su conocimiento le impone.¹⁴

La literatura internacional revisada hace referencia a que las investigaciones en la Atención Primaria necesitan más desarrollo; se ejemplifica planteando una mayor comprensión de los riesgos para los problemas comunes de salud de la comunidad y su historia natural, modelos de utilización de los servicios de salud, autoevaluación y mejoramiento de la calidad de la práctica en medicina familiar, relación médico-paciente y educación y desarrollo profesional continuo de los médicos, enfermeros y otros profesionales que trabajen en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.

A través del trabajo del Comité de Clasificación de la WONCA, con la cooperación de la Organización Mundial de la Salud, se creó una base de datos Internacional estandarizada para la investigación en Atención Primaria. Estas importantes publicaciones de WONCA incluyen la clasificación de los

problemas de salud en la Atención Primaria, criterios para diagnósticos y procesos en Atención Primaria y medición de su estado funcional.¹⁷

7 Integración docente asistencial e investigativa

Establecer una verdadera integración asistencial e investigativa.

En este aspecto, los profesores refieren que la función asistencial, como función rectora, y la existencia de múltiples programas priorizados no les permiten desarrollar el resto de las funciones, dedicándose a la función docente en las actividades académicas propiamente dichas, y a la función de investigación mediante la tutoría de tesis, sin un adecuado fondo de tiempo para el desarrollo de éstas y poder ejecutarlas con la calidad requerida.

Refiere el profesor Salas Perea que, en nuestros países, las universidades constituyen la columna vertebral del subsistema científico tecnológico y, por eso, a ellas les corresponde estimular el espíritu creativo y la investigación científica, que representa el punto de partida de todo esfuerzo de mejoramiento científico tecnológico. La universidad debe asumir su función fundamental como productora de conocimientos, y responsabilizada con la educación posgraduada; y como se encuentra en una situación competitiva, se hace necesario responder con productividad, eficiencia y eficacia ante estos retos con-temporáneos.¹⁸

CONSIDERACIONES FINALES

1. Entre los factores determinantes para el desarrollo del paradigma biosocial en la Atención Primaria de Salud, según el criterio de los profesores, se señalan, entre otros, el fortalecimiento de la APS, la existencia de una voluntad política del Estado cubano y el MINSAP, la integración social de la medicina comunitaria, así como la importancia del Análisis de la Situación de Salud como instrumento del quehacer profesional. Se hace énfasis, además, en la importancia de la investigación como instrumento transformador para el desarrollo de este paradigma.

2. El desarrollo de la investigación que responda al paradigma biopsicosocial en la Atención Primaria de Salud se ve afectado tanto por problemas relacionados con los programas de formación de pre y postgrados, como por la calidad científica del claustro de profesores y el predominio aún del enfoque biologicista en la práctica médica.

3. A pesar de existir voluntad política para el desarrollo del paradigma Biosocial hay elementos que evidencian la necesidad de un sistema de superación profesional para los profesores de MGI con énfasis en el enfoque integral y en aspectos metodológicos relacionados con las investigaciones biopsicosociales.

RECOMENDACIONES

1. Instrumentar en las reuniones metodológicas del Departamento de Medicina General Integral, un sistema de identificación de necesidades de aprendizaje relacionadas con los contenidos biopsicosociales y diseñar cursos de

superación profesional para los profesores que den respuesta a las necesidades identificadas.

2. Perfeccionar el programa de formación de pregrado que dé respuesta a los contenidos y habilidades relacionados con los aspectos psicosociales en correspondencia con las demandas del quehacer profesional del médico general básico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Declaración de Alma Atá. Organización Mundial de la Salud, 1978.
2. Salas Perea, R.S. Competencia y desempeño profesionales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999, p.53-59.
3. Colectivo de autores. Programa de Especialización en Medicina General Integral. La Habana: MINSAP.1990; (1): 4-17.
4. Haq, C., Ventres, W., Hunt, V. y colab. Donde no hay médicos de familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo. Bol Oficina Sanit Panam,1996; 120 (1): 44-57.
5. WONCA. Desafíos para los sistemas de atención de la salud. 1996, p.17-43.
6. Díaz Novás, J., Guerrero Figueredo, A. Algunas consideraciones sobre la Formación de Especialistas en la Atención Primaria. Rev. cubana de Med Gen Integr. 1993;9 (4): 336-344.
7. Colectivo de Autores. Introducción a la Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001, p.50-141.
8. 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.
9. Jardines Méndez, B. Cuba: El reto de la Atención Primaria y la eficiencia en salud. Rev. Educ Med Sup.1995; 9 (1-2): 3-13.
10. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. Ministerio de Salud Pública; 1999.
11. 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.
12. Rojas Ochoa, F. La investigación en Salud en el Instituto Superior de Ciencias Medicas de La Habana. Rev. Educ Med Sup. 1988; 2 (2): 131-137.
13. Martínez Calvo, S. Opción pedagógica para el Análisis de la Situación de Salud en pregrado. Rev. cubana Educ Med Sup.1997;11(2):69-85.

14. Otero Iglesias, J. El Trabajo de Terminación de la Especialización de Medicina General Integral como reflejo del cumplimiento de la función de investigación. Tesis de maestría en Salud Pública;1999.
15. Spann, S.J. Family Medicine: a rational model for primary care around the world. *Fam. Community Health*. 1994; (17): 45-51.
16. Ilizástigui Dupuy, F. Formación del Médico General Básico en Cuba. *Rev. Educ Med Salud*.1991;25 (2):189-205.
- 17.WONCA. *Functional Status Measurement in Primary Care*. Berlin: Springer Verlag;1990.
18. Salas Perea, R.S. La Calidad en el desarrollo profesional. Avances y Desafíos. Congreso Nacional de Educación Médica: Reto del Siglo XXI. La Habana:1998.