

**Curso Especial de Posgrado en
Atención Integral para Médicos Generales**

**m ó d u l o
U N O**

**Bases para la
Atención Médica Integral en el
Primer Nivel de Atención**

**Caja Costarricense de Seguro Social
Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud
y Seguridad Social (CENDEISSS)
Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud**

**Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado (SEP)
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública**



Bases para la Atención Médica Integral / Oscar Villegas del Carpio; Alcira Castillo Martínez; Douglas Montero Chacón; Kristin Holthuis; Alejandro Álvarez Mora; Julia Freer Vargas; Fernando Vázquez Lizano. - 1 ed. - San José, Costa Rica, 2003.

114 p. : 21.5 x 27 cm
Incluye gráficos

Título de la colección:
Curso especial de posgrado en Atención Integral para Médicos Generales

ISBN: 9968-916-04-8

1. Atención integral 2. Modelo de atención. 3. Medicina Familiar y Comunitaria. 4. Práctica médica. 5. Caja Costarricense de Seguro Social, CCSS. 6. Costa Rica.

Comité Editorial

Ileana Vargas Umaña
Raúl Torres Martínez
Álvaro Salas Chaves
Carlos Icaza Gurdíán
Ma. Adelia Alvarado Vives

Equipo de Producción

Asesoría pedagógica y metodológica: Raúl Torres Martínez, Maria Adelia Alvarado Vives
Corrección filológica: Raúl Torres Martínez
Diseño y edición digital: Oscar Villegas del Carpio
Edición del sitio en Internet: Magally Morales Ramírez, BINASSS
Apoyo secretarial: Carmen Villalobos Céspedes, Dunia Masís Herra, Juan Manuel Sanabria Mora, Viviana Arroyo Viquez

Coordinación del Curso

Coordinación institucional por CENDEISSS
Carlos Icaza Gurdíán

Coordinación académica por UCR
Ileana Vargas Umaña

Colaboración en el Curso

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
Colegio Holandés de Médicos de Familia (NHG)
Proyecto Fortalecimiento del Sector Salud

Primera edición, 2003

© Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS)

Todos los derechos reservados

Prohibida la reproducción parcial o total de la obra sin la autorización previa de la editorial.

Las opiniones y contenidos de los módulos, no necesariamente evidencian la posición y las perspectivas de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

Autoría de contenidos

Oscar Villegas del Carpio
Alcira Castillo Martínez
Douglas Montero Chacón
Kristin Holthuis
Alejandro Álvarez Mora
Julia Freer Vargas
Fernando Vásquez Lizano

6	Presentación
7	Prefacio
8	Introducción
11	Primera unidad
	Introducción al Proceso Salud- Enfermedad
12	I. Conceptualización de Salud
12	A. El por qué del concepto tradicional de salud
15	B. La determinación social de la salud
26	II. Ámbitos de acción e intervención
26	A. Espacios de la reproducción social
28	B. La respuesta social de la salud
34	III. Referencias Bibliográficas
35	Segunda unidad
	Algunos Aportes a la Integralidad de la Atención de la Salud
36	I. Marco Legal Institucional
36	A. El modelo Readecuado de Atención de la Salud
38	II. Relación Salud e Integralidad
38	A. ¿Qué es la Integralidad?
42	III. Integración del Sistema Formal e Informal en la Atención de la Salud
42	A. Las Prácticas Informales de Salud conforman Sistema
43	B. Participación de Grupos Organizados
47	IV. Referencias Bibliográficas

48	Tercera unidad
	La Incorporación de los Elementos de la Atención Integral a la Práctica Médica
49	I. Características de la Atención Médica Integral
49	A. Características de la Práctica Médica Ambulatoria
54	B. La Atención Médica Integral en el Primer Nivel de Atención
60	II. La Medicina Familiar y Comunitaria
60	A. Dimensiones de la Medicina Familiar y Comunitaria
62	B. Concepto del Médico de Familia
63	C. Fundamentos de la Práctica de la Medicina Familiar y Comunitaria
72	III. El Trabajo con Familias y Comunidades
72	A. La Familia como sujeto y recurso en los problemas de salud
77	B. Ciclo de vida familiar y la orientación anticipada
79	IV. Referencias Bibliográficas
81	Cuarta unidad
	El Manejo de la Consulta Médica
82	I. La Relación Médico-Paciente
82	A. Las características de la Relación Médico- Paciente
87	B. Los Aspectos Básicos de la Comunicación
90	C. El Entorno de la Relación
92	D. El Impacto de la Comunicación No Verbal en la Relación Médico Paciente
93	E. La Razón Oculta de la Consulta
95	F. Algunos Aspectos Éticos y Legales de la relación
99	II. El Proceso de la Consulta
99	A. Los Procedimientos en la Consulta
103	B. Uso del ECOP
112	III. Referencias Bibliográficas

Presentación

Prefacio

El Curso ESPECIAL DE POSGRADO EN ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, es la respuesta que el CENDEISSS y el Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, en contrato con la Escuela de Salud Pública, de la Universidad de Costa Rica, implementan para actualizar adecuadamente los conocimientos teórico-prácticos del recurso médico en el primer nivel de atención.

La combinación de producción de material teórico-metodológico instrumental, representa uno de los ejes de desarrollo de la línea argumental de los programas de extensión docente de la Escuela. La articulación de herramientas e instrumentos para la atención médica integral con las necesidades y las oportunidades que generan los procesos de reforma son parte de una posición analítica y práctica frente a la problemática y avances de nuestro Sistema Nacional de Salud y el modelo de atención del primer nivel de atención.

En todos los casos los módulos -dada su integración- se vinculan y realimentan necesariamente, condición favorecedora de la metodología en uso (MOUSE), que permite que ninguno sea exhaustivo en el contenido que aborda sino con características de complementariedad.

Este esfuerzo se concreta en el conjunto de trece módulos elaborados por grupos de autores procedentes de los servicios de salud, de la CCSS, de la Universidad de Costa Rica y otras instituciones públicas, asesorados técnica y metodológicamente por la Escuela de Salud Pública. Este módulo de Atención Integral de Salud constituye el material didáctico básico del Curso, que desencadena el desarrollo del aprendizaje significativo en el proceso de trabajo y que junto con el segundo módulo: Promoción, prevención y educación para la salud, constituyen los ejes del curso.

Alcira Castillo Martínez
Directora
ESCUELA SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Introducción

El primer módulo del Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales, Bases para la Atención Médica Integral en el Primer Nivel de Atención tiene como propósito aportar algunos de los elementos teórico-prácticos básicos para facilitar la incorporación de la atención integral a la práctica médica del primer nivel de atención. La perspectiva empleada se fundamenta en la práctica de la Medicina Familiar y Comunitaria, como un eje transversal del Curso. El énfasis en las estrategias de promoción de la salud y prevención, constituye el otro eje transversal del Curso. Este módulo propone complementar la práctica médica actual con algunas herramientas que han demostrado ser de gran utilidad en el abordaje de las personas con problemas de salud.

La primera unidad introduce al proceso salud-enfermedad como punto de partida para el reconocimiento y aplicación los conceptos y estrategias relacionadas con la integralidad de la atención de la salud en el ámbito general. Se revisa la conceptualización de salud y su determinación social, anotando algunos de los ámbitos de acción e intervención.

La segunda unidad brinda algunos aportes para la aplicación de los conceptos y estrategias de la atención integral en las prácticas del cuidado médico, para lograr una mayor eficacia. El marco legal institucional, la relación salud e integralidad, y la integración del sistema formal e informal en la atención de la salud se describen en esta unidad.

La tercera unidad aporta algunos elementos teórico-prácticos básicos para orientar la práctica médica hacia una atención integral. Para este efecto, se desarrollan algunas de las características de la atención médica integral, de la práctica médica ambulatoria y del trabajo con familias utilizando los principios y fundamentos de la medicina familiar y comunitaria.

La cuarta unidad plantea una idea general acerca de la importancia de la aplicación de algunas herramientas para el manejo de la consulta médica orientada a la atención integral. Se destaca lo fundamental de la relación médico- paciente y el proceso de la consulta.

El módulo presenta algunos elementos de partida para la construcción del conocimiento a través de los aportes de los participantes en el Curso. Los contenidos se irán profundizando en los siguientes módulos a través del abordaje de los problemas de salud específicos, utilizando este primer módulo como uno de los pilares de referencia. La contribución, por medio de sugerencias y experiencias, es fundamental para la mejora de los contenidos del módulo, por lo que invitamos a hacernos llegar los comentarios y las observaciones.

Claves

**Objetivo
específico**

O

Ejemplo

Ej.

**Resumen
parcial**

Res.

**Conclusión
parcial**

Concl.

Objetivo General del Módulo Uno

Aplicar los elementos teórico- prácticos de la atención integral en la práctica médica del primer nivel de atención.

PRIMERA

U N I D A D

Introducción al proceso salud enfermedad

Objetivo general de la primera unidad

Reconocer y aplicar los conceptos y estrategias relacionadas con la integralidad de la atención de la salud para contribuir a la protección y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y las comunidades.

I. CONCEPTUALIZACION DE SALUD¹



Aplicar adecuadamente las acciones del cuidado médico de las personas y familias, en el primer nivel de atención en el marco de la nueva conceptualización de salud.

A. EL POR QUÉ DEL CONCEPTO TRADICIONAL DE SALUD

Se coloca en este apartado un material resumido de las concepciones que hoy existe sobre el **carácter complejo y multidimensional de la salud**. Estos avances recientes, se fundamentan en el desarrollo de una teoría, epistemología o paradigma de la producción social de la salud, cuyo objetivo es entender el proceso de salud enfermedad de los grupos sociales, en el contexto de los espacios poblacionales (territorios, comunidades) donde se reside y trabaja.

La salud es conceptualmente un proceso complejo que se construye social y biológicamente. Es difícil de definir por su carácter multidimensional como lo veremos más adelante, en este apartado.

Se incluyen algunos antecedentes históricos del modelo tradicional, para comprender la diferencia conceptual con el enfoque de la Producción Social de la Salud que se quiere privilegiar, y que está presente en la definición del nuevo modelo de atención de la salud de la CCSS y en la política de salud del país.

1. Algunos elementos científicos y políticos de la concepción tradicional de la salud

Por razones conceptuales no es fácil definir la salud. Su carácter histórico exige un análisis profundo contextualizado en tiempo y lugar, y, además en cuánto a su perspectiva cultural y social.

A continuación, se hace un breve resumen del origen histórico de la atención medicalizada de la salud.

¹ Los apartados I y II de la primera unidad de este módulo "Introducción al proceso salud-enfermedad", fueron tomados del artículo **Las Necesidades de Salud como Eje de la Defensa de la Integralidad y Equidad en la Atención de la Salud**, de Alcira Castillo M (en prensa, por publicar en el año 2003)

a. Concepción unicausal de la salud

Desde la aparición de la medicina científica en los siglos XVIII y XIX con el descubrimiento de los microorganismos y su asociación con las enfermedades, surge una nueva concepción que se apoya en la teoría de los gérmenes y que explica los problemas de salud según la relación agente-huésped. En otras palabras, el nacimiento de la microbiología justifica la **concepción unicausal de la salud** y fundamenta la atención de la salud en la ciencia biológica.

Hace tres siglos

Esta concepción de la salud también se expresaba en los lugares donde se atendía a enfermos. Es importante recordar que los hospitales eran lugares de asistencia, de caridad para los pobres, especialmente los moribundos.

b. Concepción biologista de la salud

Ese concepto, tan acuñado en los últimos tiempos para referirnos a la concepción tradicional o “antigua” de la salud, significa, precisamente, la exclusión de las causas sociales, económicas y psicológicas de la enfermedad.

Modelo de la historia natural de la enfermedad

Se fundamenta en el enfoque clínico: privilegia al individuo y la fisiopatología; la familia y el ambiente son datos que se suman a la anamnesis con escasa contextualización. Este modelo organiza las respuestas en la forma tradicional de atender la enfermedad; o sea, atiende el daño y sus indicios, el riesgo y la exposición a los riesgos.

**Separación
cuerpo-mente**

Se construye a partir del paradigma cartesiano o científico de la época. Este modelo de abordaje e intervención de la realidad establece sus prácticas, concepciones y métodos, en el pensamiento racional, analítico y en la acción instrumental.

Ese tipo de pensamiento es el que convierte a la ciencia y la objetividad en conceptos equivalentes; eso se expresó en la salud como la separación cuerpo-mente, sujeto-objeto.

Reduccionismo

En el campo de la medicina se instituyó como dominante un modelo de intervención sobre el cuerpo humano, que hace la división entre cuerpo y mente, y llevó a la medicina a tratar el cuerpo como una máquina que podría ser analizada en sus piezas (especialización, subespecialización). Así, la enfermedad pasó a ser vista como el mal funcionamiento de los mecanismos biológicos.

Esta es precisamente una de las críticas más grandes a la medicina moderna, que al concentrarse cada vez más en partes menores del cuerpo, redujo la salud a un funcionamiento mecánico, perdiendo frecuentemente de vista al paciente como ser humano total, sin tomar en cuenta las circunstancias no biológicas sobre los procesos biológicos; es decir, la compleja interacción con lo psicológico, lo social y lo ambiental.

La concepción biologista, término restrictivo de la salud, reduce el fenómeno de la enfermedad a relaciones de causa-efecto, y aunque en realidad tenga distinto origen remite la enfermedad siempre al nivel biológico y la resuelve al nivel clínico.

2. Institucionalización de la Medicina

La concepción tradicional de la salud, fundada como se observa en la “medicina científica”, inicia e impacta también a los hospitales que pasaron a ser locales de trabajo en salud, y se transformaron en instrumentos terapéuticos de aplicación de la ciencia biológica a la salud.

En el marco de este paradigma, toman auge impresionante los laboratorios que llegaron a tener un carácter estratégico en el conocimiento etiológico de las enfermedades y contribuyeron con el avance de las técnicas terapéuticas. Así mismo, ocurre con la industria farmacéutica y los equipos médicos (tecnología), que se valorizan en el plano mercantil a partir del siglo veinte.

Modelo Flexneriano

A principios de siglo XX (1910), el informe Flexner sobre la práctica médica en Estados Unidos y Canadá, entre sus recomendaciones más importantes, destaca la institucionalización de la medicina científica. Este hecho es el que determina su práctica a partir de un conjunto de elementos que se complementan con la concepción del Modelo Flexneriano¹; particularmente, el mecanicismo, la especialización y el individualismo.

La determinación biológica y los nuevos elementos son los precursores de la institucionalización de la atención de la salud en los hospitales. A partir de esta época y de ese modelo, los servicios de salud que hoy se conocen, se organizan como centros de trabajo, con procesos de trabajo fragmentados (Modelo de la sociedad industrial o Taylorismo).

Recursos Humanos y formación

Tiene origen en el modelo Flexneriano, con una influencia directa en toda la formación universitaria del personal profesional y técnico de la salud. En particular, la formación médica fue la más transformada, y con ello, también las prácticas médicas. Lo anterior se produjo en el mundo occidental y América Latina no fue la excepción.

B. LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD

1. Introducción de “lo social” en la salud

a. Articulación de lo social

Con la introducción de “lo social” se amplía el concepto de salud (o su ausencia) y de enfermedad (o su ausencia) a la conceptualización del proceso de salud enfermedad, en lo colectivo determinado por las condiciones

materiales de vida de las personas y grupos sociales; es decir, por las dimensiones de la reproducción social.

Ruptura con el modelo tradicional

Esto provocó en el campo de la medicina, una ruptura con los modelos reduccionistas biológicos, higienistas y con la epidemiología tradicional.

Relacionados con esta superación de concepto aparecen nuevos términos y en diferentes contextos históricos y sociales; con límites conceptuales poco definidos y confusos entre sí, como el de la Medicina Preventiva, Medicina Social, Salud Colectiva, pero que instituyen sus saberes y prácticas en la incesante búsqueda de la articulación del proceso salud enfermedad con las relaciones sociales (Arouca,, 1975).(Breilh, 1990)

b. Individualidad y subjetividad del ser humano

Lo social implica, no sólo las formas de reproducción social con su componente económico dominante, sino los elementos extra-económicos como la organización de la vida cotidiana, la sociabilidad, la afectividad, la sensualidad, la subjetividad, la cultura y el placer y otros aspectos de la experiencia social individualizada.

Singularidad de las personas

Es decir, la determinación no sólo es colectiva y social, es también individual aportada por el componente de la singularidad de las personas. Significa tomar en cuenta el componente subjetivo de cómo “caminar la vida”, cómo se percibe la salud y la enfermedad, cómo se incorpora el bagaje cultural para enfrentar problemas de salud y enfermedad.

2. La reproducción social de la salud

Esta concepción de la salud está centrada en las relaciones que se establecen en el proceso social de producción como determinantes de las desigualdades en el estado de salud de las personas, grupos sociales y comunidades.

Utiliza la categoría de **condiciones de vida** para explicar el proceso de salud - enfermedad desde la perspectiva estructural.

a. Niveles de la determinación social: modo de vida, condiciones de vida y estilos de vida.

El fenómeno de la salud se concibe en los tres niveles como una expresión del modo de vida (estilo y condiciones de vida), capaz de explicar juntamente con las condiciones de trabajo y del medio ambiente, el perfil epidemiológico de la población.

El modo de vida (concepto)

Integra los conceptos de condiciones de vida y estilos de vida para referirse a las formas favorables o desfavorables en que los hombres y las mujeres viven su existencia en la vida cotidiana, todo ello en función del ambiente y del medio social que los rodea.

Condición de vida (concepto)

Se relaciona fundamentalmente con la disposición de recursos materiales y culturales a que los grupos sociales tienen acceso, según su incorporación al proceso productivo de una sociedad.

Estilo de vida (concepto)

Se relaciona con las conductas o comportamientos individuales; producto, entre otros aspectos, de la pertenencia a un determinado grupo social, nivel educativo, gustos y preferencias. (Castellanos, 1990)

Los últimos dos conceptos, o sea, el estilo de vida y las condiciones de vida, con diferente jerarquía están condicionados, a su vez, por el modo de vida.

b. Relación dinámica

“El **modo de vida** de una sociedad y, por tanto, las **condiciones de vida** de los diferentes grupos que la integran, así como los **estilos de vida individuales**, son expresión en el espacio de la vida cotidiana de los complejos procesos que reproducen la existencia de las diferentes clases, grupos, estratos e individuos que la conforman”.

“Constituyen, en consecuencia, el tejido de procesos mediadores en los cuales se concreta la articulación de los complejos procesos sociales y biológicos que constituyen la vida de los hombres y, por tanto, la determinación de los fenómenos que conforman su vida real en una sociedad compleja y en un momento dado”. (Martínez, 1997).

c. Dimensiones del proceso de la reproducción social de la salud

La reproducción social de la situación de salud está determinada por las necesidades y problemas derivados del modo, condiciones y estilos de vida, y por las respuestas sociales a esas necesidades y problemas, para reducir su magnitud o modificar el impacto sobre la situación de salud, mediante acciones de salud y bienestar.

Por tanto, el fenómeno de salud en poblaciones humanas está biológica y socialmente determinado, lo que ocurre en los procesos de reproducción social de las sociedades, grupos e individuos.

Para explicar la situación de salud, desde el enfoque de condicionantes y estilos de vida, se privilegia la articulación con cuatro dimensiones de la reproducción social:

a¹. Procesos biológicos

La reproducción de procesos predominantemente biológicos

La primera condición para la existencia de sociedades, es la presencia del ser humano como especie, la reproducción de sus procesos biológicos y de su potencial biológico. El ámbito básico de estos procesos es la concepción, la embriogénesis, la gestación, el nacimiento, el crecimiento y el desarrollo. En estos se manifiesta la capacidad inmunológica y la herencia genética.

b¹ Procesos ecológicos

La reproducción de los procesos predominantemente ecológicos

El ser humano, al igual que los otros seres vivos, existe en el contexto de sus relaciones con otras especies y con el ambiente. Envuelve la interacción de los individuos y grupos con el ambiente residencial y de trabajo, y en la participación en sistemas ecológicos en un determinado territorio.

**c¹. Procesos
Conciencia
y conducta
o comporta-
miento**

**La reproducción de los procesos
predominantemente de conciencia y conducta o
comportamiento**

Las relaciones del ser humano con la naturaleza están mediadas por su conciencia, por su capacidad de percibir el mundo que lo rodea, de desarrollar concepciones, valores, hábitos y de organizarse y expresar sus sentimientos.

Estas formas de conciencia y conducta se reproducen en la sociedad mediante procesos e instituciones, tales como la familia, el sistema de educación formal e informal, la organización social y política de una sociedad, que expresan lo cultural, lo societal y lo comunitario.

**d¹. Procesos
económicos**

**La reproducción de los procesos
predominantemente económicos**

La constituyen las formas de organizarse y participar en la producción, distribución y el consumo de bienes y servicios. Es un componente fundamental de la vida humana. La subsistencia exige la producción de estos bienes y servicios mediante el trabajo.

La mortalidad por cardiopatías articula determinantes de las diferentes dimensiones:

Ej.1

- Modo de vida industrial
- Estrés ligado al ambiente laboral
- Herencia
- Sedentarismo
- Obesidad
- Fumado

Los problemas de salud mental articulan determinantes de las diferentes dimensiones:

Ej.2

- Se agravan por el crecimiento urbano y poblacional de las ciudades
- Desarraigo y aislamiento social
- Herencia
- Estrés

d. Otros elementos determinantes de la salud

Se reconoce que la organización social de la producción de bienes y servicios es generadora de desigualdades “per se” y que esa dimensión económica es dominante en la producción social de la salud; sin embargo, no se puede considerar como el único ni el principal factor determinante para explicar el proceso de salud-enfermedad.

Otros factores explicativos

Contribuyen a las desigualdades en las condiciones de vida y de salud:

- las relaciones de género
- las relaciones de etnia
- las relaciones generacionales

Estos factores, cuando se combinan con las relaciones de clase; y con otros aspectos de la condición socio-económica, como la pobreza producen y acentúan las diferencias en las condiciones de vida y de salud de las personas (Donnangelo, 1983).

Además,

Se reconocen otros factores dinámicos de la relación humana, que no se pueden reducir a relaciones de clase, que son también determinaciones que generan desigualdades sociales y de salud, entre ellas:

- las diferencias de status
- las diferencias de jerarquía
- las micro relaciones de poder a nivel de la familia y de las instituciones

Ej 3

La violencia doméstica, la violencia contra la mujer, los niños y las niñas, etc.

Homicidios, suicidios.

Son evidencia, en parte, del surgimiento de una cultura de la sobrevivencia, en especial de los pobres y las minorías; de la pérdida de los referenciales simbólicos, la desvalorización de la vida, el no reconocimiento del otro, etc.

3. Concepción ampliada de la salud

a. En relación con las condiciones de vida

Una definición de amplio espectro conceptual, es la siguiente:

“Es la resultante de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, renta, ambiente, trabajo y transporte, empleo, placer, libertad, acceso a la tierra, a la cultura y a los servicios de salud. Además, el resultado de las formas de organización social de la producción, las cuales pueden generar grandes desigualdades en el nivel de vida y de salud” (VIII conferencia Nacional de Salud, SUS, Brasil 1986).

b. En relación con la determinación individual

Por otro lado, una concepción de salud no reduccionista debe considerar el significado del individuo, del ser humano en su singularidad y subjetividad en la relación con los otros y con el mundo; o sea, la experiencia social individualizada en cada sentir, vivenciada en un cuerpo (biológico) es un condicionante definitivo en la producción de salud y enfermedad y en las formas de enfrentar y dar respuestas individuales, grupales y en la sociedad en general, tanto para curar la enfermedad como para mantener y promover la salud.

c. Concepción práctica de salud

La salud como hemos visto es conceptualmente un proceso complejo que se construye social y biológicamente. Es difícil de definir por su carácter multidimensional, tal y como se ha visto en este apartado.

**Concepción
subjetiva de
Salud y
Enfermedad**

Para efectos prácticos, puede decirse que la palabra salud no se define por ausencia de enfermedad, significa estar bien, “bien-estar”; significado relativo que depende de la percepción que las personas y los grupos sociales tengan sobre la salud y enfermedad.

Probablemente, influidos por el medio cultural y en función de que estos procesos se producen socialmente.

En el plano personal, la salud y la enfermedad son abstracciones necesarias para describir diferentes grados de fenómenos, que se producen en la interacción de los individuos con el medio que los rodea y con la dinámica interna de su propio cuerpo.

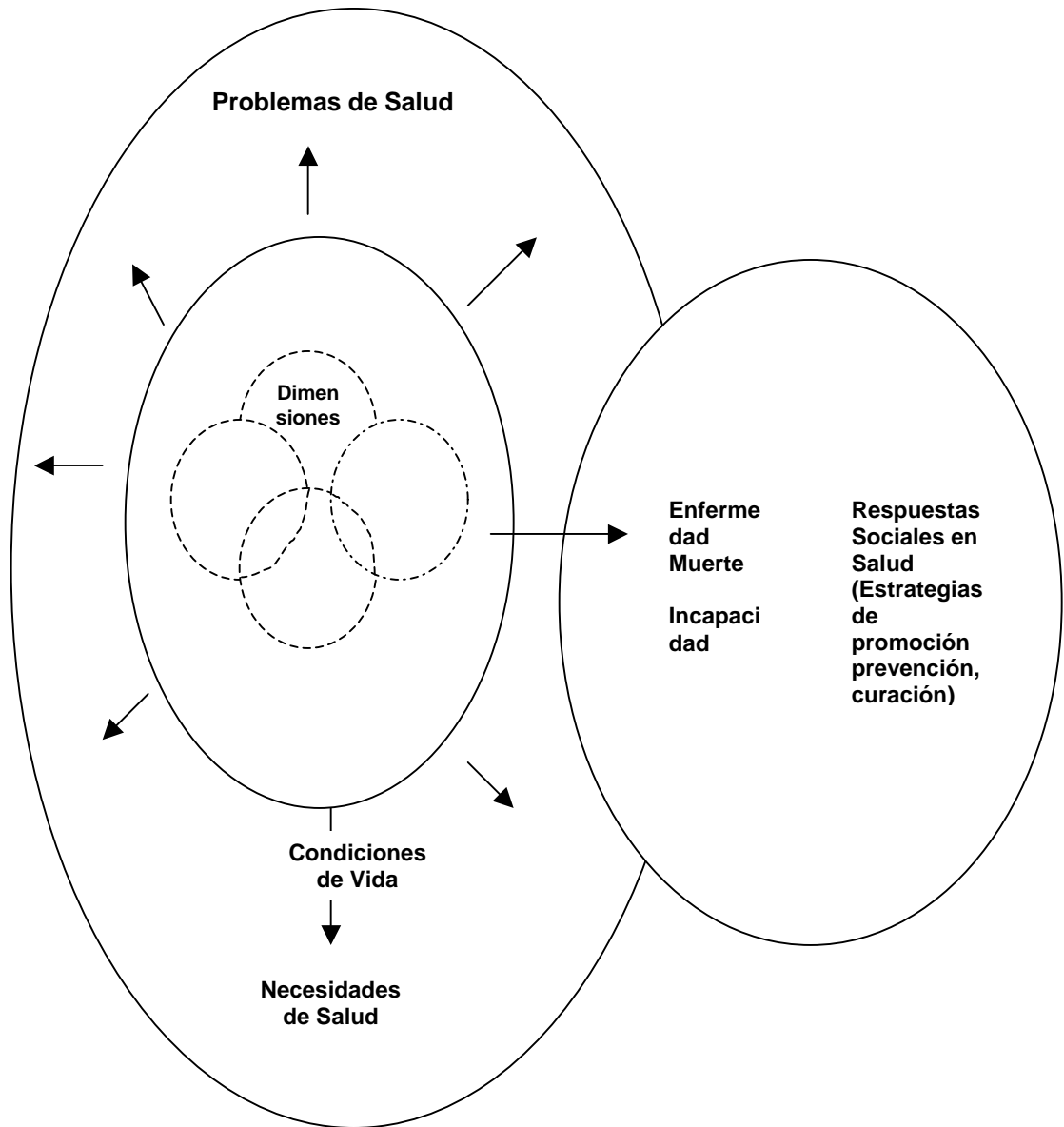
Ej 4

Individuos saludables- familias saludables:

En estos dos casos, “saludable” en el fondo se refiere a aquello que proporciona a los individuos y las familias, medios y ambientes favorables a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud y los servicios necesarios para ese fin.

Pero también, se aplica el concepto de saludable para casas, escuelas, ciudades, etc., a fin de representar que están bien, que gozan de condiciones materiales y ambientales óptimas para la vida humana, que protegen la salud.

Resumen del apartado B Reproducción Social y Respuesta a los Problemas de Salud



Concl.

El enfoque biólogo y la organización de la práctica médica en los hospitales según el modelo Flexner estimula la tendencia de medicalizar los problemas sociales y políticos, respecto de la salud.

Los problemas de salud se producen en la **sociedad, en los grupos sociales y en los individuos** (por eso debe entenderse que los problemas de la salud son colectivos, son sociales, entre los cuales se incluye la enfermedad, sin dejar de lado el componente biológico de lo individual, como es obvio).

El sector salud y los servicios de salud, también con su papel normatizador en la sociedad, contribuyen a la persistencia de ese modelo. En nuestro caso, el sistema de salud de Costa Rica, está haciendo esfuerzos organizativos y funcionales para cambiar el modelo bien llamado biólogo.

Ese esfuerzo requiere, no sólo la coherencia en la formulación de las políticas de salud y sus programas técnico-asistenciales, sino en la orientación de las prácticas de salud que desarrollan los profesionales y técnicos, en especial del primer nivel de atención, y aún más, en el tipo de gestión de las políticas que imponen los servicios de salud.

La existencia de la salud, que es física y mental está ligada a una serie de condiciones irreductibles unas de otras. Un concepto ampliado de salud debe considerar esta como resultante de las formas de organización social de la producción; o sea, la determinación social y de la determinación individual, en tanto seres humanos pensantes, subjetivos y con capacidad de tomar decisiones relativas y absolutas.

Pensar en salud hoy, implica considerar lo social que determina las condiciones de vida, y al individuo en su organización de la vida cotidiana, tal como se expresa, no sólo mediante el trabajo y el placer, sino en materia de la satisfacción de las necesidades humanas.

Concl.

Una conceptualización ampliada de salud, pasaría también, por pensar en la recreación de la vida sobre nuevas bases, de modo que la institución de la sociedad pueda atender plenamente la atención de las diferentes y singulares necesidades humanas.

El desafío es conocer y reflexionar sobre cuál salud producimos con nuestras prácticas.

El desafío, por tanto, no es sólo técnico, es también ético.

II. ÁMBITOS DE ACCIÓN E INTERVENCIÓN

0

Analizar los principales ámbitos de acción e intervención en salud.

A. ESPACIOS DE LA REPRODUCCIÓN SOCIAL

Las dimensiones de la reproducción social reseñadas en el primer apartado son contradictorias; esto, por cuanto en su interior y dinámica incluyen procesos que son conflictivos, favorables o desfavorables para la vida cotidiana de los grupos sociales y los individuos. Además, estos procesos favorables o desfavorables son mediadores para la producción de problemas de salud, que pueden ser modificados por las acciones de salud y bienestar que la sociedad desarrolla como respuesta.

A partir del modelo de la reproducción social de la salud, se identifican diferentes espacios- población (territorios) en que se analiza y se trabaja la realidad (en este caso el campo de salud) y se definen las estrategias de intervención salud pertinentes. Estas estrategias pueden abarcar a los individuos, los grupos sociales y/ o la sociedad en general.

1. Individuos

Este es el **espacio de lo singular**, las intervenciones se definen hacia las condiciones de salud de las personas o casos individuales, con particular interés en el estilo de vida de dichos individuos; aún cuando, estas intervenciones tienen impacto sobre las condiciones de vida y los perfiles de salud de los grupos.

En este espacio tradicionalmente se producen acciones con mayor énfasis orientadas a modificar los riesgos de morir o enfermar en los individuos. Estas intervenciones se desarrollan en todos los niveles de atención, con poco impacto en el primer nivel de atención y más relevancia en los otros niveles.

Ej.

Algunas estrategias dirigidas a individuos de alto riesgo de enfermar o morir, como:

- tratamiento del cáncer con radioterapia
- control prenatal del embarazo de alto riesgo
- toma de papanicolau en mujeres mayores de 35 años

2. Grupos sociales

Este es el **espacio de lo particular**; las intervenciones tienen impacto sobre la salud de los grupos sociales, se producen mediante las modificaciones de las condiciones de vida de los grupos humanos y en alguna medida, en los modos de vida. Estas intervenciones corresponden con mayor pertinencia, tanto en su planificación como su ejecución, al primer nivel de atención.

Ej.

Estrategias poblacionales como:

- la vacunación
- el control del dengue
- uso del preservativo para prevención del SIDA
- campaña contra la violencia doméstica

3. Sociedad en general

Este es el **espacio de lo general**, está determinado por lo macrosocial, por la política económica y la política de desarrollo social, que determinan el modo de vida de la sociedad. Las intervenciones en este espacio, en general no se diseñan implementan al nivel local por corresponder a acciones más de tipo político y estructural de nivel general (Castellanos, 1990).

Ej.

- Definición de políticas económicas, sociales y de salud
- Comedores escolares
- Fondos de compensación social
- Legislación en salud, como yodación y fluorización de la sal
- Prohibición del fumado en sitios públicos
- Uso obligatorio del cinturón de seguridad (paradójicamente en discusión en nuestro país, a la fecha)
- Reforma del Sector Salud
- La implementación de la estrategia de atención primaria de la salud en el modelo de atención de la salud.

B. LA RESPUESTA SOCIAL DE LA SALUD

En congruencia con la definición de una concepción ampliada de salud, que reconoce lo estructural de la determinación social de la salud y la participación del sujeto con sus individualidades, la respuesta social está soportada en la planificación de estrategias y la organización de intervenciones. Esto, desde la perspectiva de la integralidad para enfrentar las necesidades y los problemas de salud.

La respuesta social involucra acciones:

- estatales
- comunitarias
- grupales
- individuales

Se activan e implementan, según los intereses y prioridades de los actores sociales participantes; eso incluye a los servicios de salud y la orientación con la cual desarrollan la prestación; es decir, con estrategias de promoción, prevención, asistenciales o curativas y de rehabilitación

1. Vigilancia de la Salud

Se organiza en forma de intervenciones para dar respuesta al fenómeno de la salud- enfermedad. Constituye una práctica sanitaria con procesos de trabajo dirigidos al **control** de los daños, de los riesgos y de las causas determinantes (socio-ambientales) expresadas en las necesidades sociales de salud, en un territorio determinado.

El modelo de vigilancia de la salud contempla el proceso de salud-enfermedad en la colectividad, y se fundamenta en el análisis de situaciones de salud, la epidemiología y las ciencias sociales. Reconoce la reproducción social de la salud como el modelo para incorporar en el análisis los determinantes sociales.

En el marco de la vigilancia de la salud se origina el concepto amplio de **promoción de salud** con orientación hacia el mejoramiento de la calidad de vida. (Paim, 2000)

Según el decreto ejecutivo 30945-s, del 27 de enero del 2003 del Ministerio de Salud, el Sistema de Vigilancia de la Salud se define como:

“Desarrollo y aplicación de normas, protocolos, procedimientos y actividades, por los diferentes actores a través de los procesos de recolección, depuración, análisis de los datos y la divulgación de la información, para la planificación y elaboración de políticas, directrices, lineamientos, investigación y toma de decisiones a fin de lograr la mejoría y el fortalecimiento de la salud y la calidad de vida en cualquier escenario del ámbito nacional”. (Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud)

2. Vigilancia Epidemiológica

Conjunto de actividades y procedimientos sobre enfermedades, muerte y síndromes sujetos a vigilancia y a la notificación obligatoria que generación información sobre el comportamiento de los mismos, para la implementación de intervenciones en forma oportuna, a fin de lograr el control inmediato de dichos eventos. (Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud)

En Costa Rica, el sistema de vigilancia epidemiológica, actualmente esta integrado al sistema de vigilancia de la salud, en el decreto No. 30945-s; incluye el subsistema de notificación obligatoria de ciertas enfermedades, condiciones y lesiones.

La activación de un sistema de vigilancia epidemiológica ofrece las posibilidades de planificar intervenciones colectivas e individuales, para dar contenido a la estrategia de **Prevención de enfermedades.**

3. Atención en los servicios de salud

La atención de la salud en los servicios es la forma de respuesta social más conocida, la que institucionaliza muchas de las prácticas de la salud, ahí se concreta la responsabilidad estatal con la salud del público, y con énfasis en atención de los individuos. Esta respuesta es, por cierto, la que mayor financiamiento y costo requiere.

Organiza su oferta en niveles de atención según su complejidad: primero, segundo y tercer nivel para brindar acciones de salud, siendo las del primer nivel con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; el segundo, en la prevención y curación de enfermedades y el tercero, en la curación y rehabilitación de la enfermedad.

4. Salud Pública

a. Conceptualización

Esta forma de respuesta social como ámbito de prácticas en la salud pública contempla tanto la acción del Estado, en tanto su compromiso con la sociedad para la producción de ambientes y poblaciones saludables, a través de actividades profesionales y especializadas.

Esta área del saber fundamenta un ámbito de **prácticas interdisciplinarias, multiprofesionales, interinstitucionales e intersectoriales**, en la perspectiva de promover y proteger la salud con integralidad. (Paim, 2000).

En el campo de la salud pública el desarrollo científico y tecnológico incorpora importantes contribuciones de la epidemiología social, políticas y prácticas de salud, planificación en salud, y epistemología y metodología en salud (Samaja, 1994), (Laurell,1994), (Testa, 1995), y con ello estructura su respuesta social a la salud colectiva, con métodos, técnicas y prácticas que toman como objeto las necesidades sociales de salud. (citados por Paim, 2000)

Las prácticas de la salud pública, por tanto no se desarrollan sólo en modelo de salud pública institucionalizado, o como modo de organización de los servicios de salud.

La salud pública, tiene como objeto de intervención la salud del público: individuos, grupos étnicos, generaciones, clases sociales, poblaciones, etc.

Por tanto, la salud pública como campo de conocimiento de naturaleza interdisciplinaria contribuye con el estudio del fenómeno de salud-enfermedad en las poblaciones, investiga la producción y distribución de las enfermedades en la sociedad como procesos de producción y reproducción social, analiza las prácticas de salud (proceso de trabajo) en su articulación con las demás prácticas sociales.

En fin, procura comprender las formas con que la sociedad identifica sus necesidades y problemas de salud, busca su explicación y se organiza para atenderlos.

b. Objetos de intervención

En esta conceptualización, la salud pública privilegia cuatro objetos de intervención:

Objetos de Intervención

- Políticas: formas de distribución del poder.
- Prácticas: cambios de comportamiento, cultura, producción de conocimientos. Abarca las prácticas institucionales, profesionales y relacionadas.
- Técnicas: de organización y de regulación de los recursos y de los procesos productivos de manejo de las personas y los ambientes.
- Instrumentos: medios de producción en la intervención.

5. La Acción Comunitaria

Esta forma de respuesta social conlleva toda la gama de prácticas sociales para atender la salud en el espacio de lo comunitario, con sus agrupaciones, y organizaciones particulares, redes formales e informales y los actores sociales, influyen y promueven la salud. Este tipo de acciones varía entre las comunidades y por lo general está ligado al desarrollo que tenga la participación social para favorecer la construcción de ciudadanía en salud; es decir, la participación activa y democrática de los ciudadanos (as) en la toma de decisiones sobre la vigilancia de la salud, y la gestión de los servicios de salud.

Ej.

Las Funciones Esenciales de la Salud Pública, que promueve y regula el Ministerio de Salud de nuestro país.

Concl.

Los determinantes sociales de la salud pueden ser abordados, por lo menos, en los tres niveles en que produce la interacción del modo, las condiciones y estilos de vida, estas reproducen las necesidades y los problemas de salud, en los distintos espacios: el singular(individual), el particular (grupos sociales) y el general (la sociedad).

Estos tres niveles de interacción no deben ser entendidos como la influencia de procesos externos a la biología humana, lo cual llevaría a concluir, por ejemplo, que los problemas de salud y la enfermedad son la expresión biológica de los procesos sociales; deben ser entendidos, por el contrario, como los procesos a través de los cuales se reproducen los procesos biológico-sociales que se expresan en todos los ámbitos de la vida humana individual, grupal y colectiva.

La respuesta social a la salud es amplia e involucra diferentes actores sociales, intervenciones y enfoques para orientar la acción. Entre algunas de las respuestas señaladas, tiene una nueva concepción de integralidad el modelo de la vigilancia de la salud, el cual se menciona con mucha frecuencia pero, por lo general, con muy poca claridad conceptual y operativa.

No obstante este modelo, abre el panorama para la reflexión y exige la acción en lo referente a promoción de la salud a fin de mejorar la calidad de vida de individuos y las colectividades, más allá de las intervenciones clásicas de atención de la enfermedad.

La vigilancia epidemiológica favorece la organización de las acciones preventivas con su sistema de información para la acción y la salud pública enfatiza el compromiso del Estado con la sociedad al implementar prácticas integrales para enfrentar la enfermedad y promover la salud. La atención en los servicios de salud pone a disposición una oferta de servicios en tres niveles de atención, éstos tienen sus propios programas de atención y énfasis, tal y como se mencionaron.

La acción comunitaria, es mucho más variada, espontánea y reproduce pautas culturales y de organización hacia el cuidado de la salud. Además, existen otros tipos de respuestas que operacionalizan las estrategias de prevención, las asistenciales y curativas, así como las de rehabilitación, según los distintos espacios población.

Referencias Bibliográficas

Arouca, S. **O Dilema preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva.** Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, Brasil. 1975.

Breilh, J., et al. **Deterioro de la vida.** Corporación Editora Nacional. Quito, Ecuador. 1990.

Castellanos, P L. **Sobre el concepto de salud y enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud.** Bol. Epidemiológico. OPS. 1990; Vol. 10 No. 4.

Donnangelo, C. **Saúde e Sociedade,** Editorial Abrasco. Río Janeiro, Brasil. 1983.

Evans, Robert, et al. **Why are some people healthy and others not?. the determinants of health of populations.** Ed. Theodore R. IV Series, 1994. Págs.27-64, 217-230.

Illich, I. **Nemesis Médica: La Expropiación de la Salud.** Barcelona: Barral Editores, S.A., 1975.

Kadt, Emanuel; Tasca, Renato. **Promover la equidad. Un nuevo enfoque desde el sector salud.** OPS/OMS. Washington, 1997.

Paim, Jairnilson et al. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Editorial Casa Qualidade. 2000.

SEGUNDA

UNIDAD

Algunos aportes a la integralidad de la atención de la salud

Objetivo general de la Segunda Unidad

Aplicar los conceptos y estrategias de la atención integral de la salud en las prácticas del cuidado médico en la atención de la salud de las personas, para lograr mayor eficacia en la promoción, prevención y curación de los problemas de salud.

I. MARCO LEGAL INSTITUCIONAL²



Conocer algunas normativas sobre la integralidad de la atención en salud

A. EL MODELO READECUADO DE ATENCIÓN DE LA SALUD

El modelo de atención de la salud del primer nivel de atención se readequa como producto del proceso de modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Ese proceso se inicia en el marco de la Reforma del Sector Salud e incluye, entre otros aspectos, directrices, conceptos y criterios de calidad innovadores y antes poco explícitos en las disposiciones formales; entre ellos, el de la atención integral de la salud (AIS).

Esa directriz de integralidad amplía el sentido comúnmente restringido del sistema de salud y su modelo de atención reducido a la dimensión asistencial. Además de las curativas, propone acciones relativas a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la rehabilitación.

El mandato, sin duda, garantiza la organización del sistema de salud con servicios y acciones para la protección de la salud de todos y todas.

1. Ley No. 7441

En la actualidad esta perspectiva de lo integral en salud se observa formalmente en la Ley de Modernización del Sistema de Salud, No.7441, promulgada en diciembre de 1993. Este instrumento legal que se sustenta y rige por los principios de universalidad y solidaridad, se expresa en la equidad del sistema en cuanto al acceso a la salud como un derecho de las personas, en la política pública de la seguridad social.

² Los apartados de I, II y III de la unidad Algunos aportes a la integralidad de la atención de la salud, se toman del artículo Las Necesidades de Salud como Eje de la Defensa de la Integralidad y Equidad de la Salud; de Alcira Castillo M (en prensa por publicar en el año 2003)

2. Misión Institucional en la CCSS

De igual forma la misión institucional también incorpora los conceptos de integral e integralidad para referirse al tipo de atención que debe brindarse.

A la letra dice:

"Proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense, mediante:

- El respeto a las personas y a los principios filosóficos de la seguridad social: Universalidad, Solidaridad, Unidad, Igualdad, obligatoriedad y equidad.
- El fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el trabajo en los funcionarios de la Institución.
- La orientación de los servicios a la satisfacción de los clientes.
- La capacitación continua y la motivación de los funcionarios.
- La gestión innovadora, con apertura al cambio, para lograr mayor eficiencia y calidad en la prestación de servicios.
- El aseguramiento de la sostenibilidad financiera, mediante un sistema efectivo de recaudación.
- La promoción de la investigación y el desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión administrativa".

Concl.

En este marco legal es importante considerar que las decisiones y políticas institucionales responden a un marco de regulación estatal; es decir, no se trata de externalidades a nuestro sistema político y democrático, sino la existencia de coherencia política

II. RELACIÓN SALUD E INTEGRALIDAD



Utilizar los conceptos y prácticas de la atención integral en el trabajo diario con las personas sanas y enfermas.

A. ¿QUÉ ES LA INTEGRALIDAD?

1. Criterio de Calidad

No resulta difícil deducir que si la salud es el bienestar que se logra individual o colectivamente por el conjunto de acciones dirigidas con ese propósito y con abordaje intersectorial, estas acciones deben relacionarse, entonces, con el desafío de la atención integral de la salud (AIS) y la integralidad en su gestión en salud.

Por tanto, es preciso aclarar esa directriz institucional como criterio de calidad en el desempeño de los servicios de salud, en la protección de y por la calidad de la vida.

En esta unidad introductoria se intenta colocar el tema de la integralidad y al mismo tiempo, los cuestionamientos respectivos para activar el pensamiento en nuevas direcciones.

Interrogantes

¿Es la integralidad un camino por recorrer o un punto de llegada?

¿Pertenece la atención integral de la salud a la ética del cuidado o a la racionalidad en la construcción de las políticas?

¿De qué forma el paciente, usuario es escuchado y se atiende cuando se aplica integralidad de y en la atención de la salud?.

No se aspira a dar respuesta al conjunto de estas y otras cuestiones pero es posible plantearse las reflexiones necesarias, para repensar el discurso y el quehacer en salud. Por ello; se da énfasis a la integralidad como criterio de calidad y a su aplicabilidad a la atención médica de las personas.

2. Conceptualización y abordaje

Para aclarar el concepto de integralidad de la atención de la salud se pretende que esta sea comprendida como un proceso en construcción que envuelve diversos actores sociales. En el ámbito de las estrategias y acciones se implementa por medio de los entrelazamientos en los que participan los trabajadores de la salud, los grupos sociales y la comunidad en general; por ejemplo, en la gestión de los EBAIS y Equipos de Apoyo para la construcción social de la salud local.

Noción de Integralidad

Incluye:

- a. La articulación de los saberes y prácticas de los distintos profesionales; es decir, con la interrelación de sus acciones se puede garantizar una atención más completa de la salud.
- b. Una nueva división y organización del proceso de trabajo en salud.
- c. Una mayor valorización del trabajo en equipo.
- d. La utilización del enfoque interdisciplinario, sumamente vinculado con los aspectos anteriores. (Campos, 1991)

3. Principio de la política pública

Los principios o “nortes” de un modelo de atención de la salud que declara la integralidad, implican entonces:

1. La gestión democrática para construir la salud
2. La salud se constituye en un derecho de la ciudadanía
3. Los servicios públicos se orienten a asegurar la mayor calidad de vida, individual y colectiva. (De Mattos, 2001)

4. Complementariedad

La integralidad en la atención de la salud requiere la complementación de acciones de promoción, prevención y de curación y rehabilitación. Algunas consideraciones conceptuales y operativas se mencionan al respecto.

a. Requisito del cuidado médico y de la clínica

La gestión de la atención médica conservadora y de corte patocéntrico no evidencia, por sí sola, suficiente capacidad para producir salud; pero, ¿cómo se podría asegurar el tratamiento y cuidado de las enfermedades, lesiones y condiciones sin acciones médicas, sin la clínica y sin la participación de las diferentes profesiones de salud?.

Además, el abordaje de la atención debe tornarse holístico, a fin de que amplíe e integre a la persona como un todo, en su dimensión física biológica, con su bagaje cultural y social, producto de su pertenencia a una familia y a una comunidad; cada uno con su historia y condiciones de vida.

Es esto y no otra cosa, lo que puede entenderse como biopsicosocial en la práctica clínica; es decir, se trata de la atención integral en el cuidado médico de los individuos para prevenir y curar la enfermedad y promover la salud. (Pinehiro, 2001)

b. Requisito en la gestión de salud pública

El control colectivo de los daños a la salud, la aplicación de las técnicas epidemiológicas y de educación en salud, por sí solas tampoco producen salud sin la atención de tipo asistencial, curativa.

No se puede negar la necesidad de las decisiones de la gestión de la salud pública y la práctica de la vigilancia de la salud para que la población se sienta efectivamente atendida y segura en sus necesidades y problemas de salud. (Luz Madel, 2000)

Concl.

La **atención integral** como concepto es el saber y la práctica de la clínica, en conjunto con el saber y la práctica epidemiológica, ambas prácticas articulan una dimensión de complementaridad sin dicotomizar la acción preventiva de la curativa y sin excluir la promoción.

La conceptualización sobre la integralidad en salud, vista desde la perspectiva de mejoramiento de la calidad de la vida, debe comprenderse como un esfuerzo por explicar los determinantes sociales de las necesidades y problemas en salud, (complejos y poco estructurados) y atenderlos según los distintos grupos sociales, dadas sus características singulares que no pueden ser estandarizadas.

Por lo tanto, el enfoque comunitario y la participación social en el modelo de atención del primer nivel, no se reduce a que las personas participen en la gestión de los servicios. En el mejor de los casos, es preciso que se sientan representados (as) en las Juntas de Salud, tomen decisiones colegiadas, opinen sobre la calidad de los servicios, demanden en las contralorías de servicios, etc. Todo ello en el marco de la concepción de la persona como un todo biológico y social que funciona en un contexto social y cultural determinado.

III. INTEGRACIÓN DEL SISTEMA FORMAL E INFORMAL EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD.



Incorporar en la integralidad de la atención y la gestión de salud la relación de las prácticas de salud formales o institucionales con las prácticas de salud del ámbito doméstico y de la atención alternativa.

A. LAS PRÁCTICAS INFORMALES DE SALUD CONFORMAN SISTEMA

1. La integralidad en el sistema de salud

La integralidad en la atención de la salud individual, familiar y comunitaria, desde la gestión del sistema de salud, en nuestro caso, el Sistema Nacional de Salud, supone la incorporación de:

- a. Acciones de salud del sistema formal, esto quiere decir, la atención médica profesional organizada institucionalmente.
- b. El campo de acción de las prácticas formales se expresa en esencia en las políticas de salud, en el personal y en los servicios salud públicos, como los de la CCSS y en los de tipo privado, como la Clínica Bíblica, el Hospital Cima, o cualquier organización no gubernamental (ONG) que brinde servicios de salud, etc.
- c. Acciones informales producto de las prácticas sociales arraigadas en la cultura de las comunidades para cuidar la salud individual y colectiva; es decir el autocuidado.
- d. El campo de acción de las prácticas informales de salud que se manifiesta tanto en el ámbito doméstico y familiar, como sucede con la atención que podemos recibir por nuestros parientes cercanos, amigos o vecinos etc.; como en el comunitario con sus redes de apoyo, grupos específicos, etc. A eso se le llama “medicina alternativa” o “atención alternativa”, con sus formas rituales y privadas.

2. El reconocimiento de lo cultural en salud

El mundo de lo cultural

Está presente en cada comunidad y grupo social, incluye el conjunto de saberes, tradiciones, costumbres, valores, etc. En el campo de salud, muy especialmente las diferentes culturas incorporan todo su acervo cultural para cuidar de su salud. (Perdiguero, 2000)

Cuando en los servicios de salud se reconocen y se respetan esas particularidades y desde las prácticas de los servicios de salud se promueve ese acercamiento entre el personal (profesionales y técnicos) y las personas con su propia extracción social y cultural, se produce una mayor eficacia en la atención de las enfermedades, condiciones y lesiones.

Algunos autores denominan la integración entre la medicina formal, las prácticas informales y la medicina alternativa, como “medicina holística”, entre ellos el Dr. Juan Jaramillo Antillón en su libro “Historia y Filosofía de la Salud y la Medicina”

Actitud Integradora

Es positiva y mejora la relación terapéutica, logra mayor éxito en la adhesión de las personas al tratamiento al incorporar la visión de mundo, el imaginario que con respecto a salud poseen culturalmente las personas y las comunidades; en general se le llama **cuidado lego** o **prácticas tradicionales, populares**, etc. (H. Encinas, citado por Perdiguero, 2000)

B. PARTICIPACIÓN DE GRUPOS ORGANIZADOS

La integración del sistema formal e informal en la atención de la salud implica incorporar en las estrategias y acciones a los actores sociales necesarios para prevenir y atender la enfermedad, así como promover la salud.

Esta característica de la gestión de la salud contribuye a que las intervenciones y la respuesta social tengan mayor impacto y arraigo social. Sin duda, ese factor garantizará la sostenibilidad de las acciones, dándoles también el carácter intersectorial que se requiere en la construcción social de la salud.

1. Actores sociales

Es importante reconocer que los actores sociales son personas físicas u organizaciones que tienen **poder de influencia en la toma de decisiones** políticas, técnicas u operativas, de cualquier naturaleza o campo de acción. (Castillo, 2001)

Ej.1

Actor individual físico: sacerdotes, maestras (os), directores (as) de escuela colegio, etc. presidentes de asociaciones de desarrollo, de una junta de salud, alcaldes, síndicos, diputados, directivos de servicios de salud privados, líderes de cualquier organización reconocida, etc.

Ej.2

Actor colectivo: partidos políticos, sindicatos, asociaciones, ONGs, empresas públicas o privadas, Municipalidad, regiones del Ministerio de Salud, de la CCSS, Áreas de Salud, etc.

2. Actores sociales del campo de salud

La delimitación de actores en el campo de la salud nos introduce en la referencia de un capital simbólico en la lucha por su apropiación; esto es, los actores construyen su identidad en el interior del campo de sus propias organizaciones, en que ellos establecen sus relaciones de poder, tienen intereses y capacidades específicas y están en condiciones de defender modelos de organización sectorial pública y privada.

Ej.

Los principales actores identificables al interior del sector salud son, sin duda, los que tienen a su cargo los organismos específicos del aparato estatal, los que representan a los beneficiarios de la seguridad social, las corporaciones gremiales médicas, de enfermería o de otras profesiones, etc.

3. Actores en los niveles locales

La construcción social de la salud en los niveles locales, involucra a los actores sociales interesados que desarrollan su praxis en campos conexos con la salud, con sus ideologías sobre el cuidado de la salud y hacen efectiva también la participación social.

Ej.1

- Grupos gubernamentales organizados como Movimiento Nacional de Juventudes, etc.
- Grupos no gubernamentales como PANIAMOR, Hogares CREA, etc.
- Grupos voluntarios como la Cruz Roja, Alcohólicos Anónimos, damas voluntarias, etc.
- Las redes formales como las Juntas de Salud, etc.

Concl.

El paradigma de producción social de la salud para el estudio de las situaciones de salud, según condiciones de vida, Castellanos (1991) y el presentado por Méndez (1996), permite cuestionar el concepto de sector salud como una parte aislada de la realidad social.

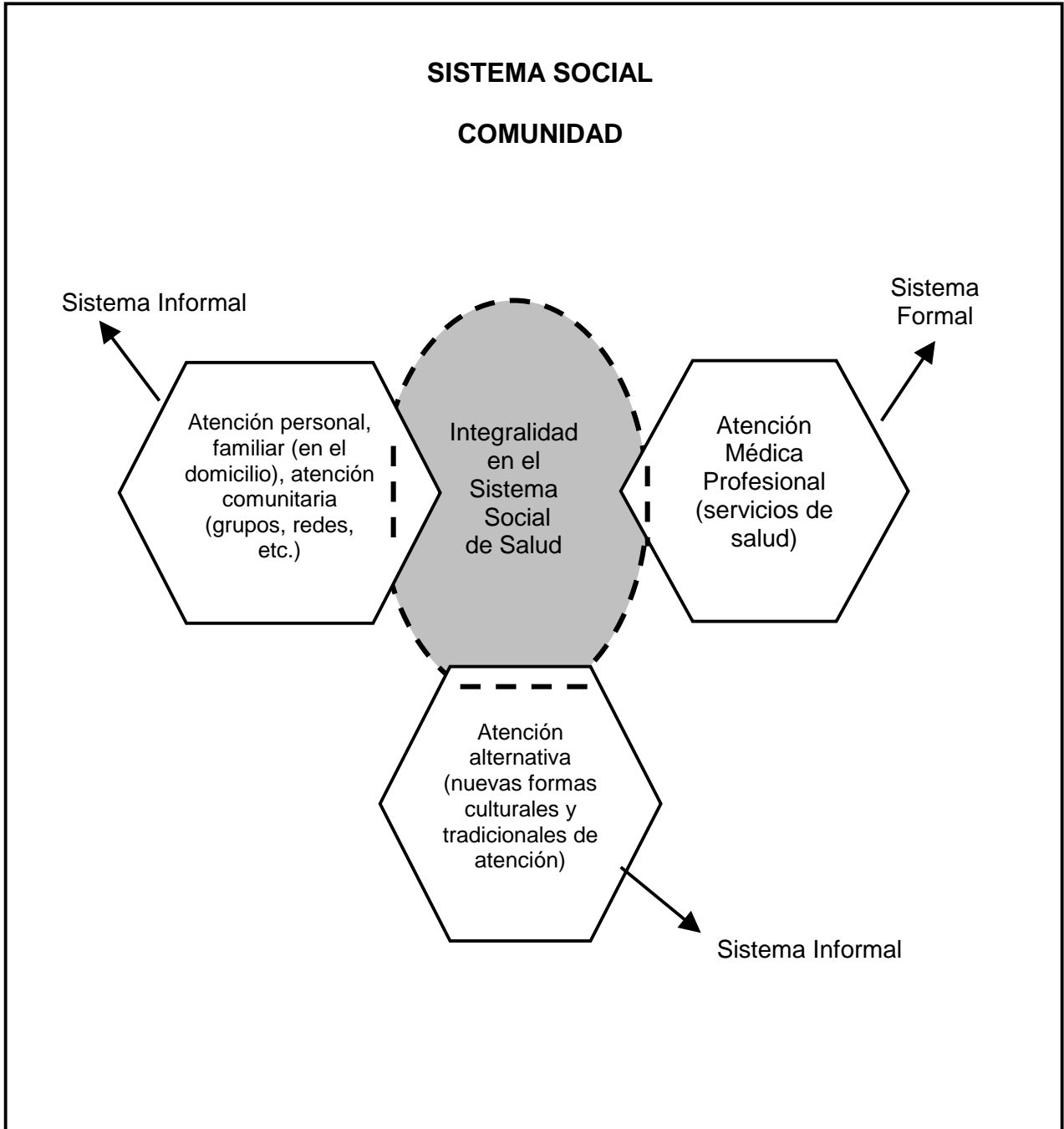
La vida como proceso social y como experiencia concreta no puede ser fragmentada. La realidad se presenta por entero, con vivencias subjetivas en el cuerpo y en las relaciones sociales. La producción social de la salud, además de dar cuenta de la conceptualización de la salud como un estado en permanente transformación, confirma que un sector salud no está aislado ni es autónomo; es el resultante también de hechos y procesos económicos, políticos, ideológicos y culturales.

La Salud es parte integrante del bien-estar social. La Salud no es la medicalización de la vida, como muy bien lo afirma Ivan Illich (1975).

La integralidad implica necesariamente que el sistema de salud conformado institucionalmente (proveedores, personal y políticas), reconozca la participación en salud de la comunidad como ente vital con prácticas autóctonas, de tradición en las familias y personas relativas al autocuidado, redes de apoyo, prácticas y saberes populares que existen, coexisten e interactúan con las acciones formales de atención de la salud dirigidas a las personas y a los colectivos poblacionales.

Figura No. 2

**Resumen General Segunda Unidad
INTEGRALIDAD EN LA ATENCIÓN Y LA GESTIÓN DE LA SALUD**



Referencias Bibliográficas

Campos, G. **La salud pública y la defensa de la vida.** Editorial Hucitec. Sao Pablo, Brasil. 1991

Castillo, Alcira, et al. **Módulo Participación Social en Salud.** CENDEISSS, CCSS. Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica, 1998.

Castillo. A. **Representación de intereses en la Caja Costarricense de Seguro Social: Sindicalismo médico 1993 a 1996.** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica. 2001 (Tesis Maestría)

De Mattos, R. **Os sentidos da integralidade: Algumas reflexiones.** Abrasco. Río Janeiro, Brasil. 2001.

Ferla, Alcindo, et al org. **O fazel em saúde colectiva: inovacoes da atencao a saúde no Rio Grande do Sul.** Editorial Dacasa, Porto Alegre, Brasil. 2002.

Haro, J. **“Cuidados profanos: una dimensión ambigua de la atención de la salud”**, en Perdiguero, E. (eds), *Medicina y Cultura.* Editorial Bella Terra. Barcelona, Madrid. 2000.

Jaramillo, J. **Historia y Filosofía de la Salud y la Medicina.** Editorial EDNASSS. San José, Costa Rica. 2002.

Luz, M. **As novas formas da saúde e a saúde en forma: prácticas e representacoes culturais.** Abrasco (mimeo, 2000)

Martínez, F. et al. **Salud Pública.** Ed. McGraw Hill - Interamericana. Págs.87-92.

Mehry, Emerson. **A saúde pública como política.** Editorial Hucitec. Sao Pablo, Brasil. 1992.

Méndez, E. **Uma agenda para a saúde.** Editorial Hucitec. Sao Pablo, Brasil. 1996.

Perdiguero, E. et al. **Medicina y Cultura.** Editorial Bella Terra. Barcelona, España. 2000.

Pinheiro, R., et al. **Os sentidos da integralidade na atencao e no cuidado a saúde.** Editorial Abrasco. Río Janeiro, Brasil. 2001.

Silva, A. **Modelos Tecnoasistenciales en salud: Un debate.** Facultad de Medicina Sao Pablo, Brasil. (Mimeo). 1998.

TERCERA

U N I D A D

Elementos básicos de la atención integral en la práctica médica

Objetivo general de la Tercera Unidad

Orientar la práctica médica hacia una atención integral Incorporando los elementos teórico prácticos básicos.

I. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCION MÉDICA INTEGRAL

"...Trabajar en la práctica general amplía la mente y hace humilde al alma.

Es muy diferente al mundo protegido de la práctica hospitalaria.

Es como si, en la práctica general, el trabajo se desarrolla en el hábitat natural de la jungla, buscando y asechando nuestra presa en su propio ambiente, mientras que los colegas hospitalarios tienen que funcionar detrás de las barras de un zoológico, manejando pacientes y enfermedades en una situación altamente artificial."

John Fry, 1977



Revisar el rol del médico generalista en la atención medica integral del primer nivel de atención.

A. CARACTERÍSTICAS DE LA PRÁCTICA MÉDICA AMBULATORIA

La práctica médica ambulatoria del primer nivel de atención tiene características distintivas que condicionan el abordaje de los médicos generalistas a sus pacientes.

La práctica médica (concepto)

La práctica médica se refiere a las acciones de cuidado de la salud que realiza el médico.

Es importante diferenciar la práctica médica de la práctica clínica, en que las acciones las realiza el médico o cualquier otro miembro del equipo de salud, incluyendo enfermeras, asistentes técnicos de atención primaria (ATAPS), y otros profesionales no médicos.

1. Los cuidados ambulatorios

El manejo de un problema de salud en el cuidado ambulatorio involucra mucho más que solo el diagnóstico y el esquema de tratamiento. También requiere de una percepción de todos los factores que pueden ayudar o complicar la recuperación de un individuo de la enfermedad.

Esto requiere de la consideración de las creencias, la situación cultural, las expectativas personales y la herencia. El médico generalista debe reconocer los efectos que tienen sobre una enfermedad los factores espirituales, intelectuales, emocionales y sociales del paciente.

Paciente ambulatorio (Definición)

“Es una persona que se presenta a servicios personales de salud, que no está en cama ni se encuentra admitido en una institución de cuidados de salud”.

Cuidados ambulatorios (Definición)

“Son servicios de salud brindados a personas bajo su propia conciencia, cada vez que no están en un hospital u otra institución de cuidados en salud”

United States National Ambulatory Medical Care Survey.

Es importante enfatizar que en los cuidados ambulatorios los pacientes (además de los miembros de su familia o personas designadas) tienen mayor responsabilidad en el cuidado de la salud, lo que implica que están a cargo de:

Responsabilidad del paciente ambulatorio

- La administración de la mayoría o todos sus medicamentos.
- El monitoreo de síntomas y del estado funcional.
- La adaptación de sus actividades a las limitaciones de su enfermedad.
- La decisión de cómo enfrentarse a nuevos problemas cuando se susciten.

Estas características tienen implicaciones importantes para el primer nivel de atención.

Ej.

Los pacientes usualmente intentan diagnosticar y tratar sus síntomas antes de visitar a los servicios de salud.

Este autocuidado, previo al cuidado profesional, es un procedimiento en el cual está claro que el paciente, y no el equipo de salud, toma las decisiones en el ámbito de la medicina ambulatoria.

2. Los pacientes ambulatorios

El médico debe explorar las características individuales del paciente, ya que determinan la forma en que manejarán los problemas de salud antes de consultar con el médico.

Ej.

Las personas cuidadosas, preocupadas y atentas a sus problemas usualmente tienden a seguir los consejos en salud del equipo de salud, lo contrario sucede con las personas temerosas, descuidadas o desordenadas.

Los pacientes ambulatorios tienen una serie de expectativas y necesidades, que esperan les sean resueltas por el médico.

Las inquietudes de los pacientes ambulatorios no son siempre evidentes, o fáciles de identificar. En algunos casos, pueden estar confundidos o no tener claro cual es el problema que presentan. Los pacientes frecuentemente consultan por mitos que deben ser aclarados antes de que el cuidado adecuado pueda ser instaurado. Muchas veces, es difícil conocer cuál es la agenda del paciente a menos que el médico haga un esfuerzo consciente para descubrirla. Si se practica el cuidado centrado en el paciente, hay un reconocimiento de que el médico y el paciente tienen diferentes agendas.

Las necesidades del paciente ambulatorio van desde un examen físico de rutina, cuando el paciente se siente bien, con el objeto de identificar factores de riesgo potencial, hasta un problema que requiere una referencia a una o más disciplinas muy especializadas con recursos técnicos altamente desarrollados.

3. Los médicos que brindan cuidados ambulatorios

El médico generalista, por las características del cuidado ambulatorio y de los pacientes ambulatorios, visualiza a los individuos como un todo, en el contexto de todas sus necesidades. Por lo cual requiere del desarrollo de actitudes, habilidades y destrezas, para poder escuchar al paciente, lograr una adecuada interpretación de la sintomatología o molestias, y brindarle diagnósticos

satisfactorios y alternativas de solución a los problemas con los recursos disponibles.

La efectividad con que un médico brinda cuidados ambulatorios, depende, en gran medida, del grado de involucramiento adquirido durante el entrenamiento y la práctica.

La medicina generalista, con perspectiva integral, considera todos los factores a su alcance cuando diseña un plan diagnóstico o terapéutico. Otros proveedores de cuidados en salud también estarán involucrados en los cuidados del paciente, pero los médicos generalistas son los que proveen el acceso a estos cuidados, y sirven como la puerta de entrada al sistema de salud.

El médico del primer nivel de atención (el médico generalista), provee la mayor parte del cuidado médico en el espacio población del cual es responsable. El médico generalista puede tener a su cargo el cuidado del 90-95% de los problemas que le son llevados por sus pacientes.

Ej.

El estudio de Kerr White, revisando el cuidado de pacientes en E.U.A. y Gran Bretaña, encontró que en un mes dado, de los 1.000 adultos que viven en una comunidad, 750 reportaron una enfermedad o lesión, 500 de los cuales manejaron el problema solos sin acudir a los servicios de salud.

De los 250 que visitaron a un médico, 235 recibieron todo el cuidado en los servicios de salud primarios, nueve fueron admitidos a un hospital, cinco requirieron una consulta con especialista, y uno fue referido a un hospital universitario.

El equipo de salud del primer nivel (EBAIS y Equipos de Apoyo), en la mayoría de los casos, es el vínculo inicial entre los pacientes ambulatorios y los servicios de salud. El médico generalista es una pieza clave por el apoyo que brinda al paciente.

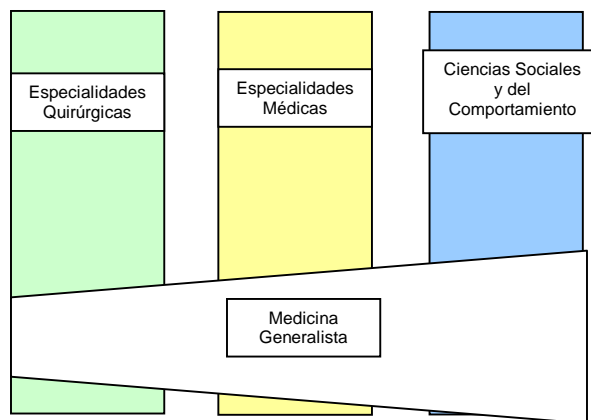
Este equipo del primer nivel de atención, no solo, brinda apoyo al área de salud, sino que también, apoya las acciones de soporte referidas del segundo y tercer nivel. Este trabajo interdisciplinario y coordinado favorece la integralidad de la atención, y facilita la resolución de problemas del paciente, su familia y, en algunos casos, de la comunidad.

Ej.

Equipo interdisciplinario del área de salud que, junto con el EBAIS, brinda cuidados paliativos a los pacientes con enfermedades terminales en el hogar.

La atención ambulatoria involucra niveles de conocimientos en varias disciplinas. Un médico que brinda atención ambulatoria, debe aplicar conocimientos y habilidades de diferentes grados en cada área de especialidad, lo que depende de la prevalencia de los problemas encontrados en la práctica diaria y del grado de habilidades, necesario para convertirse en un excelente clínico.

Figura No. 1
Alcance de la práctica especializada y la generalista



Adaptación de Shires, 1986

En la figura No. 2 se ilustra cómo la medicina generalista **integra** las diferentes disciplinas, lo que permite una mayor capacidad de resolución en su área de acción. Un médico que se especializa en una sola disciplina, tiene una base mucho menos profunda para la atención integral y mucha mayor profundidad en la disciplina. El especialista es un excelente recurso de consulta en su área específica, pero no siempre puede funcionar adecuadamente como un médico generalista.

El médico generalista desarrolla la habilidad de confrontar grandes números de pacientes no seleccionados con condiciones indiferenciadas y encausan una relación terapéutica a través del tiempo. Por ende, el médico generalista tendrá una mayor tolerancia a la incertidumbre que el colega especialista.

Ej.

Un médico que brinda atención integral a nivel individual; maneja las infecciones agudas, repara heridas, trata los esguinces menores, extrae cuerpos extraños, trata la vaginitis, maneja problemas crónicos, provee cuidados obstétricos prenatales a la madre y neonatales al recién nacido y supervisa procedimientos diagnósticos, entre otros.

B. LA ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

“El Modelo (*se refiere al Modelo Readecuado de Atención*) se caracterizará por un enfoque biosicosocial del proceso salud enfermedad, por una atención integral y continua de la salud de las personas, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, fundamentada en la estrategia de Atención Primaria. El sujeto de la atención dejará de ser exclusivamente el individuo, para dirigirla principalmente, a la familia y la comunidad” (CCSS, 1993).

De la cita anterior se desprenden varios elementos que se resumen en los cuadros siguientes.

Cuadro No.1
El cambio del modelo de atención en el primer nivel

Elementos de comparación	El modelo de atención antes de la readecuación	El modelo de atención médica Integral
Propósito ulterior	Atender la enfermedad	Contribuir a la Salud, Desarrollo Humano, Calidad de vida
Estrategia	Curación	Promoción, prevención, curación y rehabilitación
Objeto de la atención	Enfermedad	Individuo, Familia y Comunidad
Enfoque	Biológico	Biológico, psicológico y social

Cuadro No.2
El cambio de la práctica para brindar atención integral en la consulta medica ambulatoria en el primer nivel de atención

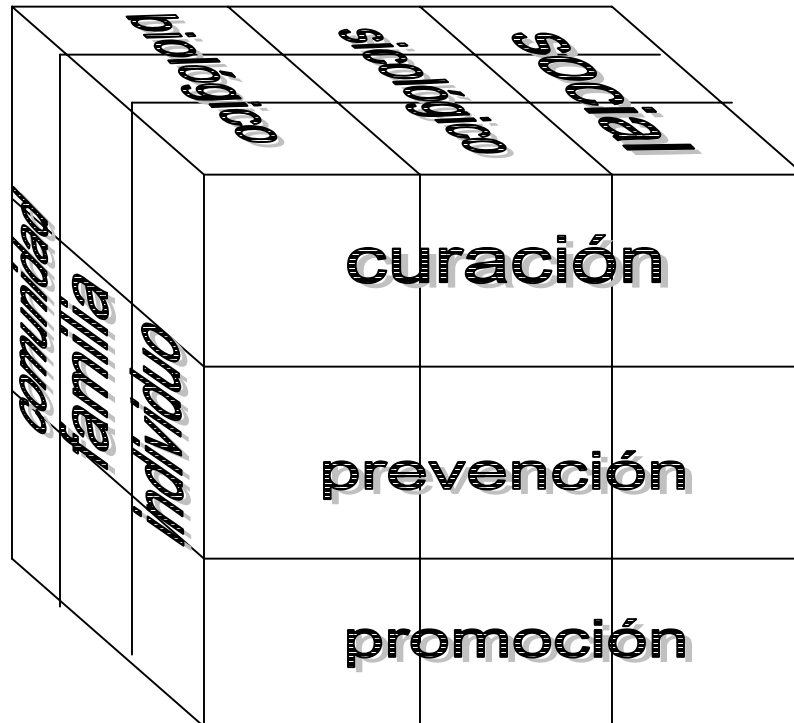
Elementos de comparación	Atención antes de la readecuación del modelo de atención	Atención integral
Responsabilidad	Consultorio aislado, dominio profesional	Coordinación intersectorial, auto cuidado individual y comunitario
Actitud	Pasiva	Activa, accesible
Enfoque	Riesgo	Condiciones de vida
Contenidos	Tratamiento de problemas específicos, Cuidado ocasional	Cuidado global y continuo
Métodos	Práctica individual	Trabajo en equipos interdisciplinarios Participación social
Énfasis de la Organización	Especialistas médicos	Médicos generalistas, otros profesionales en equipo
Herramientas	Expediente médico	Expediente clínico orientado al paciente Guías clínicas ASIS- PAO
Abordaje	Genérico	Personalizado
Diagnóstico basado en	Síntomas y signos	Síntomas y signos, contexto
Manejo	Farmacológico	Farmacológico, hábitos, costumbres y prácticas
Práctica	Generalista no especializada	Medicina Familiar y Comunitaria
Escenarios	Servicios de Salud	Servicios de salud, Escolar, Laboral, Comunitario, Familiar
Área programática	Consultorio	Sector
Administración	Presupuesto histórico	Compromisos de gestión
Recursos	Médicos	Red de Servicios de salud, Comunitarios
Uso de recursos	A demanda	Racional

Adaptado de Zurro, 1999

El Modelo Readecuado de Atención de la CCSS **integra** varios elementos a la práctica generalista del primer nivel.

- El enfoque biológico, psicológico y social
- El objeto de atención individual, familiar y comunitario
- Las estrategias de promoción, prevención, curación y rehabilitación

Figura 2
Los elementos básicos de la atención integral



Adaptación de Shires, 1986

1. El enfoque en la atención médica integral

Tradicionalmente, el abordaje al paciente ha sido desde el enfoque biológico, sin incluir los aspectos psicológicos ni sociales de las personas. La atención especializada suele abordar los problemas de los pacientes desde la perspectiva reducida de un órgano o sistema del cuerpo humano (el ojo, el sistema cardiovascular, la piel) o a través del abordaje enfocado a una etapa de la vida (la niñez, el embarazo, la vejez).

Enfoque de la atención integral

La atención integral utiliza el enfoque **biosicosocial**, integrando los enfoques biológico, psicológico y social en la atención de las personas.

El enfoque biosicosocial aborda al individuo en su totalidad. Esto permite comprender a la persona con un problema de salud, con el objetivo de buscar soluciones más completas. De esta forma, el abordaje de una persona se inicia desde la clarificación del motivo de consulta; comprendiendo su relación con los estados biológicos (cardiopatía, asma, gastritis), estados psicológicos agregados (depresión, ira, baja autoestima, stress, entre otros), y la condición social en que se desarrolla (situación laboral, familiar, apoyo comunitario, desarrollo y aceptación social y condiciones ambientales, entre otros).

Este enfoque, además, implica que, en el manejo de las personas con problemas de salud, el médico debe visualizar la posibilidad del paciente para cumplir con las recomendaciones farmacológicas y diagnósticas e incorporar los elementos sicosociales que están involucrados en el cuidado del paciente.

Ej.

Es un hecho bastante conocido que frecuentemente los pacientes con enfermedades crónicas progresivas están deprimidos, sin embargo, pocas veces el médico está consciente de los síntomas o pregunta por depresión.

Aun más importante, pocas veces reconocen las quejas sicosomáticas. Se piensa con cierta frecuencia, que el dolor precordial, en el ámbito del primer nivel de atención, probablemente no sea debido a enfermedad cardíaca (a diferencia del consultorio de un cardiólogo). De hecho, si el paciente consulta a un médico generalista por dolor precordial agudo, el diagnóstico más probable se orienta a un desorden de ansiedad, más que enfermedad de las arterias coronarias.

2. Los beneficiarios de la atención médica integral

Desde la perspectiva de la atención médica integral, la familia y la comunidad juegan un rol importante en el desarrollo de los problemas de salud o su prevención. Las prácticas, tradiciones, roles, valores y creencias familiares y comunales, engloban a la persona, involucrándola consciente o inconscientemente en su entorno, lo que afecta o favorece el estado de su salud.

Conocer las condiciones familiares y comunitarias del individuo, facilita la labor diagnóstica de los problemas de salud. Derivado del enfoque biosicosocial, se extrae además la necesidad de involucrar en el abordaje de los problemas de salud individuales a la familia y a la comunidad. Estos últimos; deben ser comprendidos como potenciales causantes de problemas de salud o como recursos para la recuperación y rehabilitación del paciente.

El sujeto de la atención médica integral

Es, por lo tanto, **el individuo, su familia y la comunidad**, los que rompen con el esquema tradicional del abordaje individual.

3. Estrategias en la atención medica integral

La atención médica integral, no es solo la atención de la enfermedad, sino que procura mantener al individuo y su familia sanos. Por ello, que todo contacto con el paciente y su familia, inicialmente orientado a la recuperación y rehabilitación de la salud, debe ser aprovechado, además, para realizar acciones de promoción y prevención.

Atención médica integral estrategias

Promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Las estrategias de promoción y prevención se enfatizan en el modelo readecuado de atención de la CCSS. Estas estrategias, por su importancia, se detallan en el Modulo No. 2 de este Curso Especial de Posgrado.

Concl

El nuevo modelo de atención en la CCSS presenta una visión integral del individuo, de modo que los problemas de salud no están separados conceptualmente de la persona, ni la persona está separada de su contexto. Este modelo rompe con el viejo paradigma del modelo biomédico, en que la enfermedad solía ser vista independientemente del individuo y del contexto social. Además, las enfermedades mentales y físicas se consideraban totalmente separadas.

Los problemas de salud pueden tener múltiples causas, entre ellas, componentes mentales y físicos, pero lo más importante es que pueden ser influenciadas en su curso a través de la relación médico paciente. Entonces, la tarea del médico es comprender la naturaleza de los problemas de salud, pero también entender al paciente y el significado que tiene para este el problema de salud. Este nuevo paradigma tiene implicaciones importantes para el método clínico y, sobre todo; cómo los médicos deben manejar su práctica y el espacio- población del cual son responsables.

El término “atención médica integral” cubre todo el espectro de la medicina. Comprende el enfoque biosicosocial de la atención en salud, a los pacientes y sus familias en el entorno comunitario, que; mediante diversas estrategias de aplicación como son promoción, educación, prevención, curación y rehabilitación, se orientan a satisfacer sus necesidades y problemas en salud.

II. LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

“La mayoría de las especialidades se definen por exclusión o limitaciones como la edad, sexo u órgano o sistema corporal. La medicina familiar no limita, es la especialidad de inclusión. El enfoque en medicina familiar es sobre el paciente y no sobre la enfermedad.”

Edward F. Shahady, 1993



Incorporar a la práctica del médico general los principios de la medicina familiar y comunitaria

A. DIMENSIONES DE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

La medicina familiar y comunitaria tiene tres dimensiones que comprenden los conocimientos, habilidades y técnicas que sirven de fundamento para que los especialistas en medicina familiar y comunitaria puedan brindar atención integral en salud.

En este Curso Especial de Posgrado se enfatiza en la práctica de la medicina familiar, que cuenta con elementos que pueden ser implementados en la práctica de los médicos generalistas del primer nivel de atención.

1. La medicina familiar y comunitaria como práctica

La dimensión más difundida de la medicina familiar y comunitaria es la práctica, que está basada en habilidades propias de la especialidad. Estas se han aprendido mediante capacitaciones, rotaciones, seminarios, congresos, y otros sistemas de educación médica continua y de recertificación médica.

La práctica responde a las necesidades y demandas de las personas, sus familias y comunidades que requieren un abordaje integral de la salud. Por la razón anterior, la práctica de la medicina familiar se basa en la comunidad y quienes la ejecutan tienen responsabilidades definidas con sus pacientes.

Los médicos que ponen en función habilidades de la medicina familiar en la práctica, son bien compensados por los pacientes que usualmente reconocen la diferencia en la atención o las organizaciones quienes le contratan, mediante mejores condiciones de trabajo y/o remuneración económica.

2. La medicina familiar y comunitaria como especialidad

La medicina familiar como especialidad, se visualiza dentro del contexto profesional, donde el profesional de salud adquiere una serie de conocimientos, actitudes, destrezas y comportamientos que lo diferencian de otros especialistas médicos. Como especialidad tiene procedimientos por seguir y requiere la aprobación de un colegio profesional.

El especialista requiere de un programa universitario estructurado que a su término lo acredite como tal. Como grupo profesional, los médicos de familia y comunidad, pretenden ofrecer servicios especializados de alta calidad, con perspectiva integral, y difundir sus conocimientos y prácticas a otros médicos de la atención primaria.

Ej.

En Costa Rica, la formación en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se inició en 1987, con apoyo de la Universidad de McGill, Canadá. Actualmente la residencia tiene una duración de cuatro años. El Colegio de Médicos y Cirujanos cuenta con un registro de alrededor de 80 Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

3. La medicina familiar como disciplina

Se define como un campo de estudio con un cuerpo de conocimientos definidos y; por lo tanto, está basada en una institución educativa. Al estudio de la disciplina se dedican docentes universitarios y comprende aspectos tales como:

- Contenidos de la Medicina Familiar y Comunitaria
- Cuidados de la salud orientados a la familia
- Educación en Medicina Familiar y Comunitaria
- Investigación y actividad académica en Medicina Familiar y Comunitaria

La Organización Mundial de Médicos de Familia, WONCA de acuerdo con sus siglas en inglés, tiene como misión mejorar la calidad de vida de las personas del mundo fortaleciendo y manteniendo altos estándares de cuidado en salud. Para alcanzar esta misión realizan foros internacionales donde proponen una serie de recomendaciones.

El siguiente cuadro realiza un resumen comparativo de la Medicina Familiar y comunitaria como disciplina, especialidad y práctica.

Cuadro No. 1
Las dimensiones de la Medicina Familiar y Comunitaria

Variables	Práctica	Especialidad	Disciplina
En qué se basa	Comunidad	Profesión	Universidad
A quien involucra	Médicos en servicio	Médicos titulados	Grupos de eruditos
Ante quién es responsable	El público	Organizaciones de especialistas	La academia
Cual es su interés	Necesidades y demandas	Estándares de entrenamiento	El estudio y la educación
Nivel de educación	Educación Continua	Graduado (Especialidad Médica)	Licenciatura y posgrado
Razón (¿por qué?)	Servicio	Interés	Creatividad

Los países con una evolución amplia de la Medicina Familiar y Comunitaria, como Canadá, España, Australia, Holanda y otros, cuentan con grupos de profesionales que diferencian su quehacer entre la disciplina, la especialidad y la práctica. En Costa Rica, los especialistas de medicina familiar y comunitaria suelen realizar acciones de las tres dimensiones.

B. CONCEPTO DEL MÉDICO DE FAMILIA

Medicina Familiar (concepto)

El médico de familia es el clínico responsable primario de brindar cuidados integrales de la salud a los individuos que buscan cuidados médico (WONCA, 1991).

El médico de familia se encarga de organizar a otros miembros del equipo de salud para proveer sus servicios cuando es necesario. El médico de familia es un generalista que enfoca su atención en el individuo, brindando cuidados de salud a cualquier persona que los solicite, a diferencia de otros proveedores de salud que limitan el acceso a sus servicios, según la edad, el sexo, o al diagnóstico que tiene el paciente.

El médico de familia cuida del individuo en el contexto familiar y a la familia en el contexto comunitario, sin diferenciar sexo, cultura, o clase social. Este profesional es clínicamente competente para proveer la mayoría de los cuidados de salud de sus pacientes, dentro de su contexto cultural, socioeconómico y psicológico. Además, se responsabiliza por proveer cuidados de salud integrales y continuos.

El médico de familia ejerce su profesión y compromiso con el paciente, previendo cuidados directamente a los pacientes o a través de los servicios de la red de los proveedores de salud asociados a su trabajo, ajustando sus labores a las necesidades de salud de los pacientes y conforme los recursos disponibles en la comunidad (WONCA, 1991).

C. FUNDAMENTOS DE LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

1. Antecedentes de la Medicina Familiar

Los conceptos y la especialidad de la medicina familiar surgen a partir del fraccionamiento de la medicina en docenas de especialidades y sub especialidades, que dividían al individuo de acuerdo con sus órganos o a los grupos de riesgo específicos que pertenecen, olvidando la importancia del individuo como un sujeto en un contexto que condiciona su situación de salud.

Ante esta situación, grupos de médicos de diferentes partes del mundo retomaron el antiguo concepto del “médico de cabecera”, pero esta vez con un grupo de conocimientos, habilidades y técnicas específicos, agrupados bajo el concepto de Medicina Familiar y Comunitaria.

2. La práctica de la Medicina Familiar en Costa Rica

En Costa Rica, se involucra a los médicos generales en el planteamiento elaborado para la readecuación del modelo de atención. Integra los fundamentos de la Medicina Familiar con el objeto de ser aplicados por los médicos generales ubicados en el primer nivel de atención, es decir, la práctica de la Medicina Familiar.

Los EBAIS

El modelo readecuado de atención ubica al médico del primer nivel en los Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS), que; junto con un auxiliar de enfermería y un asistente técnico de atención primaria de la salud (ATAPS), son los responsables directos de la salud de un Sector. Su función es brindar atención integral a todos sus individuos, según los recursos existentes en la institución y la comunidad. El EBAIS es el primer contacto que tiene el usuario con la institución.

El Equipo de Apoyo

Los EBAIS cuentan con un Equipo de Apoyo, compuesto por las siguientes disciplinas: Medicina Familiar y Comunitaria, Trabajo Social, Enfermería, Odontología, Microbiología, Farmacia y en algunos casos de Psicología y Nutrición, quienes brindan apoyo en el abordaje y manejo de los problemas del paciente y su familia, así como, en la ejecución de las acciones de promoción y prevención en la comunidad.

3. Los principios de la Medicina Familiar y Comunitaria

Varios autores y pensadores de Medicina Familiar y Comunitaria han establecido una serie de principios que rigen a la disciplina, entre ellos destaca Mc. Whinney médico, pensador y filósofo de la Medicina Familiar y Comunitaria.

Ninguno de estos principios es único, ni particular de la Medicina Familiar, por lo que cualquier médico ya sea generalista o especialista los puede aplicar en su práctica cotidiana. Estos principios son la base que se utiliza para resolver los problemas clínicos y permiten entender y practicar la atención integral.

No necesariamente se deben aplicar en toda su extensión, sin embargo, al aplicarlos en su conjunto, representan un sistema de valores y un enfoque global de los problemas, proporcionando una mejor definición de la práctica.

No es necesario aplicar todos los principios en todas las visitas, pero, a través del tiempo, es recomendable abarcarlos en su conjunto.

Estos principios que se detallan a continuación, son aplicables en la práctica del médico general:

a. Principio del Compromiso con la persona

En el médico de familia debe prevalecer su compromiso con las personas más que con un determinado cuerpo de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial.

El médico de familia no puede decir “Lo siento, pero su malestar no está en mi campo”. No puede finalizar el compromiso con la curación de una enfermedad, finalización de un tratamiento o incurabilidad de un padecimiento. Su compromiso no es con la enfermedad o padecimiento que sufre el paciente, sino con la persona, por lo que su compromiso es permanente.

b. Principio de Comprensión del contexto de la enfermedad

El padecimiento debe verse en el contexto personal, **familiar** y comunitario para poder tener una visión integrada, tratando de comprender la relación de estos ámbitos y su influencia en el proceso salud - enfermedad. En su comprensión identifica factores de riesgo y el grado de influencia en la enfermedad del paciente, así como el efecto que la enfermedad tiene sobre la persona y su familia.

La ocupación, la cultura y el ambiente son aspectos de la comunidad que afectan al cuidado de los pacientes. El conocimiento de las enfermedades o problemas de salud con alta incidencia en la comunidad, influye en los diagnósticos hechos por el médico y ayuda a tomar decisiones acerca de la educación y los proyectos comunitarios necesarios para afrontarlos.

En adición a su rol como una herramienta diagnóstica, la comunidad, además de brindar elementos para contextualizar el problema de salud del individuo, también sirve como agente terapéutico. El médico de familia puede utilizar varios recursos comunitarios para proveer cuidados óptimos a los pacientes.

c. Principios de Énfasis en prevención

El médico de familia debe ver cada contacto con el usuario como una oportunidad para la prevención. Cada contacto con el paciente debe ser aprovechado para aplicar la educación para la salud y orientar al paciente en relación con la etapa del desarrollo en que se encuentra y, de acuerdo en ello, realizar acciones personalizadas de prevención de la enfermedad.

La prevención también significa anticipar problemas que van a afectar la salud emocional del paciente y su familia.

Ej.

La reacción de aniversario se presenta cuando una persona desarrolla inconscientemente síntomas inespecíficos en el aniversario de la muerte o la pérdida de una persona amada.

Los médicos de familia frecuentemente brindan y aconsejan personas y familias acerca de estos eventos.

d. Principio de Consideración del conjunto como una población en riesgo

El médico debe comprender que sus pacientes están inmersos en una comunidad con características sociales, económicas y culturales específicas que pueden influir en el surgimiento de riesgos y oportunidades para la salud; que afectan o benefician a todos los miembros de la comunidad. En la atención de salud, el médico no debe olvidar aquellos factores de riesgo familiar y comunitario que pueden influir sobre el proceso de salud- enfermedad de las personas.

Cada vez que se aborda a una persona o su familia, se debe investigar los riesgos a los cuales están expuestos.

Ej.

Las características de la comunidad como su situación ambiental, social y económica, seguridad, redes de apoyo, cultura comunitaria, sitios de recreación, oportunidades de estudio y adicciones, entre otras.

Las características de la familia también favorecen la exposición de riesgos.

Ej.

El grado de educación en general y sobre la salud en particular, el estado de funcionalidad familiar, roles y patrones familiares perjudiciales, situación económica, historia de la familia, condiciones de la vivienda, ciclo de vida familiar actual, entre otros.

e. **Principio de Coordinación con la red**

El médico se ve a sí mismo como parte de una red para la atención de la salud, por lo tanto, se **integra** a la red de servicios comunitarios e institucionales.

Ej.1

En la red comunitaria participa, con otras organizaciones comunitarias y de salud, a fin de unir esfuerzos para el logro de las metas de salud.

Ej.2

En la red institucional, la responsabilidad del médico es guiar a los usuarios a través del sistema de salud.

Esto incluye la coordinación y el trabajo conjunto con especialistas, así como con otros profesionales y técnicos, tanto en el primer nivel de atención como en los otros niveles.

El trabajo conjunto entre los EBAIS y Equipos de Apoyo, son ejemplos de redes institucionales del primer nivel de atención.

El médico asume el rol de “conductor de la orquesta” en el cuidado del paciente. De esta manera los médicos abogan por el paciente, identificando y contactando a otros proveedores y recursos en salud, necesarios para su cuidado.

Este principio implica una gestión adecuada de los recursos institucionales y comunales, sin abusos o desperdicios, favoreciendo el uso racional y eficiente de los mismos.

f. Principio de Compartir el mismo hábitat de sus pacientes

Es una propuesta bien lograda en algunos países, debido a que favorece el conocimiento de las condiciones de vida y trabajo de los usuarios, aunque esta práctica cada vez es menos común. Esta oportunidad se presenta para los médicos que realizan el servicio social obligatorio. El conocimiento pleno del médico sobre el contexto del espacio- población asignado, puede sustituir, en alguna medida, este principio.

g. Principio de Contacto con los diferentes escenarios

Los diferentes escenarios de servicios de salud, comunitario, familiar, laboral y escolar pueden ser aprovechados por el médico para realizar acciones específicas. Este principio favorece la continuidad y la integralidad de la atención.

Ej.1

Escenario familiar

Es ideal que el médico tenga la oportunidad de visitar el domicilio del paciente que así lo requiera.

Ej.2

Escenario de servicios de salud

Debido a que el compromiso es con el paciente, idealmente, podría tener la oportunidad de visitarlo en el hospital, favoreciendo el aporte de su conocimiento a los médicos del hospital, la comunicación y explicación de los problemas de salud al paciente y su familia contribuyendo al seguimiento y el abordaje integral dentro del hospital.

Ej.3

Escenario laboral

Puede ser recomendable la visita al sitio de trabajo del paciente, cuando las características de su salud lo ameriten y el médico tenga esta posibilidad. Lo anterior para valorar las condiciones ambientales, su quehacer físico y otros riesgos que puedan estar favoreciendo el desarrollo de la enfermedad, o que sirvan como recurso para mejorarla.

Ej.4

Escenario escolar

En relación con los niños, la visita a las escuelas es esencial, no solamente para conocer los riesgos que los rodean, sino para buscar las impresiones de los maestros sobre la enfermedad de los niños o jóvenes, así como para buscar recursos que favorecen la salud.

El contacto en los diferentes escenarios no debe ser solamente por causas particulares de los pacientes en relación con un padecimiento. Para la realización de las acciones de promoción y prevención de la salud, en ocasiones se requiere del contacto con las personas en diferentes escenarios.

h. Principio de Importancia de los aspectos subjetivos

El médico debe de desarrollar la habilidad y sensibilidad para comprender los aspectos subjetivos de la medicina, del usuario y su influencia en su condición de salud.

Este principio comprende conocer las emociones del paciente, sus costumbres y el medio cultural que le rodea, a fin de favorecer la comprensión, el adecuado apoyo y la orientación en la resolución de problemas.

i. **Principio de Continuidad en la atención**

Los médicos de familia están comprometidos a proveer cuidados a los pacientes y sus familias a través del tiempo. Con la continuidad en el tiempo, el médico puede establecer el diagnóstico, precisar el tratamiento, establecer una buena relación con el paciente, cumplir con el programa terapéutico establecido y lograr cambios de actitud a través de una buena comunicación y educación para la salud, entre otros. La continuidad es probablemente uno de los principios más importantes de la medicina familiar y constituye su esencia.

Ej.1

La continuidad de la atención implica que un médico pueda valorar a un paciente (o idealmente, a la familia) a través de varios episodios de enfermedad y de visitas de control preventivo.

Con la continuidad del cuidado a un largo plazo, se desarrolla una relación basada en la confianza entre el médico y el paciente. Si el paciente no tiene confianza en el médico, la oportunidad para la efectividad en el cuidado es muy reducida.

La continuidad en la atención significa mucho más que el atender al mismo paciente durante un periodo prolongado. También implica organizar la provisión de la atención, y; por lo tanto, incluye relaciones del médico familiar con otros profesionales de la salud a quienes recurre en busca de consejo o ayuda.

Se debe ser cuidadoso en no confundir la continuidad del cuidado por una enfermedad con la continuidad del cuidado del paciente. En medicina familiar como se ha enfatizado, el **continuum** del cuidado es el paciente, el episodio es la enfermedad. Para otras especialidades, el continuo es la enfermedad y el episodio es el paciente.

Concl.

La aplicación del conjunto de principios de la medicina familiar y comunitaria brinda una base sólida para la atención integral en la práctica médica del primer nivel de atención.

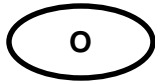
En cualquier ámbito en que se desarrolle la práctica del médico generalista, este debe tener una visión global tratando de resolver los problemas, para poder dar un abordaje más amplio a las diferentes situaciones que se presentan. Esto se logra mediante la continua relación entre el profesional, el paciente y su familia.

La oportunidad de brindar atenciones continuas e integrales, brinda al médico la posibilidad de acumular una amplia gama de conocimientos sobre los pacientes y sus familias, lo cual, a su vez, favorece una mayor resolución de los problemas que se presentan en la consulta y una mayor satisfacción del médico tratante.

III. EL TRABAJO CON FAMILIAS Y COMUNIDADES

"Es mucho más importante conocer qué tipo de persona tiene una enfermedad, que conocer qué tipo de enfermedad tiene un paciente".

Sir William Osler



Reconocer el rol de las familias y comunidades para la práctica clínica con enfoque integral

El Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de Salud brindó conocimientos y herramientas básicas para mejorar el abordaje de la situación de salud en las comunidades, con un enfoque de condiciones de vida y considerando diferentes escenarios, a fin de adecuar los procesos de planificación, la participación social, la gestión de los recursos y la conducción de los servicios, que permite dar respuesta eficiente y equitativa a las necesidades de esa población.

Los escenarios familiar y comunitario, constituyen la fuente de donde provienen las personas que requieren atención individual por parte del médico en el primer nivel. Esto implica la necesidad de desarrollar diferentes actividades y proyectos en estos escenarios, con el objetivo de poder abordar los condicionantes de la situación de salud de la población asignada.

Para poder realizar esto, el médico del primer nivel debe identificar claramente su rol dentro del EBAIS y su alcance en la resolución de los problemas de su comunidad, así como su rol con respecto a la familia.

A. LA FAMILIA COMO SUJETO Y RECURSO EN LOS PROBLEMAS DE SALUD

La familia sigue siendo la unidad básica de nuestra sociedad, por lo que en la práctica cotidiana, muchos de los problemas relacionados con la salud se originan y tienen resolución en la familia. La familia, en conjunto con el individuo y la comunidad, son las unidades de atención en la medicina generalista para el abordaje y prevención de enfermedades. (Ver "La Familia y la Salud" en Carpeta de Referencias)

En el seno de la familia, se pueden desarrollar factores que pueden ser condicionantes de los determinantes de los problemas de salud. Dentro de éstos, se encuentra el inadecuado funcionamiento. La familia también, puede ser un recurso fundamental para apoyar al paciente en resolución de los problemas de salud, incluso cuando su origen es externo a la misma.

La medicina generalista debe estudiar los problemas del individuo dentro del contexto familiar, lo cual implica entender las relaciones familiares pasadas y presentes del individuo, así como, su influencia sobre su crecimiento y desarrollo.

Al considerar a la vida familiar en materia la salud y la enfermedad, se debe tener presente qué aspectos particulares de la vida familiar son importantes.

La influencia de la familia sobre el individuo:

1. Genética

La familia aporta a los individuos una “carga genética”, la cual tiene un desarrollo variable de su genotipo lo que depende de su interacción con el medio ambiente.

La genética ha sido implicada en la expresión de una gran variedad de enfermedades crónicas, infecciosas y desordenes psiquiátricos.

El médico generalista debe saber cuándo y cómo dar consejería genética a la familia. El desarrollo cognoscitivo de los progenitores en cuanto a los problemas genéticos, puede modificar sustancialmente la aparición de estos problemas y las influencias externas que afectan la salud.

Esta consejería puede darse desde la preconcepción, hasta la vejez, debido a la posibilidad de desarrollar enfermedades de carácter hereditario, que pueden manifestarse inclusive en edades avanzadas.

Ej.

La consanguinidad, la transmisión de factores de riesgo.

2. El crecimiento y desarrollo

Ej.1

Existe una clara influencia de la familia en los trastornos tanto físicos como de conducta, especialmente expresados en la infancia y la adolescencia.

La buena comunicación familiar, el hecho de contar con tiempo para compartir con los niños; los afectos positivos y atención que la familia brinda, tiene efecto sobre el desarrollo de la autoestima así como de los valores y

Ej.2

El aislamiento, el abandono, la agresión, la falta de límites, la sobreprotección, el castigo abusivo, el abuso y otros son aspectos que influyen en comportamientos de baja autoestima, sociopatía, inseguridad, drogadicción, inadaptación social, la apatía, el fracaso escolar y laboral, entre otros.

Ej.3

- Una inadecuada puericultura y manejo del niño y de las enfermedades, las intoxicaciones, los accidentes y otros puede generar problemas que se reflejan como retrasos en el crecimiento y desarrollo.
- Una buena alimentación en el niño, posibilita un mejor potencial de crecimiento.

3. Favorecer el desarrollo de las enfermedades

- En el ambiente familiar se pueden propiciar determinantes que favorecen la incidencia y la prevalencia de enfermedades infecciosas y mentales y otras, no solo, desde el punto de vista e exposición a los agentes patógenos, sino además, por distintos factores.
- Muchas de las enfermedades mentales están influidas por aspectos genéticos
- La familia puede propiciar el desarrollo de problemas como la ansiedad, la depresión, trastornos del lenguaje y tics nerviosos, entre otros, por medio de roles inadecuados de conducta.
- Influcidar la expresión de diferentes grados de enfermedad, como el caso de una depresión subclínica a clínica.

El médico generalista debe identificar estos patrones de transmisión que favorecen el desarrollo de enfermedades con el objetivo de aplicar medidas preventivas.

Ej.

- Si no se tiene acceso a agua potable, el médico puede brindar educación para que la familia la hierva y la almacene adecuadamente.
- En una misma familia, un virus puede producir dolor de garganta en uno de los miembros, diarrea, en otro, o tos y coriza en otro.
- El virus de la parotiditis puede producir paperas en un miembro de la familia y orquitis en otro.

4. Utilización de los servicios

Una adecuada educación familiar, favorece la utilización de los servicios en materia de prevención y puede, además, disminuir la policonsulta por motivos o padecimientos menores innecesarios.

El aumento en el número de las consultas puede ser un indicio importante de problemas familiares.

Ej.

Los decesos de viudas y viudos aumentan significativamente en el primer año de viudez.

Se ha observado que la mortalidad por todas las causas es más alta entre viudos, divorciados y solteros que entre casados.

Una familia que no funciona adecuadamente como determinante en el proceso salud-enfermedad, favorece las complicaciones y el aumento de los riesgos. En contraste, una familia que funciona adecuadamente favorece la prevención y la recuperación de la enfermedad por el apoyo que brinda y el uso que realiza de las redes de soporte social, sobre todo, en las enfermedades crónicas y aquellas que producen invalidez.

Ej.

Las familias funcionales cuidan a sus miembros enfermos o en duelo; los apoyan en la dieta, los ejercicios, los recrean y les brindan afecto, con lo que favorecen la resolución o compensación de la enfermedad o situación discapacitante, con mayor facilidad que las familias que no funcionan adecuadamente.

Es importante considerar que la familia puede influir en las costumbres, estilos de vida y hábitos que adopte cada individuo. La familia es la principal fuente de educación en relación con diferentes temas como sexualidad, matrimonio, mecanismos de resolución de las crisis y los conflictos, relación con los ancianos, entre otros.

El médico no debe menospreciar las prácticas informales. Debe considerar la medicina tradicional en la medida de su alcance, ya que existe un sin número de prácticas alternativas utilizadas por la familia como primera línea ante un problema de salud. El médico debe explorar los cuidados que puede aplicar a la familia antes de presentarse a la consulta.

Res

La familia tiene efectos importantes en el proceso de salud-enfermedad de cada uno de sus miembros. La influencia positiva o negativa depende de su dinámica, roles y sistemas de comunicación, así como de factores externos como la economía, el ambiente y la comunidad.

A través de las diferentes etapas que vive la familia hay varios factores del medio y de la misma familia que influyen en la salud de sus individuos. Estas son de tipo genético, sobre el desarrollo infantil, transmisión de enfermedades y sobre la morbilidad y mortalidad del adulto. La familia puede participar de manera muy activa en la prevención de las enfermedades.

B. CICLO DE VIDA FAMILIAR Y LA ORIENTACIÓN ANTICIPADA

El ciclo de vida familiar (CVF) es un modelo útil para visualizar el proceso de desarrollo de la familia y es útil como referencia al encontrar familias no tradicionales.

Ciclo de vida familiar (concepto)

Es un proceso dinámico por el que pasa el individuo al conformar una familia. Se describe desde una perspectiva evolutiva, que inicia con la relación entre dos personas adultas, su desarrollo y función en el tiempo, considerando las historias individuales que cada uno trae de su pasado y las tareas que están planeando.

Para entender mejor el CVF, es importante considerar factores que pueden ayudar a predecir el resultado de una de las fases del ciclo de vida familiar. El reconocimiento del contexto y los factores individuales pueden ayudar a predecir cómo enfrentará la persona algunas crisis o situaciones que se presentan en diferentes momentos del ciclo de vida familiar debido a la estructura y función familiar.

Así, el estudio del desarrollo de la familia es importante, pues facilita la utilización óptima de los recursos para cumplir las tareas esperadas en cada período y para que aquellos puntos de transición de una fase a la siguiente, se tomen como oportunidades de crecimiento.

La transición de una etapa a otra implica cambios que, a su vez, pueden estar acompañados de crisis y oportunidades. Una vez ubicada la familia en cierta etapa del CVF, es posible que el médico pueda adelantarse a ciertos eventos de crisis y dar orientación anticipada y educación según los posibles eventos de cada etapa, fomentando las oportunidades presentadas en cada una.

Ej.

Proporcionar información a la familia sobre los cambios físicos y de conducta típicos de la menopausia y andropausia

Etapas del ciclo familiar

Este involucra una serie de etapas, cuyas implicaciones para la atención son distintas entre sí. La organización por etapas permite anticipar cambios productores de estrés en la vida personal y familiar, de tal forma que se den las adaptaciones necesarias para un desarrollo óptimo familiar, además facilita la orientación anticipada por el equipo de salud. En cada etapa del CVF, existen fases y estadios que permiten distinguir los eventos específicos de cada uno. Si existen problemas en una fase, el funcionamiento estará alterado en las etapas sucesivas.

Se han elaborado varias clasificaciones del CVF. Estas clasificaciones tratan de definir las diferentes etapas del desarrollo. Cada etapa, con sus fases y estadios se relaciona con expectativas sociales, necesidades individuales, tareas evolutivas y peligros para el desarrollo.

En el módulo de Salud Familiar, del Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de Salud, se profundiza en este tema.

Concl.

La familia como la unidad de atención en el primer nivel, puede tener influencia positiva o negativa en el proceso salud-enfermedad. Pues propicia factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad o por el contrario, factores protectores para la salud.

El enfoque de la práctica clínica en atención primaria debe considerar los problemas del individuo dentro del contexto familiar.

La orientación anticipada según las etapas del ciclo de vida familiar, permite la utilización oportuna de los recursos para cumplir las tareas esperadas en cada período y para que la transición de una fase a la siguiente se tome como ocasión para reforzar el desarrollo armonioso del individuo y su familia.

Referencias Bibliográficas

Arias C., Liliana et al. **Medicina Familiar: (Ministerio de salud de Colombia)**. Bogotá. 1995.

Ayala, Norma, Carvajal, Xinia, Fonseca, Jorge, et al. **Hacia un nuevo modelo de Atención Integral de Salud**. San José: CCSS, 1998.

Báez Barahona, Nuria. **Desarrollo y situación actual de la Medicina Familiar y Comunitaria en Costa Rica**. MF Revista Internacional de Medicina Familiar 3(3): 164-166.

Booth, CC. **Research and the general practitioner**. Br Med J. 1987; 25: 1614-1619.

CCSS, Proyecto Reforma Sector Salud, Unidad Preparatoria. **Propuesta de Readecuación del Modelo de Atención, Informe Final**. San José, febrero 1993.

CCSS. **Atención Integral en Salud. Módulo 2 del Curso Gestión Local de Salud**. Primera edición. San José Costa Rica, EDNASSS. 2000.

CCSS. **Bases del Sistema Nacional de Salud y Proceso de Modernización. Módulo 1 del Curso gestión Local de Salud**. Primera edición. San José Costa Rica, EDNASSS. 1999.

Crouch, Michael A., Roberts, Leonard. **The family in medical practice**. Caps. 6, 9: Ed. Springer-Verlag. New York, 1986.

Decreto ley 8239, **Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados**. Abril, 2002.

Doherty, William J., Baird, Macaran A. **Family Therapy and Family Medicine**. Cap. 2, 5, 7, 10, 12. The Gilford Press, 1983.

Geyman, J. **Family medicine as an academic discipline: progress, challenges and opportunities**. J. Fam Pract 1990; 31: 297-303.

Mc Whinney, I. **Medicina de Familia**. Barcelona: Mosby/ DOYMA Libros, diciembre de 1996.

Rakel. **Textbook of Family Practice**. 4th edition, WB Saunders Company, 1990.

Ruiz Morosini, MI. **Medicina familiar, general y comunitaria**. En: **Medicina Familiar: hacia un nuevo modelo de Atención a la Salud**. Buenos Aires, AKADIA 1997.

S, Delgado M., Sanz C., Córdoba R. **Investigación en Medicina de Familia. Análisis de las comunicaciones aceptadas en Congresos nacionales e internacionales.** Aten Primaria 1995; 15:239-244.

Shires, D y Hennen, B. **Medicina Familiar- Guía Práctica.** Mc Graw Hill, 1983.

Sloane, P. **Essentials of Family Medicine.** 2nd edition, Williams & Wilkins, 1993.

Taylor R. **Family Medicine: principles and Practice.** New York. Springer-Verlag, 1988, pp. 28-34.

World Organization of Family Doctors. **The role of the General Practitioner/Family Physician en Health Care Systems: A statement from WONCA.** 1991, Pág. 2.

WONCA y OMS. **Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuada a las necesidades de la población: la contribución del médico de familia.** (Conferencia conjunta de Ontario, Canadá), noviembre de 1994.

Zurro, Martín. **Atención Primaria.** España: Harcourt Brace de España S.A., 1999.

CUARTA

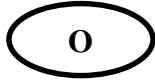
U N I D A D

El manejo de la consulta médica

Objetivo General de la cuarta unidad

Aplicar algunas herramientas para el manejo de la consulta orientada a la atención integral

I. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE



Favorecer la atención integral de salud por medio de una adecuada relación entre el médico, el paciente y su familia.

A. LAS CARACTERÍSTICAS DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Una adecuada relación médico-paciente es fundamental en el quehacer del médico generalista, ya que la mayoría de las acciones que realiza, ocurren en el marco de la consulta clínica.

Relación médico-paciente

Ocurre en un espacio de interacción entre dos personas que acuden a ese encuentro. Cada persona tiene su propia agenda de necesidades e intereses concretos que; algunas veces, coinciden y no necesariamente se presentan en el estado consciente y racional.

La relación médico-paciente es, ante todo una relación de contacto humano y, por ende, debe ser un proceso de sensibilización que trasciende el intercambio de información para convertirse en un acto terapéutico para ambos sujetos.

Esta particular relación en la que el paciente acude ante al médico para resolver un problema de salud, ha sido motivo de discursos y análisis desde sus orígenes, debido a que tiene connotaciones de intimidad, respeto y confianza, las cuales deben contemplarse al aplicar las diferentes técnicas basadas en las relaciones humanas.

1. El triángulo terapéutico

Desde la perspectiva de la atención integral a las personas, la relación médico-paciente se amplía con la familia en un contexto comunitario. A esta relación más amplia, se le denomina la tríada o el triángulo terapéutico.

La relación médico-paciente se amplía a la familia en las siguientes circunstancias:

- Por la enfermedad del paciente se requiere de redes de apoyo para superar la enfermedad. Esto es, vincular a la familia al acto terapéutico.
- Por el conocimiento de los determinantes de la enfermedad del paciente, se requiere involucrar a la familia para efectuar acciones de promoción de la salud, detección temprana y prevención de enfermedad o curación a algunos de sus miembros.
- Se identifica como una necesidad del paciente, de la familia o del sistema de salud el involucrar a otros miembros.

2. Las actitudes deseables en la relación asistencial

Las siguientes son características importantes que un entrevistador debe tener presente en su relación con el paciente:

a. La empatía (Concepto)

Es la capacidad del entrevistador para comprender los pensamientos y emociones del paciente, asociados a la capacidad de transmitirle ese hecho.

La empatía tiene una doble formulación: la verbal y la no-verbal. El paciente juzgará la empatía del médico por lo que le dice, más aún por lo que observa, pero todavía más, porque en efecto el médico sea comprensivo y tolerante.

b. La calidez (Concepto)

Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador que se expresa en una forma no verbal. Es el clima que rodea el encuentro. No implica una pérdida de la distancia terapéutica.

Aspectos que favorecen la relación

- Una mirada directa con una sonrisa en el momento oportuno. (La sonrisa no debe ser tan persistente como para incomodar al paciente)
- Cierta proximidad física, (respetando el espacio de burbuja¹)
- Una posición corporal que exprese abertura y relajación
- Expresión facial distendida
- Una conversación sosegada y modulada
- Atender lo que el paciente dice, no sólo con atención, sino en forma personalizada e implícitamente cariñosa

c. El respeto (Concepto)

Es la capacidad del entrevistador para transmitir información e involucrar al paciente respetando su manera de pensar, sus valores ideológicos y éticos.

El respeto supone una dosis de valor, consistente en reconocer que existen diferentes perspectivas para visualizar un problema.

3. La entrevista clínica

Entrevista clínica (Concepto)

Es un fenómeno humano complejo, cuya visión simplista la equipararía con la recolección de datos. Sin embargo, la entrevista clínica bien hecha no sólo busca datos, sino información.

La diferencia entre los datos y la información radica en que esta última coloca los datos en un contexto y permite comprender un fenómeno integralmente.

¹ El espacio de burbuja es la distancia en la que cada cultura define como cómoda y aceptable para una conversación entre un médico y su paciente.

a. Características de la entrevista clínica

a¹. Concreción

Se refiere a la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista, logrando que ésta se desarrolle en términos comprensibles para ambos entrevistador y entrevistado y de forma bidireccional.

b¹. Eficacia

Busca la conversación con precisión y con significados precisos y claros.

La conversación debe de ser equilibrada, de modo que haya sucesión de turnos. El paciente percibe que el médico es concreto cuando le habla y explica los términos técnicos en un lenguaje comprensible para él.

b. Las facetas

La entrevista clínica consta de dos facetas: las relaciones humanas y las habilidades técnicas, que están íntima e inseparablemente relacionadas. El paciente, al relacionarse con su médico, tiene expectativas diferentes para la faceta interpersonal y la técnica. Estas expectativas marcan el buen desempeño del encuentro.

La complejidad de la entrevista clínica radica en que en ella se presentan simultáneamente las dos facetas:

a¹. Faceta interpersonal

Dos individuos se comunican entre sí. El usuario espera ser atendido por un profesional sensible, bondadoso, honesto, empático, concreto, respetuoso, dotado de legitimidad y calidez no posesiva.

b¹. Faceta técnica

El médico aplica sus conocimientos científicos para llegar a un diagnóstico, restituir la salud o prevenir la enfermedad. El usuario espera un profesional que obtenga información, la procese efectivamente y resuelva su problema de salud.

4. Los modelos de actuación en la entrevista clínica

En toda relación humana existe una sucesión de acontecimientos que forman parte de la comunicación misma: extender la mano al saludar, la distancia entre el emisor y el receptor, etc, a los cuales se les conoce como modelos de actuación. Estos modelos son parte integral de la comunicación, y tan importantes como el mensaje que se emite.

En el caso del profesional de la salud, los modelos de actuación muestran una imagen de quién es y qué es lo que hace. Esto influye en la relación con los pacientes, los colegas y los compañeros de trabajo. A continuación, se dan ejemplos de los modelos predominantes de actuación, de acuerdo con la autopercepción:

a. El técnico

El profesional en salud se percibe como un científico puro que aplica medidas perfectamente establecidas. Se preocupa por establecer los hechos científicos o técnicos.

La objeción que se formula a este modelo es que el paciente lo percibe frío y distante, ya que la relación está enfocada en la parte técnica, dejando de lado la necesidad de todo paciente de satisfacer sus expectativas de la relación humana.

b. El “ungido”

Según este modelo de actuación, el profesional se presenta como una autoridad inapelable que dará consejos, dictará comportamientos e interpretará sucesos.

Esta figura transmite sus propias convicciones a los pacientes, tratando de convertirlos a su credo. Es intolerante con actitudes morales opuestas a las suyas y, por lo general, no permitirá discusiones u opiniones sobre lo que considere correcto hacer. Desde su autopercepción, “lo tiene todo muy claro”.

La objeción a este modelo es el riesgo de caer en la infantilización de los pacientes, haciéndoles menos capaces para el autocuidado y mas dependientes de la estricta recomendación del profesional.

c. Modelo de “camaradería”

El profesional intenta generar un clima de cordialidad y franqueza en la conversación.

La debilidad radica en que está exento de contenidos profesionales.

La objeción a esta forma de autopercepción es que no se establece una adecuada distancia terapéutica; es decir, la distancia mínima necesaria para analizar con objetividad la problemática del consultante.

d. Modelo contractual

También llamado cooperativo o centrado en el paciente. Considera al paciente como un ser humano autónomo. La intervención terapéutica se establece desde una posición de respeto e involucramiento en las decisiones del paciente.

Se mantiene la distancia terapéutica en la relación médico-paciente, apoyándose en una adecuada relación humana. Se enmarca en una práctica respetuosa y tolerante, con un genuino interés por el paciente.

B. LOS ASPECTOS BASICOS DE LA COMUNICACIÓN

1. Elementos de la comunicación

Como todo proceso de comunicación, la entrevista clínica consta de los componentes clásicos del fenómeno de comunicación:

a. El emisor

Es la persona que en un momento de la comunicación envía un mensaje. En la práctica cotidiana, en algunos momentos es el médico el emisor y en otros, el paciente.

b. El receptor

Es la persona que en un momento de la comunicación recibe un mensaje.

c. El canal

Es el medio por el cual viaja el mensaje: el canal puede ser escrito, verbal, visual, auditivo, etc.

d. El entorno

Es el ambiente o contexto circundante del proceso de comunicación.

Puede ser propicio para la comunicación, o estar contaminado con ruidos o interferencias.

e. Ruidos o interferencias

Los ruidos de la comunicación son distractores, visuales o auditivos, que interfieren con el proceso de comunicación.

Los ruidos que parten de una situación interna, del emisor o del receptor, se denominan interferencias, como el nerviosismo, los mitos, la irritabilidad, la preocupación excesiva y otros.

Ej.

Las interrupción de la consulta por REDES u otros pacientes, las llamadas telefónicas constantes, las pilas de expedientes entre el médico y el paciente, la posición incómoda de la silla del paciente al lado de la puerta, la infraestructura inapropiada, descuidada y el personal de apoyo antipático, no permiten el encuentro emocional con el paciente.

2. Los tipos de lenguaje

Existen dos tipos de lenguaje: **verbal y no verbal**. El lenguaje verbal es el más perceptible entre el médico y el paciente. Utiliza los códigos verbales. El lenguaje no verbal consiste en el fenómeno de transmitir información sin utilizar los códigos verbales.

Un mismo gesto, o movimiento, puede ser interpretado de diferentes formas lo que depende del contexto, las experiencias del intérprete y su habilidad para reconocerlo e interpretarlo adecuadamente.

El lenguaje no verbal se representa a través de alguno de los siguientes componentes:

a¹. Paralenguaje

El tono, el timbre de la voz, la cadencia del habla (el modo de decir las cosas), los sonidos y el tiempo de expresión.

b¹. Movimientos

La sincronía entre los gestos y el habla.

c¹. Posición

La actitud corporal abierta o cerrada.

d¹. Gestos

Los emblemas, reguladores, ilustradores y adaptadores, los ademanes.

e¹. Expresiones faciales

El estado emocional. Expresan el confort, el placer, la excitación, la felicidad, o por el contrario, la incomodidad, la ansiedad, el enojo, la tristeza, la evasión.

f¹. Microexpresiones

Las expresiones faciales de fracciones de segundo de duración

En todo proceso de comunicación solamente el 30% del mensaje se transmite a través de las palabras, el resto se trasmite por medio de los gestos, poses o movimientos corporales. Es más, cuando hay contradicción entre la expresión facial y los contenidos verbales, se tiende a dar más crédito a los mensajes no verbales. Las emociones se filtran entre las palabras, mediante algunos de los componentes del lenguaje no verbal.

Por estos motivos, todos los profesionales de la salud deben aprender a reconocer en sí mismos y en los pacientes los elementos del lenguaje no verbal.

En el Médico

Es importante para modular el lenguaje no verbal en beneficio de la práctica médica y del paciente.

En el Paciente

Es fundamental para recolectar información sobre la percepción que tiene el paciente sobre la importancia de su padecimiento y el efecto de éste en su vida.

C. EL ENTORNO DE LA RELACIÓN

El espacio donde el proceso de comunicación humana se lleva a cabo, juega un papel importante en el adecuado desenvolvimiento del acto médico. Sin intentar ser exhaustivos, algunos aspectos deseables del entorno de la entrevista se anotan a continuación:

1. La ergonomía

Los ambientes demasiado ruidosos, oscuros, húmedos, fríos o calientes propician el desenvolvimiento de patrones aberrantes de comunicación.

Ej.

Las condiciones inadecuadas del consultorio propician con más facilidad la expresión de la irritabilidad y el cansancio, en ambos extremos del acto de comunicación.

2. La limpieza y estética

Más allá de aspectos relacionados con la asepsia y antisepsia de los servicios de salud (que se dan por sentados), el orden del escritorio y el aseo personal del profesional son indicadores subjetivos de que el paciente va construyendo acerca de la pericia y el estatus de credibilidad del médico que lo atiende.

Más adelante en el apartado D de esta unidad, se profundizará en el tema de los encasillamientos que tanto el médico como el paciente hacen uno del otro desde su primer encuentro.

3. La privacidad

El acto médico requiere de un espacio emocional y físicamente seguro para el paciente. La narración de una dolencia, las emociones que ello suscita y la aproximación al contacto físico, mediante la exploración física, requieren de un mínimo de respeto a la privacidad tanto del paciente como del profesional.

4. Los obstáculos

a. La distribución espacial

Aunque este tema suscita alguna controversia, se ha sugerido que la distribución espacial de los artículos de oficina, concretamente el escritorio y las sillas del paciente y el médico, pueden tener impacto en el acercamiento empático entre ambos.

La recomendación de una distribución que permita que el paciente y el médico se encuentren frente a frente sin el obstáculo del escritorio (respetando, por supuesto, el espacio de burbuja), se hace con el fin de lograr las siguientes metas:

- Que el paciente perciba que el médico le presta toda su **atención** a lo largo de la anamnesis.
- Que, dependiendo de la calidez del encuentro, el paciente también perciba la **cercanía emocional** de su entrevistador.
- Para el médico es una **oportunidad de ejercitar sus habilidades** de comunicación no verbal y completar el análisis clínico.
- Finalmente, y como producto de lo anterior, es conveniente que se favorezca el **entendimiento y la confianza mutua**, y, por ende, una mejoría en el diagnóstico, la adherencia y el cumplimiento de las indicaciones que el paciente recibe.

b. El expediente clínico

Un obstáculo, digno de toda consideración, es el que constituye el llenado del expediente clínico.

Ya sea en su formato físico o electrónico, este instrumento no es, ni será nunca, en sí mismo, el fin del acto médico; sino sólo un instrumento. Como tal debe recibir el trato que merece. Algunas propuestas para aproximarse al problema del llenado eficiente del expediente clínico incluyen:

Ej.

- El médico puede hacer una pausa en la conversación con el paciente para explicarle la importancia del llenado del expediente.
- Posteriormente, el médico puede realizar la revisión del problema y hacer sus anotaciones.
- El médico puede hacer partícipe del llenado del expediente al paciente, mostrándole el resultado evolutivo de las pruebas de laboratorio en un paciente crónico, o los gráficos de peso-talla a los padres de un niño en la consulta de crecimiento y desarrollo. Esto con fines educativos y de refuerzo de la comunicación en la relación médico-paciente.

D. EL IMPACTO DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

En los primeros segundos de la entrevista, el paciente y el médico se hacen cada uno una imagen del otro. La opinión del paciente se basa principalmente en la información no verbal y la imagen del entrevistador. Esta imagen está principalmente condicionada por su aspecto físico, la manera de escuchar, de hablar y por el entorno.

Ej.

El paciente opinará que el médico es “bueno” o “malo” sin conocer su currículum o tener los elementos técnicos para juzgar si hace adecuadamente el procedimiento de exploración.

En cada contacto, el paciente intentará responder a dos preocupaciones básicas: ¿Se interesa por mi problema? y ¿Tiene competencia técnica para solucionarlo?.

La conclusión del paciente no tiene por que ser lógica o racional, sin embargo ésta se puede modificar o acentuar en el transcurso de la entrevista y a lo largo de futuros encuentros.

La opinión del médico se basa en situaciones o estereotipos que hacen que el médico actúe en forma particular.

Ej.1

Un médico puede responder más favorablemente y sentirse más cómodo con los pacientes que personalmente se perciben como atractivos.

Ej.2

En general, los pacientes mejor vestidos reciben más información y se les escucha más.

Ej.3

Las personas de tipo somático pícnico son a menudo percibidas más como afables, cálidas y comprensivas. Las personas delgadas son percibidas como introvertidas, tímidas o suspicaces. Las personas atléticas son percibidas como dominantes, enérgicas y emprendedoras.

Ej.4

Los pacientes de bajo nivel socioeconómico son los que usualmente reciben menos información de los profesionales de salud.

Los estereotipos dependen del ambiente cultural y social y niegan la individualidad de los pacientes. Son trampas que en forma consciente deben ser superadas buscando otros datos más objetivos para la atención.

Sólo si el médico es consciente de la reacción que le suscita cierto tipo de pacientes será posible contrarrestar esta percepción. Las percepciones inadecuadas deben ser comprendidas y controladas por el profesional de salud.

E. LA RAZÓN OCULTA DE LA CONSULTA

Al valorar los problemas presentados por los pacientes durante la visita, se debe revisar si el paciente ha presentado el problema real o si alguna situación subyacente ha provocado la expresión de sus síntomas.

Ocasionalmente los pacientes elaboran síntomas que les permiten aducir una razón aceptable para visitar al médico.

Ej.

Una mujer joven solicita una cita por faringitis, pero la preocupación real es una leucorrea.

Una pregunta abierta, que permita el abordaje de la situación, podría ser: "Su garganta parece estar bien. ¿Está usted preocupada por algo más? o ¿hay algo más que pueda hacer por usted?"

Esta situación se presenta frecuentemente cuando la recepcionista (o el guarda) acostumbra preguntar a los usuarios acerca de la naturaleza de la visita.

La facilidad con la cual la verdadera preocupación del paciente se ponga de manifiesto frente al médico, dependerá de lo abierto que éste se muestre y de su habilidad para percibir una necesidad no satisfecha.

Res

La relación médico-paciente es mucho más que la sola transmisión de información de un emisor a un receptor. Es ante todo, un espacio de encuentro humano en que se expresan las emociones, los temores, los conflictos y las expectativas de ambas partes.

No existe un modelo de autopercepción médica puro, sin embargo; todos los profesionales tienen un modelo predominante. Es importante que el médico reconozca el comportamiento predominante en su ejercicio profesional.

Para fortalecer la efectividad de la relación entre el paciente y el médico es un requisito indispensable que el médico reconozca las barreras, las reacciones y la forma de comunicación ante los diferentes tipos de pacientes o situaciones.

El esfuerzo del médico por mejorar el quehacer como funcionario de la salud, debe ir orientado a comprender, primero; como persona y, luego, como médico, la necesidad de "escuchar más allá de las palabras" y de intervenir más allá de las recomendaciones y las prescripciones, con el mejor instrumento terapéutico que posee: su propia humanidad.

F. ALGUNOS ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LA RELACIÓN

La mayoría de los conflictos médico legales, tienen su origen en una mala relación médico-paciente y concretamente en un mal proceso de comunicación. Los capítulos precedentes sientan las bases para que los aspectos médicos y los legales entren en conjunción y mutuo apoyo.

1. El consentimiento informado

El consentimiento informado es parte del derecho humano del paciente de decidir sobre su persona, aunque esté enfermo. La posición del médico ante este derecho, es decir la verdad, aunque esto no excluye la posibilidad de decirla en forma adecuada y considerada.

Consentimiento informado (Concepto)

Es la aceptación, por parte del enfermo, de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de haber recibido y comprendido la información adecuada para poder implicarse plenamente en la decisión final.

Para informar al paciente es recomendable el uso de todos los métodos a disposición.

Ej.

Estos incluyen las conversaciones, los folletos, las videocintas, las lecturas o los documentales recomendados, entre otros.

Con respecto al uso de los formularios de consentimiento informado, debe tenerse claro que, éstos tienen que ir siempre precedidos del diálogo directo entre el médico y el paciente y del tiempo necesario para que el paciente pueda comprender la información y expresar sus dudas.

El propósito principal del documento de consentimiento informado es proveer evidencia documental, de que la información se ha dado y que se ha obtenido el consentimiento del paciente, sin embargo, este documento nunca puede sustituir al diálogo franco y humano.

Otra de sus funciones es proteger legalmente a los profesionales de posibles denuncias por falta de información o información insuficiente en el paciente. El consentimiento informado, sin embargo, no implica exoneración de la responsabilidad por parte del médico ni de la institución.

a. Requisitos mínimos: los requisitos mínimos para que un paciente otorgue el consentimiento informado incluyen:

a¹. La voluntariedad

El sujeto decide libremente, sin persuasión, manipulación ni coerción.

b¹. La información

Para poder decidir libremente, el sujeto debe recibir la información mínima necesaria, adaptada a su nivel de entendimiento, sobre el objetivo, procedimientos, beneficios esperados, riesgos potenciales, incomodidades derivadas, posibles alternativas y el carácter voluntario de su decisión.

c¹. La comprensión

Para que el consentimiento sea válido es preciso que se haya comprendido la información proporcionada. La capacidad o competencia de un individuo para comprender, está en función de su inteligencia, su habilidad de razonamiento, su madurez y su lenguaje

b. Excepciones para no solicitar el consentimiento informado:

- Cuando la falta de intervención supone un riesgo para la salud pública.
- Cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones se pide al responsable el consentimiento.
- Cuando la urgencia no permite demoras que puedan ocasionar lesiones irreversibles o pueda haber peligro de muerte.

En relación con el tema el código de moral y ética médica establece:

Artículo 43

“Para efectuar cualquier procedimiento el médico debe brindar la información al paciente y obtener previamente su consentimiento, o el de su responsable legal, por escrito, salvo en caso de real emergencia, con peligro de la vida”.

Artículo 45

“El médico no deberá ejercer su influencia, con el fin de coaccionar el derecho del paciente de decidir libremente sobre su persona y su bienestar en relación con un acto médico”.

Artículo 66

“Se prohíbe al médico... negar al paciente el acceso a su expediente clínico, ficha clínica o similar, o negar las explicaciones necesarias al nivel de su comprensión, salvo cuando ello pueda ocasionar riesgos para el paciente o a terceros”.

2. Secreto profesional

El médico no debe revelar a terceros, hechos de que tenga conocimiento en virtud del ejercicio de su profesión, salvo por requerimiento legal o autorización expresa del paciente o de su representante legal.

Secreto legal (concepto)

“Por secreto médico se entiende todo aquello que, por razón de su ejercicio profesional, haya llegado a conocimiento del médico, ya fuere porque le fue confiado o porque lo observó o lo intuyó”.

Artículo 100, Código de Ética y Moral Médica

Esta prohibición se mantiene en las siguientes situaciones:

- Aunque el hecho sea del conocimiento público o el paciente haya fallecido.
- A solicitud de declaración testimonial; en este caso el médico comparecerá ante la autoridad y declarará su impedimento. “El médico quedará relevado de ese impedimento cuando la información confiada a él pudiera poner en peligro la vida o la salud de terceros” (Artículo 101, Código de Ética y Moral Médica).

“El médico no debe revelar el secreto profesional referente al paciente menor de edad, inclusive a sus padres o responsables legales, desde el momento en que se determine que ese menor tiene la capacidad para evaluar su problema y conducirse por sus propios medios para solucionar, salvo cuando negar dicha revelación pueda acarrear daño al paciente o a terceros” (Artículo 102, Código de Ética y Moral Médica).

“El médico es el custodio de la información contenida en el expediente clínico en los servicios de salud en el trabajo. Sólo la compartirá con quien médicamente corresponda. Esa información será confidencial, no la revelará aún ante la exigencia de los directores de la empresa o institución, salvo que el silencio pueda poner en peligro la salud de los empleados o de la comunidad” (Artículo 104, Código de Ética y Moral Médica).

3. Conflicto de intereses entre el médico y el paciente

El Código de Moral y Ética Médica establece las siguientes prohibiciones en el capítulo V:

- Exagerar la gravedad del diagnóstico, del pronóstico, complicar el tratamiento, excederse en el número de visitas, interconsultas o en cualquier otro procedimiento médico, así como crear artificialmente situaciones de alarma, respondiendo a intereses personales (Artículo 57).
- Aprovechase de las circunstancias propias a la relación médico paciente para obtener ventajas materiales, emocionales, sexuales, financieras o políticas (Artículo 62).

En el Artículo XV del Código se establece que estas faltas son consideradas gravísimas.

Concl.

El conocimiento de los aspectos éticos y legales inherentes al ejercicio del acto médico es **fundamental** para el desarrollo adecuado de la relación médico-paciente, a fin de evitar situaciones que afecten dicha relación y consecuentemente la salud del paciente.

El consentimiento informado es una protección principalmente para el médico, en que se asegura que su proceder es aceptado por el paciente.

El secreto profesional debe ser parte intrínseca de la ética del médico, ya que la información que brinda el paciente es altamente confidencial, promovida por su necesidad de solventar sus problemas.

El posible conflicto de intereses en la relación médico-paciente, debe estar presente permanentemente en la conciencia del médico, a fin de evitar el uso inadecuado de su potestad o poder con el paciente.

II. EL PROCESO DE LA CONSULTA



Facilitar la atención integral a través de la organización funcional de la consulta médica.

A. LOS PROCEDIMIENTOS EN LA CONSULTA

El abordaje inicial del usuario incluye el saludo inicial y la identificación del médico para lograr establecer un ambiente de confianza. El médico debe identificar el motivo de la consulta y demostrar interés por las expectativas del usuario.

Se establece un contrato inicial, en que se fijan los alcances de dicha consulta en una forma clara y se realiza una búsqueda en paralelo, de las expectativas del paciente y las del médico. Luego de la anamnesis y el examen físico se establece una lista de problemas, el plan de manejo y se brinda educación. Se establece un contrato final para definir el seguimiento del caso con el paciente.

1. Reconocimiento de los datos subjetivos

Comprende la historia del problema y toda la información descriptiva que el paciente considere importante, incluidos los síntomas y sus sensaciones. Ésta es una interpretación de los problemas según los ve el paciente y por ende es subjetiva.

Es fundamental escuchar activamente la información que esta brindando el paciente y es importante que el médico sepa identificar las expectativas del paciente, para lo cual debe prestar atención cuidadosamente al motivo de consulta que tiene el paciente. Cuando entra un cliente en un negocio, el dueño naturalmente tiene mucho interés en saber qué es lo que busca esta persona. Pero en el consultorio médico no siempre es así, y para eso existen muchas razones:

- Cuando el médico conoce a la persona desde hace un tiempo, con más facilidad tiende a pensar que ya sabe la razón por la cual el paciente ha venido a consultar.
- Los pacientes que consultan frecuentemente, crean un factor de riesgo. En este sentido el médico, con base en unas pocas palabras para del paciente, cree saber cuál es el motivo de la consulta.
- Muchos médicos consideran poco natural, la búsqueda por aclarar el motivo de la consulta. Otros piensan que eso llevará demasiado tiempo, no ven la

necesidad, no quieren molestar al paciente o simplemente no tienen la habilidad para hacerlo.

En la práctica del primer nivel de atención, con relativa frecuencia, el motivo de consulta no es claro (ni siquiera cuando hay una queja explícita). En este caso, existe una razón de más para analizar con mayor énfasis cuáles son las expectativas que tiene el paciente respecto de la consulta. Se trata de fomentar la eficiencia y el dominio de la consulta, para lograr que lo que hace el médico esté conforme con las necesidades del paciente y, por ende, habrá mayor probabilidad de que el paciente colabore en la ejecución del plan de seguimiento.

2. Recolección e interpretación de datos objetivos

Los datos objetivos se obtienen de la exploración física que hace el médico y con los de los exámenes complementarios realizados. Comprenden todas las medidas e información real obtenida, sin ninguna distorsión ni sesgo, a través de una recolección con orden homogéneo. Se toman en cuenta tanto los datos positivos como los negativos que se consideren importantes.

3. Análisis de los datos

Se refiere al diagnóstico o a la descripción de un problema en su estado actual de resolución. Se debe realizar un diagnóstico diferencial, en que se contemplen todas las posibilidades para “descartar” y aclarar la causas del problema. La conclusión puede ser la desaparición completa del signo o síntoma sin alcanzar jamás un diagnóstico final o bien una combinación de diversos signos y síntomas englobados en un diagnóstico definitivo.

Es importante realizar una priorización en base a la **lista de problemas**, ya que será una guía para definir el plan por seguir; además, se debe identificar el riesgo del paciente y considerar los aspectos de su personalidad que pueden influir en el manejo del problema.

Ej.

Lista de problemas	
Subjetivo	Astenia, lentitud intelectual, intolerancia al frío, constipación, alopecia difusa
Objetivo	Bradicardia, mixedema, tiroides palpable, TSH elevada
Análisis/ Evaluación	Hipotiroidismo

4. Plan de trabajo con participación del paciente

El plan de trabajo incluye las diferentes modalidades diagnósticas y terapéuticas empleadas para abordar un problema. Se deben anotar todos los medicamentos actuales, pruebas de laboratorio, procedimientos, planes diagnósticos futuros, educación al paciente, etc. El apartado del tratamiento es lo más importante, ya que la evaluación futura exige comparar los resultados con los planes de tratamiento previos y así, determinar si los resultados obtenidos se relacionan con los esperados.

Este apartado incluye la negociación con el paciente para ponerse de acuerdo sobre el problema, la priorización, la identificación de los determinantes y el método de abordaje. Es fundamental que la toma de decisiones que culmina en este plan de trabajo involucre aspectos relacionados con uso racional de recursos.

Para ejecutar el plan se consideran los siguientes aspectos :

Cuadro 1
Diferentes tipos de intervenciones en la consulta ambulatoria

Plan diagnóstico	Pruebas solicitadas, tanto para aclarar un problema como para la detección de complicaciones propias o agregadas a la enfermedad.
Plan terapéutico	Indicaciones para la resolución del problema: medicamentos, dietas, cambios de hábito, etc. Se debe elegir la modalidad terapéutica que mejor se ajuste a las características del paciente, garantizando la aceptación y el posterior cumplimiento del mismo.
Plan educativo	<p>Es muy importante sobre todo para pacientes con padecimientos crónicos, ya que el tratamiento constituye un rasgo constante a lo largo de su vida. Se debe brindar información al paciente y su familia acerca del problema, así como de en signos de alarma y reajustes necesarios.</p> <p>También es importante indagar sobre la disponibilidad de grupos o asociaciones comunales de apoyo.</p>
Plan de seguimiento	<p>Exponer el plan ideado para controlar la evolución del problema. Dejar una cita de control con las metas por cumplir para ese momento.</p> <p>Aquí cobra especial importancia el contrato final, con la finalidad de dejar constancia de que se revisarán otros problemas de salud que no se han visto en la consulta actual.</p>

Una historia clínica bien elaborada y eficiente es una de las herramientas más valiosas para el médico, ya que le permite conocer los hechos más relevantes sobre el enfermo. Además, facilitará la documentación y la rápida recuperación de la información para la continuidad en la atención.

La información se ordena de manera sistemática, lógica y coherente. Debe ser completa y exacta y reflejar el estado de salud de la persona. La práctica de la medicina en el primer nivel de atención, implica la atención de los pacientes durante largos períodos, por lo que las enfermedades agudas no se pueden considerar hechos aislados sino parte del proceso global.

Existen diferentes formas para organizar las historias clínicas, que pueden resultar útiles y eficientes a lo largo del tiempo, siempre y cuando estén diseñados de modo que cumplan con los objetivos y se adapten a las necesidades de cada médico. Algunos médicos prefieren los gráficos, otros los diagramas, etc. Lo importante es recordar que la manera elegida debe ser sencilla, sin obstaculizar ni confinar la productividad o la calidad de la atención, evitando el papeleo burocrático innecesario.

En la actualidad, se deben incorporar los sistemas lógicos y bien estructurados que permitan la recuperación efectiva de la información, la evaluación inmediata de las necesidades actuales del paciente y la detección de los principales factores de riesgo que amenazan su salud.

El expediente clínico orientado al paciente (ECOP) es uno de los sistemas más utilizados en el mundo para estos propósitos. Fue elaborado por Weed en 1969, para ser aplicado a la historia clínica hospitalaria. Sus fundamentos sirvieron de núcleo para los expedientes ambulatorios actuales.

Se conoce como “expediente clínico orientado al paciente” ya que evita la despersonalización y destaca la individualidad del enfermo al enumerar los problemas específicos y singulares de cada persona.

El ECOP está diseñado con el objeto de brindar asistencia continua a los pacientes. Se ha utilizado en personas con enfermedades crónicas y en los casos complejos con diversos problemas. Exige una historia dinámica que refleje en todo momento y de forma exacta los problemas presentes y pasados de la persona. De esta manera, ayuda al médico a mantenerse informado de otros problemas latentes.

B. USO DEL ECOP

En el ECOP, el término “problema” tiene varias definiciones.

Problema definición No 1

"Problema es todo aquello que requiera diagnóstico, manejo posterior, o interfiere con la calidad de vida, de acuerdo con la percepción del paciente" (Weed, 1966)

Rakel adaptó el ECOP para el uso ambulatorio y consignó que "Es problema cualquier ítem fisiológico, patológico, psicológico o social que sea de interés para el médico o el paciente" (Rakel, 1995).

**Problema
definición
No 2**

Un problema es cualquier asunto que precise diagnóstico o tratamiento o que impida la calidad de vida en opinión del paciente; puede ser un diagnóstico firme, un síntoma somático o un asunto social o económico. Se trata de cualquier hecho fisiológico, patológico, psicológico o social que preocupe al paciente o al médico y que merece su atención.

Desde cualquiera de estas aproximaciones, son varias las circunstancias, hechos o padecimientos que pueden ser considerados problema, y como tal deberán ser incluidos en el ECOP.

Tipos de problemas

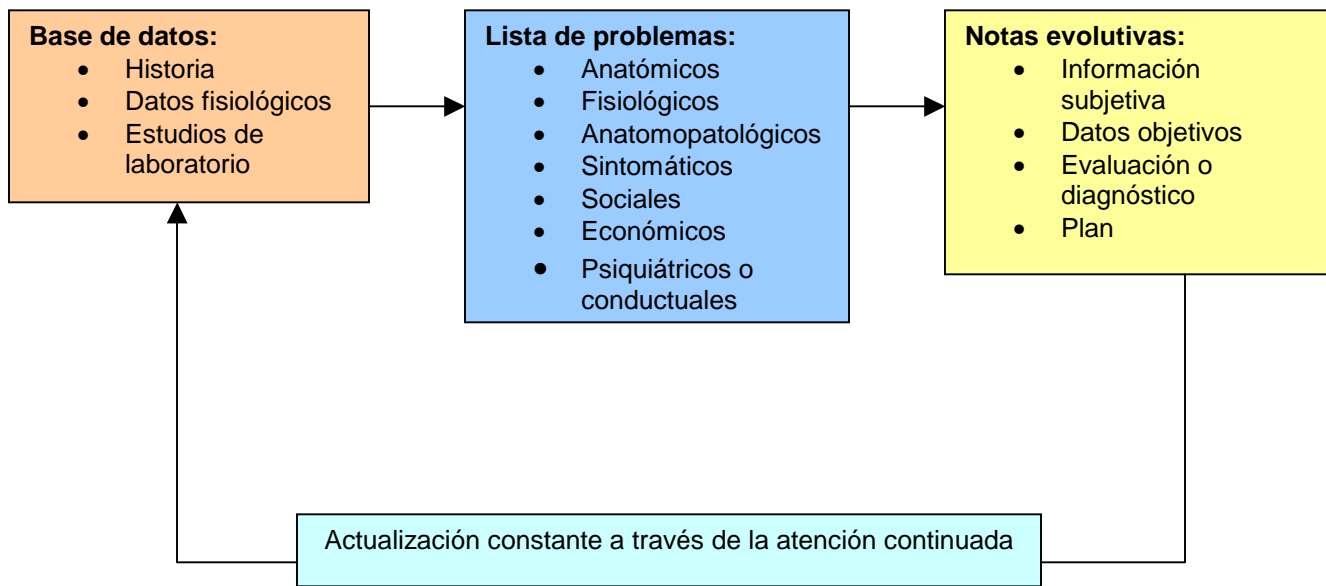
Diagnóstico / enfermedad	asma, diabetes
Deficiencia, incapacidad discapacidad	parálisis cerebral, hemiparesia braquial derecha
Síntoma	dolor torácico, náuseas
Signo	rubicundez, tensión arterial elevada
Examen complementario anormal	glicemia elevada, leucocitos en orina
Reacción alérgica, efecto adverso de un fármaco	alergia a la penicilina, tos por <i>Enalapril</i>
Intervención quirúrgica	apendicitis, colecistectomía
Síndrome médicamente definido	síndrome de Menière, síndrome del túnel carpiano
Efectos de un traumatismo	hematoma, fractura.
Factor de riesgo	Laboral: neumoconiosis Familiar: cáncer de colon, poliposis familiar
Trastorno psicológico/ psiquiátrico	depresión, crisis de pánico
Alteración familiar, social o laboral	padres ancianos, niño recién nacido, recesión, guerra, desocupación

Ej.

1. Elementos básicos del ECOP

- a. Los datos del paciente (en el expediente de la CCSS, se le conoce como hoja cero)
- b. La lista de problemas
- c. La historia clínica inicial
- d. Las notas evolutivas

Figura No.1
Los elementos básicos del Expediente Clínico Orientado al Paciente



a. Los datos del paciente (en el expediente de la CCSS, se le conoce como hoja cero).

b. La lista de problemas

Es el componente más importante del ECOP. Se extrae fundamentalmente de la información acumulada en la base de datos. Cada lista de problemas es personal. Debe ser una “fotografía instantánea” de los problemas médicos pasados y presentes.

a¹. Tipos de problemas

- Anatómicos (hernia).
- Fisiológicos (ictericia de causa desconocida).
- Cualquier signo (hepatomegalia).
- Cualquier síntoma (disnea, fatiga).
- Económicos (dificultad financiera).

Para identificar cada problema se le asigna el número, que corresponde al problema en la lista. De esta manera, las notas evolutivas reflejan el estado actual de cada problema.

La lista de problemas es dinámica. Se modifica constantemente a medida que se añaden problemas nuevos o que los antiguos alcanzan un grado mayor de resolución. Debe contener todos los problemas que padece el enfermo, para que el médico tenga presente la problemática del paciente en conjunto y no se limite al problema que en ese momento sobresalga.

Una de las ventajas del ECOP es que impide que el médico se centre en un campo y olvide el resto de la salud del paciente. Gracias a este esquema, es posible orientarse rápidamente hacia el problema actual más importante, sin olvidar los demás.

Es importante insistir en que el médico debe poner en la lista sólo lo que “**sabe**” que presenta el paciente y no lo que “cree” que presenta, recordar el principio de “anotar lo que se sabe y no lo que se supone”.

b¹. Diseño de la lista de problemas

La lista de problemas se puede organizar de varias formas. El médico elegirá los componentes idóneos y los dispondrá de la forma más apropiada para su ejercicio profesional.

Ej.

El *Baylor College of Medicine* enumera los problemas agudos y crónicos en una misma página.

Otros separan la lista de problemas agudos de los crónicos, e indican las fechas de recidiva.

La legibilidad es un componente esencial de la lista de problemas, para que se puedan observar a “simple vista”. También es importante indicar el estado de actividad o inactividad de cada problema, pues aunque se resuelvan pueden influir en la salud futura del paciente.

Ej.

Cuadro: Lista de problemas

Nombre: Carlos Mena Mora

Fecha nacimiento: 7/8/1932

Nº	Fecha	Problemas crónicos	Comentarios
1	3/2/90	HTA esencial	
	3/2/90	Ca colon	Padre a los 66 años
	6/6/93	Rinitis alérgica	
	5/3/94	Hipoacusia	
	3/8/94	Osteoartrosis	
		Problemas agudos	Recurrencias
	5/7/91	Bronquitis aguda	29/10/92
	17/3/92	Lumbalgia	

De igual manera que se elabora una lista individual, se puede elaborar una lista de problemas familiares. La descripción amplia, visible y concisa de los problemas familiares permite al médico suministrar una atención orientada a la familia y contemplar con una perspectiva adecuada los problemas continuos de cada miembro de la unidad. La lista de problemas familiares enfatiza el hecho de que ningún miembro de la familia puede tener un problema sin que afecte a los demás de alguna manera.

c.¹ Base de datos

Es el primer paso para crear la lista de problemas. La base de datos consta de la historia clínica, el examen físico, los datos fisiológicos y los estudios basales de laboratorio.

Ej.

Una base completa de datos es tan importante para el éxito del ECOP que muchos médicos sitúan la “base incompleta de datos” como “problema número 1” de su lista y lo mantienen en ese lugar hasta obtener todos los datos necesarios.

G. LA HISTORIA CLÍNICA INICIAL

Se han diseñado varias metodologías para recopilar esta información de la manera más completa. Es importante incorporar las notas o referencias de otros médicos para que esta información sea lo más fidedigna posible.

Ej.

Algunos cuestionarios se elaboran para que el paciente los llene en la sala de espera, previamente a la visita.

a¹. Antecedentes familiares

Estos son esenciales para la atención continuada y extensa de la persona y los factores de riesgo propios de cada paciente. Sin embargo, con mucha frecuencia, los datos de la familia son tratados en forma superficial cuando el médico formula preguntas relativas a la frecuencia de problemas hereditarios o transmisibles, sin realmente indagar con profundidad datos que pueden resultar relevantes.

b¹. Exploración física y datos fisiológicos

También existen muchas formas de recopilar esta información, una de ellas es a través de formatos estructurados para marcar casillas, o abiertos.

Ej.

Actualmente también se incorporan programas informáticos en que, a través de ilustraciones de los aparatos y órganos, el clínico representa las anomalías descubiertas en la exploración física.

Independientemente de la forma a utilizar, el examen debe realizarse de manera completa, principalmente durante la primera consulta.

c¹.Datos de laboratorio

Una norma valiosa que ahorra tiempo es llevar todos los informes de laboratorio a una sola hoja de datos. Esta hoja es una de las ventajas que ofrezca hoy en día los ficheros médicos computarizados. Para quienes prefieren el papel, una hoja única evita el volumen y la confusión que la multitud de informes de laboratorio, con sus distintos colores y tamaños.

Además, se ahorra tiempo al recuperar y comparar una secuencia de los datos de laboratorio dispuestos uno al lado del otro de forma cronológica. Esta hoja de resumen también sirve para documentar cronológicamente las fechas y los resultados de la citología vaginal, electrocardiogramas, exploraciones radiológicas y otros parámetros que se desee.

d¹.Notas evolutivas

El secreto de la eficacia del ECOP se basa en una combinación de las notas evolutivas, bien organizadas y estructuradas de forma lógica, con la lista de problemas. Estas se dividen en cuatro grandes componentes, que se conocen como SOAP:

SOAP Componentes

Información subjetiva (S)

- Motivo de consulta
- Síntomas
- Antecedentes familiares o sociales
- Antecedentes personales

Datos objetivos (O)

- Datos de la exploración física
- Datos fisiológicos
- Datos de laboratorio

Análisis (A)

- Diagnóstico
- Estado actual del problema

Plan (P)

- Diagnóstico: pruebas de laboratorio
- Terapéutico: medicación y procedimientos
- Educativo: individual y familiar
- Seguimiento: control ambulatorio e institucional a través de citas.

Estos componentes corresponden a las secciones del fichero médico tradicional: la historia actual, la exploración física, el diagnóstico y el tratamiento. No es necesario describir cada problema en una nota evolutiva en cada visita. Se comentan sólo los problemas actuales y que merecen un cambio en el estado, o se anota información nueva.

Del mismo modo, tampoco hay que comentar cada aspecto o componente de la nota evolutiva en cada visita, si no se ha producido un cambio del estado, ni se dispone de nueva información.

En general, las notas evolutivas tradicionales son largas y la información se dispone de manera aleatoria. Las notas evolutivas del formato ECOP tienen una forma estructurada y suelen contener más datos, aunque menos palabras.

Ej.

Nota evolutiva tradicional:

Paciente: José Zúñiga

Fecha 05-05-2000

Ha presentado recaídas de dolor abdominal desde hace tres días, semejante a dolor ulceroso del año pasado. Ha continuado bebiendo licor y no sigue la dieta. Tiene ligeras molestias en el epigastrio pero no ha emitido deposiciones con color de alquitrán ni presenta un cambio del ritmo intestinal. La prueba de guayaco en heces fue negativa. La esposa afirma que no sigue la dieta en el trabajo ni cuando sale con los amigos. Se insiste de nuevo en la dieta y en la necesidad de abstenerse del alcohol y los cigarrillos. Tratamiento: Maalox. (94 palabras)

Nota evolutiva de la ECOP:

Paciente: José Zúñiga

Fecha: 05-05-2000

Problema N° 3: Úlcera duodenal

S- El dolor recidivó hace tres días- moderadamente grave- ausencia de melena- no cumple la dieta y bebe licor

O- Epigastralgia leve. Prueba de guayaco negativa

A- Úlcera duodenal

P- Maalox, instrucción dietética, retirar alcohol y tabaco (36 palabras)

Ej.

Don Ramón de 65 años acude a la consulta para el control de su diabetes. Hace 5 años que tiene este padecimiento y se controla muy de vez en cuando porque no siente molestias; sólo le indicaron dieta. El examen físico indica que tiene un IMC de 29, la tensión arterial 140/90 y en los pies hay lesiones compatibles con micosis interdigital.

S: Viene por control, tiene diabetes que trata con dieta hace 5 años, no se controla

O: Al examen físico se encuentra con IMC de 29, TA 140/90 y lesiones descamativas en espacios interdigitales de ambos pies

A: 1. Diabetes tipo 2
2. Sobrepeso
3. Tensión arterial elevada
4. Micosis interdigital

P: Diagnóstico: glicemia, PFR, proteinuria 24 h, Hb glicosilada, perfil lipídico, EKG, Rx tórax

Terapéutico:

Diabetes y sobrepeso: dieta balanceada, sin azúcar y caminar

Micosis: lavado y secado de los pies, antimicótico local

Educativo:

Hablarle sobre la Diabetes, complicaciones (micosis), riesgos, problemas asociados (HTA, Obesidad) e importancia de la dieta así como seguimiento con control adecuado.

Dar educación a la familia para que proporcione apoyo en el control del paciente y logre realizar las adecuaciones necesarias para mantener el equilibrio familiar ante la enfermedad del paciente (modificación en la preparación de los alimentos, ayuda para el uso de medicamentos, realizar actividad física en conjunto).

Indicar criterios de consulta antes de la cita convenida (si siente mareos, fiebre, poliuria, polidipsia o si sufre algún trauma, etc)

Seguimiento:

Monitoreo de la diabetes, el peso y tensión arterial, puede ser ambulatorio por parte de enfermería y luego continuar con el médico en el control indicado y acorde a los otros puntos del plan.

Dejar cita de control indicando fecha, lugar y hora.

Dar seguimiento a la familia desde el punto de vista sicosocial como en materia de tamizaje y prevención de enfermedad en otros miembros de la familia.

Referencias Bibliográficas

CCSS. **Atención Integral en Salud**. Módulo 2 del Curso gestión Local de Salud. Primera edición. San José Costa Rica, EDNASSS. 2000.

CCSS. **Bases del Sistema Nacional de Salud y Proceso de Modernización**. Módulo 1 del Curso gestión Local de Salud. CCSS. Primera edición. San José Costa Rica, EDNASSS. 1999

Galvin Kathleen M. **Family Communication**. Cap. 5: Communication and family y roles and types. Scott, Foresman and Company, Illinois, 1986.

Janet Christie-Seely. **Working with the family in primary care**. Caps. 12, 16, 24, 25, 26, 27, 31. Ed Praeger, New York. 1984.

Mc Daniel, Susan. **Family – Oriented Primary Care**. E.U.: Springer – Verlaq, 1990.
Rakel, **Textbook of Family Practice**, 4th edition, WB Saunders Company, 1990

Sloane pd: **Working with families in: Essentials of Family Medicine**, Baltimore, Williams & Wilkins, 1988, pp. 3-13.

Zurro, Martín. **Atención Primaria**. España: Harcourt Brace de España S.A., 1999.

De los autores y autoras

Oscar Villegas del Carpio

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (UCR), Maestría en Salud Pública con énfasis en Epidemiología, Universidad de Johns Hopkins. Ha desarrollado iniciativas para el primer nivel de atención, desde el nivel local, regional y central, principalmente en las áreas de prevención y las enfermedades no transmisibles, aplicando nuevas tecnologías, la investigación, la docencia y la planificación.

Alcira Castillo Martínez

Actual Directora de la Escuela de Salud Pública, trabajadora social, socióloga, docente e investigadora de la Facultad de Medicina desde 1976, Maestría en Salud Pública con énfasis en Administración de registros médicos y sistemas de información; Maestría Académica en Sociología Política. Con amplia experiencia en la coordinación académica de programa de capacitación en servicios con metodología de educación a distancia, en especial en el Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de Salud.

Douglas Montero Chacón

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (UCR), especialista en Gerencia de Servicios de Salud (ICAP). Es profesor del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en la UCR, coordinador y profesor de pregrado y rotación del internado de Medicina Familiar y Comunitaria en la Universidad Latina. Actual director de la Clínica Clorito Picado, centro docente de Medicina Familiar y Comunitaria, y Presidente de la Asociación de Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

Kristin Holthuis

Médico especialista en Medicina Familiar, Universidad Nacional de Leiden, Holanda. Amplia experiencia en atención a las personas en el primer nivel de atención en Costa Rica y en Holanda, con énfasis en la investigación de la mortalidad infantil y la atención a comunidades indígenas.

Alejandro Álvarez Mora

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (UCR), Jefatura del Primer Nivel de Atención de la Clínica Clorito Picado, CCSS. Profesor de posgrado Medicina Familiar y Comunitaria.

Julia Freer Vargas

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (UCR), labora en la Unidad de Medicina Familiar de la Clínica Clorito Picado, CCSS.

Fernando Vásquez Lizano

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (UCR), labora en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Liberia, CCSS.

Autoridades Institucionales

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

DR. ELISEO VARGAS GARCÍA

Presidente Ejecutivo

DR. HORACIO SOLANO MONTERO

Gerente Médico

DR. JUAN CARLOS SÁNCHEZ ARGUEDAS

Gerente Modernización

LICDA. NORMA MONTERO GUZMAN

Coordinadora

Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

DR. LUIS ARTURO BOZA ABARCA

Director Ejecutivo

Centro de Desarrollo Estratégico e Información de Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)

DRA. NURIA BAEZ BARAHONA

Coordinadora

Sub Área de Posgrados y Campos Clínicos

CENDEISSS

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

DR. GABRIEL MACAYA TREJOS

Rector

DRA. LEDA MUÑOZ GARCIA

Vicerrectora

M.Sc. CLAUDIO VARGAS

Director Sección Extensión Docente

Vicerrectoría de Acción Social

DRA. MARÍA PÉREZ YGLESIAS

Decana

Sistema de Estudios de Posgrado

M.Sc. ALCIRA CASTILLO MARTÍNEZ

Directora

Escuela de Salud Pública

DRA. ILEANA VARGAS UMAÑA

Directora

Maestría en Salud Pública