

## Donde no hay médico de familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo<sup>1</sup>

Cynthia Haq,<sup>2</sup> William Ventres,<sup>3</sup> Vincent Hunt,<sup>4</sup> Dennis Mull,<sup>5</sup>  
Robert Thompson,<sup>6</sup> Marc Rivo<sup>7</sup> y Philip Johnson<sup>8</sup>

*Los médicos de familia son médicos de atención primaria con una formación de posgrado que los capacita para solucionar la mayor parte de los problemas de salud que puedan presentar los pacientes de cualquier grupo de edad de la comunidad donde trabajan. En todo el mundo se percibe la necesidad de contar con médicos de familia como pieza clave de sistemas de salud integrales que ofrecen servicios médicos y de salud pública eficientes y de calidad a toda la población. Para satisfacer esta necesidad, cada país debe valorar y financiar adecuadamente aquellos servicios de atención médica y de salud pública que considere esenciales y ofrecer a los médicos de familia una formación óptima concentrada en los problemas de salud más relevantes de la comunidad a la que sirven. Los autores de este artículo presentan un cuadro general de la enseñanza de esta especialidad en todo el mundo, señalan los obstáculos que dificultan su desarrollo y sugieren estrategias para vencerlos. Se describe como ejemplo el caso de Venezuela.*

El reciente debate sobre la reforma del sistema de salud en los Estados Unidos ha colocado en primer plano la necesidad del país de contar con médicos de atención primaria competentes. Médicos y planificadores han centrado el debate en la necesidad de capacitar un mayor número de médicos de familia y de otros médicos de atención primaria, para

ofrecer una atención de salud accesible y de muy buena calidad (1, 2). Estas preocupaciones no son privativas de los Estados Unidos. Últimamente, la demanda de que se amplíe la formación de médicos de atención primaria se ha esparcido por todo el mundo (3).

La atención primaria de salud es el ramo de la medicina que ofrece atención integral de

<sup>1</sup> Este artículo se publicó originalmente en inglés en *Academic Medicine*, Vol. 70, No. 5, 1995, pp. 370-380 con el título "Where there is no family doctor: the development of family practice around the world". La edición original tenía dos secciones referentes al desarrollo de la medicina de familia en Pakistán y en la República Popular Democrática de Corea y un apartado de agradecimientos, que se han suprimido en esta traducción. Se publica con autorización de *Academic Medicine* y de los autores.

<sup>2</sup> Escuela de Medicina de la Universidad de Wisconsin, Departamento de Medicina Familiar. Dirección postal: Department of Family Medicine, University of Wisconsin, 777 S. Mills Street, Madison, WI 53715, Estados Unidos de América. Internet: chaq@fammed.wisc.edu.

<sup>3</sup> Universidad Nacional Experimental de Táchira, San Cristóbal, Venezuela.

<sup>4</sup> Escuela de Medicina de la Universidad Brown, Departamento de Medicina Familiar, Providence, Rhode Island, EUA.

<sup>5</sup> Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Texas Tech en El Paso, Departamento de Medicina Familiar.

<sup>6</sup> Escuela de Medicina de la Universidad de Texas en Galveston, Texas, EUA.

<sup>7</sup> Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, División de Medicina, Rockville, Maryland, EUA.

<sup>8</sup> Universidad Aga Khan, Karachi, Pakistán.

primer contacto, tanto curativa como preventiva. Se encargan de prestar estos servicios los miembros del equipo de atención primaria, que incluye a médicos, enfermeras y agentes de salud comunitarios, y otros profesionales de salud. En los Estados Unidos, entre los médicos de atención primaria se cuenta a los médicos de familia, y a los internistas y pediatras generales. Los médicos de familia son los únicos "generalistas" que han recibido formación para atender a pacientes de cualquier edad. Debido a su capacidad para proveer atención integral y continua a pacientes de cualquier edad y sexo, y a que integran de manera costo-efectiva la atención preventiva y la curativa, los médicos de familia están bien capacitados para atender prácticamente todas las necesidades básicas de salud de la población, tanto en países desarrollados como en desarrollo.

Los médicos de familia son médicos de atención primaria con una formación de posgrado que los capacita para satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud que puedan presentar los pacientes de cualquier edad de la comunidad donde trabajan. Mientras que "los principios de la medicina familiar son universales" (4), las habilidades y los conocimientos que un médico de familia debe poseer para satisfacer las necesidades de atención primaria de sus pacientes y de la comunidad a la que sirve varían en función de una serie de características como la ubicación de la consulta, las enfermedades más comunes en la zona, los recursos disponibles y la proximidad a otros servicios de salud. En algunos países (Canadá, Estados Unidos, Nepal), los médicos de familia participan en la atención de pacientes hospitalizados mientras que en otros lugares del mundo, su actividad se centra casi exclusivamente en la atención de pacientes ambulatorios (Reino Unido, América Latina). En la mayoría de los países, los médicos de familia trabajan, junto con otros profesionales de la salud, como miembros clave de los equipos de atención primaria de salud.

A pesar de que la especialidad de la medicina familiar se está difundiendo por todo el mundo, muchos países no cuentan aún con

médicos de familia debido a una serie de barreras de índole conceptual, política, financiera y profesional. En este artículo presentamos una serie de estrategias dirigidas a eliminar esas barreras y a promover el desarrollo exitoso de la medicina familiar.

## Necesidad a nivel internacional

Desde 1978, momento en que la Organización Mundial de la Salud lanzó la meta de salud para todos (5), la atención primaria de salud ha figurado como estrategia prominente en los planes de desarrollo de agencias gubernamentales, organismos donantes internacionales y organizaciones filantrópicas no gubernamentales. Todas estas entidades se han concentrado en promover tanto la atención primaria de salud integral como la atención primaria selectiva con énfasis en programas de salud pública, mientras que han prestado escasa atención a definir cuáles deben ser las funciones más apropiadas de la atención médica, el cuerpo médico y la enseñanza de la medicina. La gran mayoría de la población mundial aún no tiene garantizado el acceso a un sistema de atención primaria de salud integral. Esta necesidad es más tangible en las naciones en desarrollo, pero también está presente en muchas de las naciones desarrolladas donde, debido a desequilibrios en la educación y la distribución de médicos, se ha producido una escasez de médicos de atención primaria, especialmente en las zonas rurales y en el centro de las grandes ciudades.

Para atender de manera costo-efectiva las necesidades de atención primaria de salud de los países en desarrollo, muchos países han capacitado a cuadros de trabajadores comunitarios para poner en marcha las estrategias propugnadas por UNICEF (control del crecimiento infantil, rehidratación oral, lactancia materna, vacunaciones, control de natalidad y educación de la mujer) (6). Mediante estas importantes intervenciones se ha conseguido reducir la mortalidad infantil a menos de la mitad en muchas comunidades (7). Sin embargo, las mejoras conseguidas en estas comunidades en cuestión de supervi-

vencia infantil se han estacionado y ha habido escasos cambios positivos en los perfiles de morbilidad y mortalidad de adultos.

Por otra parte, se están produciendo cambios en el perfil epidemiológico de los países en desarrollo. Mientras que antes predominaban las enfermedades infecciosas, ahora son las enfermedades crónicas y las relacionadas con el comportamiento y con el medio ambiente las que predominan (8). En la mayoría de los países en desarrollo, las enfermedades infecciosas siguen siendo la primera causa de mortalidad en niños, mientras que las enfermedades crónicas son la primera causa en adultos (9). Los profesionales de la salud de estos países pueden tener que enfrentar a la vez una situación de alta mortalidad infantil junto a una creciente población de adultos mayores con su carga de enfermedades crónicas. Este período de transición requiere servicios muy por encima de las capacidades de los trabajadores de salud comunitarios y, en su lugar, exige los servicios de médicos de familia con una formación más especializada y conocimientos amplios.

Al mismo tiempo que se están produciendo cambios en la esfera de la salud pública, en la educación médica han ocurrido otros cambios que están generando una gran agrupación mundial de escuelas de medicina con orientación comunitaria (10) y la demanda de que los centros académicos de medicina asuman la responsabilidad de una atención de salud centrada en la población (11). La Cumbre Mundial sobre Educación Médica de 1993, a la que asistieron 240 educadores médicos de 80 países, declaró que los médicos deben promover la salud, prevenir la enfermedad, paliar la discapacidad, y convertirse en líderes de equipos de salud, asesores de las comunidades y proveedores de atención primaria (3). La Organización Mundial de la Salud ha propuesto un cambio de paradigma en la enseñanza de la medicina, retando a las universidades a que abandonen su ambiente cerrado, se hagan responsables de la salud de las poblaciones locales y organicen programas de estudio que comprometan a los docentes y a los estudiantes con una

educación médica centrada en la comunidad (12). Estas y otras propuestas para que la enseñanza médica responda a la comunidad han hecho hincapié en la importancia de reestructurar el ambiente académico, pero le han restado énfasis al establecimiento de un cuerpo viable y funcional de médicos de atención primaria.

La calidad de la formación del médico de atención primaria varía alrededor del mundo. En muchos países, son simplemente médicos que no tienen ninguna otra especialidad y que además han recibido poca o ninguna educación de posgrado en atención primaria. Lo típico en esos países es que los estudiantes de medicina tengan muy poco contacto con pacientes ambulatorios y reciban escasa instrucción en atención primaria y medicina preventiva. Como resultado, esos estudiantes no adquieren las capacidades necesarias para desempeñarse como médicos competentes de atención primaria.

Cada vez adquieren mayor importancia en el ámbito internacional ciertas consideraciones sobre la relevancia, calidad, relación entre costo y efectividad, y equidad de la atención de salud y hay un nuevo interés en la importante función que les corresponde desempeñar a los médicos de atención primaria bien adiestrados. Según muestran varios estudios (13-15), los médicos de familia cuya capacitación ha incluido un programa de residencia proporcionan una atención de calidad, que además es costo-efectiva para una amplia gama de problemas de salud en el punto de entrada al sistema de salud. Además, se ha comprobado que la calidad de la atención facilitada por los médicos de familia es comparable con la de especialistas en varios ramos, incluidos los de obstetricia de bajo riesgo y atención perinatal (16-18), insuficiencia cardíaca congestiva (19) y cuidados intensivos (20). El carácter continuo e integral de la atención de salud ofrecida por médicos de familia bien capacitados está íntimamente relacionado con una mejora de la calidad. En ocho estudios revisados por Franks et al., esas características se asocian con mejores resultados de la atención para pacientes de todas las edades, incluso mayor peso al nacer, me-

nor morbilidad en los niños y menos hospitalizaciones de adultos mayores (21).

Hoy día hay muchos individuos y organizaciones en todo el mundo dedicados a acrecentar la relevancia de la enseñanza y la práctica de la medicina, y el papel del médico de atención primaria en la prestación de servicios de salud. En los Estados Unidos, en octubre de 1993 la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) y la Escuela de Medicina de la Universidad Brown copatrocinaron la Conferencia Internacional sobre la Formación de Médicos de Familia, que se celebró en los Institutos Nacionales de Salud. Se está elaborando un manual basado en la conferencia, para orientar a los docentes en medicina familiar que trabajan como consultores internacionales en el desarrollo de programas de capacitación para médicos de familia (22). En junio de 1994, la primera Conferencia Mundial de Colaboración Internacional en la Reforma de la Enseñanza Médica tuvo lugar en Rockford, Illinois. La conferencia, copatrocinada por la OMS y la Escuela de Medicina de la Universidad de Illinois en Rockford, impulsó la creación de una red mundial de escuelas de medicina con orientación comunitaria para colaborar en el diseño de nuevos modelos de enseñanza médica centrados en la comunidad (23). En noviembre de 1994, la OMS y la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) organizaron en Londres, Ontario, un foro de acción estratégica global cuyo tema fue "Cómo lograr que la atención de salud y la educación médica sean más sensibles a las necesidades del público: el papel de los médicos de familia". A continuación, la OMS y la WONCA colaboraron en la preparación de un plan de acción para alcanzar la meta de salud para todos, potenciar la relevancia de la enseñanza y el ejercicio de la medicina, y acentuar la función de los médicos de familia en la prestación de servicios de salud. En enero de 1995, el Consejo Ejecutivo de la OMS redactó un proyecto de resolución a partir de las recomendaciones del informe OMS-WONCA (24). La resolución fue aprobada por la 49ª Asamblea Mundial de la Salud en su reunión de mayo de 1995.

## Situación mundial de la medicina familiar

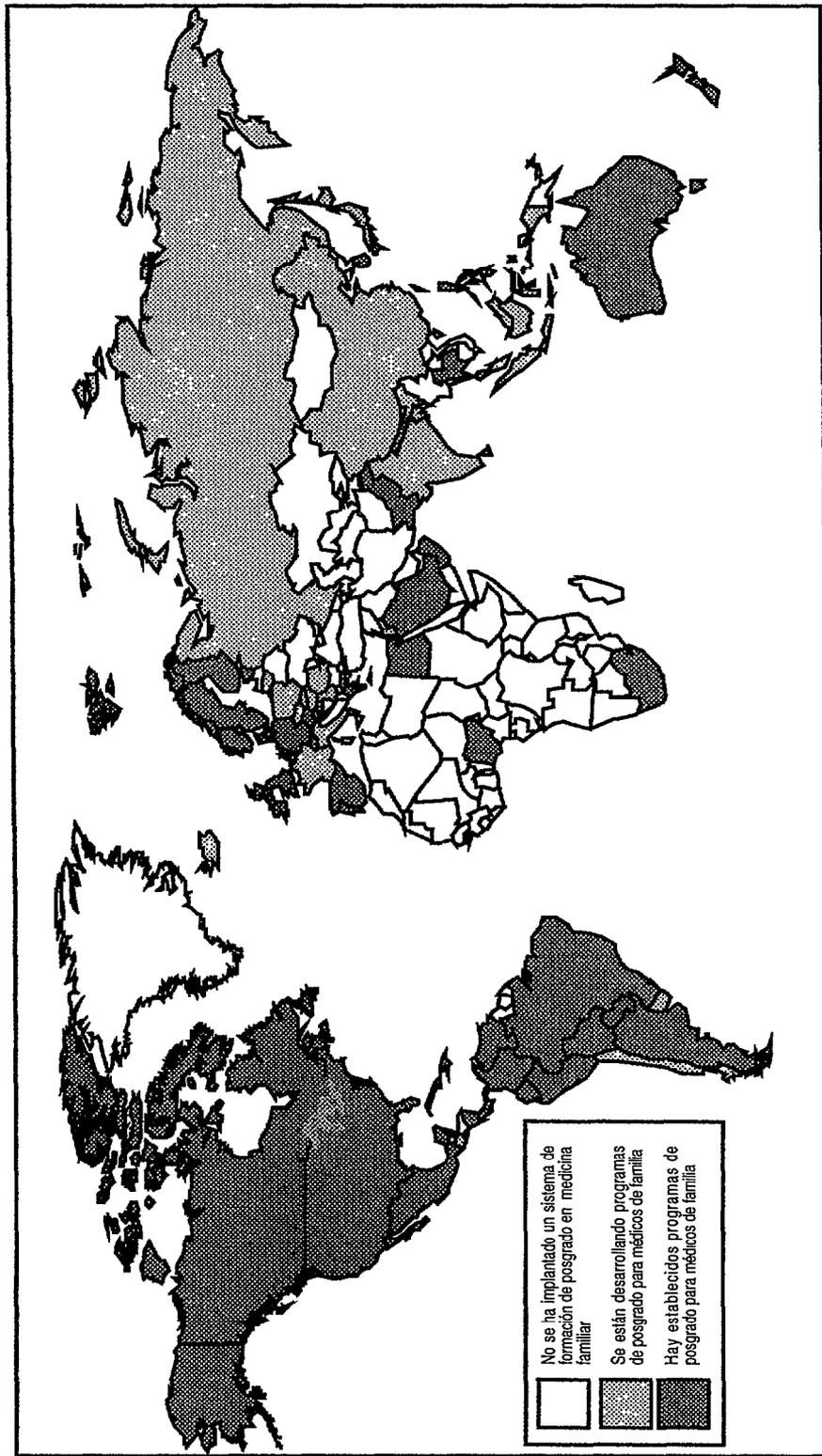
En el mapa (figura 1) se resume la información que hemos recogido sobre la formación de médicos de familia en el mundo en este momento. Por razones de simplicidad y para permitir comparaciones, hemos clasificado a los países en tres grupos según la situación de la medicina familiar:

- I. No se ha implantado un sistema de formación de posgrado en medicina de familia.
- II. Se están desarrollando programas de posgrado para médicos de familia.
- III. Hay establecidos programas de posgrado para médicos de familia.

Los datos que se presentan a continuación han sido reunidos de numerosas fuentes, incluso de informes publicados en el periódico *WONCA News* durante los últimos 6 años (25), documentos personales, artículos de revisión (26-28) y los resultados preliminares de una extensa encuesta sobre la formación de posgrado de médicos de atención primaria, que fue realizada en los países miembros de la WONCA. Esta encuesta consistió en un amplio estudio transversal codirigido por el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Brown y la HRSA. Un cuestionario autoadministrable de 30 páginas fue distribuido a 130 personas de 66 países identificadas como personas clave en el directorio de la WONCA. Respondieron 67 personas que representaban a 52 países y todos los continentes.

La figura 1 intenta ofrecer una indicación aproximada del progreso de la medicina familiar en el mundo. Dada la dificultad de definir términos y obtener datos exactos de países en transición, algunos de los países clasificados en el grupo I quizá dispongan de programas de capacitación que no pudimos identificar. Además, la situación está cambiando rápidamente a medida que muchos países comienzan a diseñar o a poner en marcha programas de formación para médicos de familia. Por otra parte, los países que

**FIGURA 1. Situación de la formación de médicos de familia en el mundo. Países con programas de formación establecidos:** Alemania, Arabia Saudita, Argentina, Australia, Austria, Bahrein, Barbados, Bélgica, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Croacia, Cuba, Dinamarca, Ecuador, Egipto, Esocia, Eslovenia, España, Estados Unidos de América, Filipinas, Inglaterra, Grecia, Hong Kong, Irlanda, Israel, Jamaica, Líbano, Macau, Malta, México, Nepal, Nicaragua, Nigeria, Noruega, Nueva Zelanda, Omán, Países Bajos, Pakistán, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, República Dominicana, República Popular Democrática de Corea, Singapur, Sri Lanka, Sudáfrica, Suecia, Suiza, Taiwán, Venezuela. **Países con programas de formación en desarrollo:** Chile, China, Francia, Guattemala, Hungría, India, Indonesia, Italia, Japón, Jordania, Lituania, Malasia, Polonia, República Checa, República Eslovaca, Rumania, Rusia, Uruguay.



hayán sido clasificados en un mismo grupo no necesariamente se encuentran en un nivel idéntico en cuanto al desarrollo de la medicina familiar. Puede que algunos países del grupo III, por ejemplo, solo tengan un programa acreditado de medicina familiar mientras que otros pueden tener cientos. Debe tenerse en cuenta que entre los distintos países se dan considerables diferencias en criterios de certificación, acreditación, educación médica continuada y porcentajes de médicos de atención primaria con formación de posgrado que están prestando servicios. Según los datos de la encuesta de la WONCA y otras fuentes, por lo menos 56 países tienen programas de formación de posgrado en medicina familiar. Hay que señalar que la mitad de estos programas se establecieron después de 1970, lo cual indica el rápido crecimiento y la importancia de la especialidad, y la necesidad de dar mayor estímulo a la formación de médicos de atención primaria.

### **América del Norte, el Caribe, América Central y Sudamérica**

En las Américas es evidente que el campo de la medicina familiar se encuentra en diversas etapas de desarrollo. Es una especialidad bien establecida en el Canadá, cuyas 16 escuelas de medicina cuentan con departamentos de medicina familiar. Además, hay médicos de familia docentes que participan activamente en la enseñanza de los estudiantes de pregrado y alrededor de la mitad de los licenciados en medicina encauzan su carrera hacia esa especialidad. En los Estados Unidos, la medicina familiar se constituyó en especialidad en 1969 y desde entonces ha crecido hasta abarcar más de 400 programas de residencia. Cerca de 14% de los egresados de escuelas de medicina en 1994 entraron en esos programas; aproximadamente 90% de dichas escuelas tienen departamentos o divisiones de medicina familiar. Los médicos de familia representan 12,7% de todos los médicos no empleados por el gobierno federal que practican medicina en los Estados Unidos (29).

Cuba ha desarrollado un programa integral de formación y empleo de médicos de familia dirigido a prestar atención de salud a todos los ciudadanos (30). En otros países latinoamericanos la situación es más variada. Mientras que la Argentina cuenta con muchos programas, la mayoría de los países latinoamericanos cuentan con un número limitado de residencias y la participación de las escuelas de medicina es mínima. En los años setenta y principios de los ochenta, la medicina de familia se expandió rápidamente en México, pero últimamente el número de centros de capacitación ha disminuido considerablemente (31). Sin embargo, y gracias al apoyo y el liderazgo de varias organizaciones, en toda América Latina se está formando un cuerpo de médicos de familia dedicados y comprometidos a impulsar esta especialidad.

### **Europa**

Los programas de posgrado para médicos de familia están bien establecidos en Dinamarca, Escandinavia, España, Irlanda, los Países Bajos, Portugal y el Reino Unido, pero menos desarrollados en los países del sur de Europa. Muchas naciones de Europa oriental se encuentran actualmente elaborando programas piloto de enseñanza posgrado. La evolución de la medicina familiar en Europa se ha visto afectada por la creciente convergencia de las naciones europeas y por la caída del bloque comunista en Europa central y oriental. Por ejemplo, 12 países de la Comunidad Económica Europea (CEE) han acordado como requisito mínimo que todos los generalistas reciban 2 años de formación posgrado, incluidos 6 meses en una consulta acreditada. Con objeto de diseminar información sobre investigación e iniciativas para desarrollar la medicina familiar en Europa, se han puesto en marcha tanto la Academia Europea de Profesores de Atención General como el Centro Europeo para la Investigación y el Desarrollo en Atención Primaria.

## África, Oriente Medio, Asia y Australia

Se han establecido programas de residencia en medicina familiar en Sudáfrica y Nigeria, y en la Universidad del Canal de Suez en Egipto. El resto de los países africanos no cuentan con programas de formación en este campo o los que tienen están en etapas incipientes. En cuanto al Oriente Medio, la capacitación profesional de médicos de atención primaria está bien desarrollada en Israel, donde cada una de las cuatro escuelas de medicina dispone de un departamento de medicina familiar. La Universidad Americana de Beirut inició el primer programa de formación de medicina familiar en el mundo árabe en 1979, seguido meses después por uno en Bahrein en el Golfo Pérsico. En la Arabia Saudita, Kuwait, Omán y más recientemente en Jordania, ya hay funcionando programas de formación de posgrado. El Comité Árabe de Medicina Familiar establece las normas para los programas de formación en el mundo árabe. Por otra parte, 14 países del Pacífico Asiático han acordado establecer un programa de estudios conjunto en medicina familiar que sea flexible y pueda adaptarse a las circunstancias locales. En lo que se refiere a estos países, la medicina familiar está bien establecida en Filipinas, Hong Kong, Malasia, Singapur, Taiwán y la República Popular Democrática de Corea. En el Pakistán y Sri Lanka se ha iniciado la formación de médicos de familia, y en China, India y Rusia están en marcha programas piloto. Finalmente, Aus-

tralia y Nueva Zelanda cuentan con programas de posgrado bien desarrollados.

## Problemas que dificultan el desarrollo de la medicina familiar

En todas partes del mundo se dan diversos problemas que dificultan la capacitación de un número adecuado de médicos de familia. En tanto que en los países desarrollados esos problemas obstaculizan el establecimiento del sistema de medicina familiar, en los países en desarrollo constituyen serios impedimentos para incorporar médicos de familia bien instruidos al sistema de atención primaria de salud. Esos problemas se resumen en el cuadro 1.

Incluso en los países donde la medicina familiar tiene muchos años de establecida, predomina la opinión de que no es posible producir médicos de atención primaria con amplios conocimientos que sean también capaces de prestar servicios de salud costo-efectivos y de calidad. Los muchos adelantos en conocimientos y tecnología de medicina han creado la impresión de que es demasiado difícil mantenerse al día en todos los aspectos que abarca la medicina familiar. Este concepto equivocado resulta de no entender que se trata de una especialidad con la amplitud apropiada para satisfacer la mayoría de las necesidades de salud en el campo de la atención primaria. La integración efectiva de habilidades para la práctica hospitalaria, ambulatoria y comunitaria representa un reto más para la medicina familiar.

### CUADRO 1. Problemas que dificultan el desarrollo de la medicina familiar a escala mundial

1. No reconocer la medicina de familia como especialidad
2. No ver la necesidad de integrar las prácticas y los servicios clínicos y comunitarios
3. No entender la necesidad de integrar la atención preventiva y la curativa
4. Preferencia por la atención selectiva frente a la integral
5. Tendencia histórica hacia la especialización
6. Creciente dependencia de tecnologías de atención terciaria
7. Financiamiento desproporcionado de la atención terciaria
8. Preferencia por la atención urbana frente al desarrollo del sistema de salud rural
9. La baja posición profesional de los médicos de familia
10. Pocas oportunidades de formación de médicos de familia
11. Falta de liderazgo y de figuras modelo en la medicina familiar
12. Educación médica predispuesta a favor de la formación de especialistas en hospitales
13. Falta de resolución para comprometerse a proveer atención primaria de salud integral y accesible

Desde la segunda guerra mundial se ha estado exportando a los países en desarrollo el modelo de atención médica sobrespecializada y supeditada a la tecnología, que es cada vez más prominente en los Estados Unidos. El énfasis en subespecialidades ha estimulado el interés en aumentar el financiamiento de la atención de salud, pero a nivel terciario. Actualmente, los hospitales consumen la mayor parte del gasto en salud pública en casi todos los países y en los países en desarrollo pueden llegar a consumir hasta 80% de los fondos que los gobiernos destinan a la salud (32). Solo en unos cuantos países que ofrecen acceso universal a la atención primaria de salud se han asignado suficientes recursos para desarrollar programas de atención primaria con personal y financiamiento adecuados (33, 34). Debido en gran parte a la alta fracción del gasto destinado a la atención sobrespecializada y terciaria, son muy limitados los recursos disponibles en la mayoría de los países para apoyar la capacitación en atención primaria o para crear infraestructura clínica a ese nivel.

No es sorprendente, entonces, que los médicos de atención primaria en todo el mundo hayan tenido que soportar una posición profesional más baja que la de sus compañeros especialistas. Por lo general perciben un salario menor que el de los médicos especializados y a menudo trabajan en condiciones difíciles, con una gran carga de pacientes, pocos recursos diagnósticos y el aislamiento profesional de sus colegas. Dentro de la jerarquía médica ha habido renuencia a aceptar la medicina familiar como una especialidad legítima, e incluso en países donde está reconocida, los médicos de familia han tenido que trabajar duramente para ocupar el lugar que les corresponde en la atención de salud y conseguir privilegios hospitalarios apropiados.

Debido a estos factores, y al escaso contacto con la atención primaria que permiten las escuelas de medicina, pocos estudiantes deciden seguir la carrera de generalista, excepto cuando no tienen otra opción. Además, puede ser que no haya oportunidades para conseguir formación de posgrado

en medicina familiar, ya que en muchos países esos programas no existen.

Las fuerzas políticas que determinan el contenido de la educación médica y la gestión de la salud pública no favorecen el sistema de medicina familiar. A veces hay conflictos entre órganos normativos, como las organizaciones gubernamentales, centros académicos médicos y asociaciones médicas, a la hora de determinar el tipo y número de proveedores de servicios médicos que se necesitan y los requisitos para su formación profesional. Entre los directivos encargados de tomar decisiones suele haber pocos que promueven a los especialistas en medicina familiar, especialmente en países donde no se ha desarrollado un sistema de atención primaria sólido. En esos países, la falta de líderes modelo en los estratos académico y clínico es una desventaja seria para el desarrollo de la disciplina. Además, muchos países tienen una larga historia de separar la provisión de servicios clínicos de los de salud pública. Por lo común, en esos sistemas los clínicos tienen poca experiencia en la integración de la atención preventiva con los servicios clínicos, la cual constituye una de las metas principales de la medicina familiar.

## Estrategias propuestas

Promover con éxito la medicina familiar en la esfera internacional requiere una serie de esfuerzos independientes pero coordinados, desde las comunidades locales hasta las organizaciones internacionales. A continuación describimos las estrategias que aparecen resumidas en el cuadro 2, e incluimos el ejemplo de un país para ilustrar cómo se aplican.

**Obtener apoyo político y financiero.** El apoyo nacional, tanto político como financiero, del acceso universal a la atención primaria de salud es de importancia crítica para conseguir recursos adecuados y establecer un sistema que valore la atención primaria. Sin este apoyo, cualquier reforma de la enseñanza médica tendrá una repercusión limitada.

## CUADRO 2. Estrategias para el desarrollo mundial satisfactorio de la medicina familiar

1. Obtener apoyo político y financiero para el acceso universal a la atención primaria de salud
2. Integrar la salud pública en la atención médica
3. Mejorar la posición profesional del médico general
4. Fomentar el desarrollo de médicos de familia como docentes y figuras modelo del medio clínico
5. Crear un programa de estudio de pregrado (escuela de medicina)
6. Crear un programa de estudio de posgrado (residencia o pasantía)
7. Atraer a otros especialistas a participar en la formación de médicos de familia y a trabajar con ellos
8. Fomentar el desarrollo de organizaciones de médicos de familia
9. Establecer una junta de certificación de la especialidad con categoría de asociación médica nacional
10. Hacer que los gobiernos asuman un papel más activo
11. Implicar a los líderes de organismos de salud internacionales
12. Trabajar conjuntamente con los directores de organizaciones internacionales de medicina familiar

### **Integrar la salud pública y la atención**

**médica.** La educación de la comunidad en materia de salud forma parte del núcleo de cualquier sistema eficaz de atención primaria. Incluye la educación de miembros de la comunidad sobre prevención de enfermedades, higiene, problemas de salud comunes, y cómo y cuándo acceder al sistema de salud. En muchas iniciativas de atención primaria se han empleado trabajadores de salud comunitarios para satisfacer estas necesidades. Sin embargo, para ser más eficaces, estos trabajadores deben estar adecuadamente respaldados por médicos de atención primaria capacitados para resolver problemas de mayor complejidad dentro del amplio espectro que abarca ese nivel de atención. Concienciar a los miembros de la comunidad en lo que se refiere a la necesidad de un sistema de salud local accesible, que brinde servicios integrales de nivel primario e incluya a médicos de familia puede contribuir al desarrollo de la salud comunitaria, generar presión conducente a cambios legislativos, y apoyar la contratación y retención de dichos médicos.

### **Mejorar la competencia de los médicos de atención primaria.**

Los médicos de atención primaria en ejercicio que no han recibido una educación de posgrado pueden mejorar su capacidad profesional mediante una educación continuada según su grado de competencia y certificación profesional. Podrían así proveer atención primaria de mayor calidad, al mismo tiempo que aumentar su prestigio y contribuir a apoyar la presencia de la medicina familiar. Las revistas científicas

nacionales e internacionales dirigidas a los médicos de atención primaria desempeñan también un papel importante pues permiten diseminar información profesional, mantener informados a los facultativos de los últimos adelantos científicos y difundir normas de calidad profesional.

### **Obtener un cuerpo docente de medicina familiar.**

Se necesitan líderes enérgicos capaces de demostrar excelencia en la práctica clínica al mismo tiempo que en la enseñanza de los principios de la medicina familiar. Es esencial contar con la participación de médicos de atención primaria que estén familiarizados con el perfil de morbilidad, las características culturales y las necesidades de la comunidad, para asegurar que los programas de formación estén estrechamente relacionados con las necesidades locales. En países que no tengan establecidos programas de formación de médicos de familia, pueden servir de docentes médicos generales locales de gran prestigio, especialistas que apoyen la capacitación en medicina de atención primaria, médicos locales que hayan completado la formación de posgrado fuera de su país de origen, o médicos de familia extranjeros. Para potenciar la disciplina en países con pocos médicos de familia, es esencial ofrecer a los docentes oportunidades adecuadas para que puedan equilibrar la atención clínica y la enseñanza. En determinadas instituciones académicas de los Estados Unidos y el Canadá hay oportunidades de estudio para docentes visitantes mediante los programas de becas de posgrado denominados *fellowships*, pero

el costo de estudiar en otro país limita las posibilidades de hacerlo (35).

**Crear programas de estudio de pregrado y posgrado.** Los programas de estudio de pregrado deben proporcionar a los estudiantes de medicina un buen conocimiento de los problemas de salud de la comunidad y experiencia en atención ambulatoria. La enseñanza de estos dos componentes fundamentales de la medicina familiar es más eficaz cuando se hace de manera continua, comenzando en el primer año de la carrera. Cuanto más temprano se expone al estudiante al plan de estudio de la atención primaria, más probabilidad hay de que se incline por la carrera de generalista (2). Los conceptos de la medicina familiar deben ocupar un lugar de mucha importancia en el plan de estudios. Además, debe procurarse que sean médicos de familia o autoridades en atención primaria quienes se destaquen como profesores y figuras modelo. Las escuelas interesadas en producir un número suficiente de médicos de familia pueden dedicar hasta una cuarta parte del plan de estudios a esta orientación.

El ejercicio de la residencia suele durar de dos a tres años, dependiendo de las necesidades locales. El adiestramiento debe ser tan riguroso como el de otras especialidades y evaluarse cuidadosamente para asegurar que cada residente egresará preparado para ofrecer atención primaria integral y con la competencia para resolver los problemas de salud más frecuentes en su comunidad. Es importante que la certificación de los médicos se base en la aprobación de un examen y que se les impongan requisitos de formación continuada y recertificación, con el fin de que puedan cumplir las normas de calidad y mantenerse al tanto de los nuevos conocimientos.

En último término, la capacidad de atraer estudiantes a la medicina familiar depende de que el plan de estudios ponga énfasis en esta especialidad durante los años de pregrado y permita el contacto con médicos de familia que les sirvan de modelo durante su formación clínica, y de que tengan oportunidades para seguir estudios de posgrado de calidad y tener una carrera bien remunera-

da. A menos que haya una diferencia entre los ingresos del médico general sin formación de posgrado y el especialista que ha completado una residencia en medicina familiar, los médicos recién graduados tendrán pocos incentivos para invertir años adicionales en su formación. En los países desarrollados, las diferencias de sueldo basadas en el nivel de capacitación son establecidas por las compañías de seguros y los reglamentos de personal de los hospitales. En los países en desarrollo, las normativas gubernamentales pueden tener una influencia similar. Por ejemplo en México, el sistema de seguridad social, principal sistema de prestación de atención de salud para trabajadores asalariados, contrata preferentemente a médicos de familia formados en residencias; esta preferencia ya ha ocasionado un cambio en las aspiraciones profesionales de muchos estudiantes de medicina (36).

**Contratar a especialistas.** Los especialistas pueden representar un papel crucial al ofrecer a los médicos de familia una metodología disciplinada para tomar decisiones clínicas y reconocer los problemas complejos que requieren la remisión de pacientes y la estabilización de pacientes graves que deban ser trasladados. La capacidad profesional de los especialistas se puede aprovechar al máximo cuando estos trabajan de forma coordinada con los médicos de familia y otros proveedores de atención primaria que atienden las dolencias comunes y les remiten los pacientes con problemas más complejos. De esta manera, el especialista ejercerá su actividad clínica de acuerdo con su formación, experiencia y vocación.

**Crear organizaciones y sistemas nacionales de certificación de la especialidad.** Las juntas directivas de especialidades fijan los criterios de formación de cada especialidad, definen sus límites y establecen los requisitos para examinar a nuevos miembros y para la recertificación. La certificación de una especialidad no solo asegura un nivel mínimo de calidad, sino que permite que tanto los pacientes como otros pro-

fesionales médicos puedan reconocer los criterios aplicables para merecer esa designación. Sin una formación normalizada ni requisitos explícitos de certificación, habrá grandes variaciones en los servicios y en la calidad de la atención que presten los médicos de familia autodesignados y, como resultado, la especialidad tendrá poca credibilidad. Las organizaciones de médicos de familia debidamente reconocidas pueden desempeñar un papel importante en el establecimiento y el cumplimiento de los criterios de certificación.

**Involucrar al gobierno.** Los gobiernos desempeñan una función destacada en la financiación de la educación médica. En muchos países el gobierno incluso determina el número de graduados médicos, el número de plazas disponibles para adiestramiento en especialidades y su distribución geográfica. Para asegurar que se produzcan números adecuados de médicos de familia, los gobiernos tienen que intervenir redistribuyendo los recursos y rectificando el desequilibrio generado por el exceso de especialistas y la escasez de médicos de familia bien preparados. En los países con sistemas nacionales de salud empeñados en proveer atención primaria integral y universal, aproximadamente la mitad de los médicos son generalistas que trabajan principalmente en servicios de atención ambulatoria (33). En países con recursos muy limitados, los equipos de atención primaria formados por un número adecuado de proveedores no médicos bien adiestrados (trabajadores de salud comunitarios, parteras tradicionales, ayudantes médicos y auxiliares de enfermería) apoyados por médicos de familia, ofrecen la atención primaria más efectiva en función del costo.

**Involucrar a organismos internacionales.** La OMS ha liderado importantes movimientos internacionales de salud pública, sobre todo al definir las normas fundamentales de salud para todos y delinear los procedimientos que deben seguir los países para alcanzar esa meta. Se han guiado por estos

criterios diversos organismos como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), con objeto de determinar prioridades de financiación para proyectos de desarrollo internacional. La OMS ha expresado la necesidad de médicos de atención primaria que existe en todo el mundo (37). Es un llamamiento a la acción que requiere de amplio apoyo para que pueda satisfacerse esa necesidad.

**Trabajar con organizaciones de medicina de familia.** Hay varias asociaciones médicas que promueven el intercambio de ideas entre médicos de familia de diferentes países así como la formación de médicos de familia en todo el mundo. La WONCA promueve la formación de médicos de familia a nivel mundial. El Centro Internacional de Medicina de Familia (CIMF) con sede en la Argentina promueve la capacitación de médicos de familia en América Latina. También trabajan enérgicamente para fomentar el desarrollo de la medicina de familia en otros países los miembros de varias organizaciones nacionales de médicos de familia y de generalistas. Se incluyen entre estas el Real Colegio de Médicos Generales (Reino Unido, Australia, y Nueva Zelandia), el Colegio Canadiense de Médicos de Familia, la Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP) y la Sociedad Norteamericana de Profesores de Medicina Familiar. El Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Texas en Galveston ofrece cursos para el desarrollo de docentes a profesores de medicina familiar latinoamericanos. Mediante el intercambio internacional de médicos de familia y el establecimiento y financiación de un centro internacional para la promoción de la medicina familiar y la formación de especialistas, los profesionales de este campo podrían llegar a conocer la solidez de determinados programas y a potenciar el desarrollo mutuo así como la capacitación de docentes, y podrían prestar asistencia técnica a muchos países interesados en formar médicos de familia.

## La medicina familiar en Venezuela

Debido fundamentalmente a la industria del petróleo, Venezuela ha sido, durante la mayor parte del siglo XX, el país más rico de América Latina. Durante los años setenta y ochenta, el Gobierno de Venezuela envió a muchos médicos a recibir formación en los Estados Unidos y Europa. Este fenómeno contribuyó a enaltecer la atención especializada y terciaria en el país. Hacia fines de los años setenta, se intentó mejorar el sistema de salud como respuesta a fuertes críticas nacionales y a información del exterior sobre el concepto de atención primaria. Desde entonces, una serie de personas clave, de estrategias y de sucesos han contribuido al desarrollo de la especialidad de medicina familiar como modelo para la atención primaria.

En 1979, el doctor Pedro Iturbe, un influyente neumólogo jubilado, se dio cuenta de que el país necesitaba un nuevo sistema de provisión de salud con orientación comunitaria. Con ese objeto, organizó seminarios sobre medicina familiar a los que invitó a políticos y personalidades académicas de la Región. Al mismo tiempo, la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, de Caracas, envió a un grupo de dirigentes del sector de la salud a visitar los Estados Unidos y el Canadá y a enterarse de la medicina familiar como modelo de atención primaria de salud y como estrategia para mejorar la prestación de servicios.

En 1980, con el apoyo financiero del gobierno local, el doctor Iturbe contrató al médico y epidemiólogo venezolano doctor Félix Gruber para que volviera al país tras 10 años de estudio y docencia de la medicina familiar en los Estados Unidos e iniciara el primer centro ambulatorio de esta especialidad en Venezuela. Al año siguiente, el doctor Iturbe convenció al gobierno y a la industria privada de que subvencionaran la creación de la Fundación Venezolana de Medicina Familiar (FUNVEMEFA) que hasta hoy sigue prestando su apoyo financiero para los salarios de profesores y residentes, y reuniones profesionales, así como para dar a conocer la nueva especialidad.

Mientras los doctores Gruber e Iturbe desarrollaban y promovían la idea de la medicina familiar en Maracaibo, la doctora Carmen de Carpio comenzó a promover la especialidad en Caracas, capital del país, desde su puesto de trabajo en el Instituto de Seguridad Social. En 1982 se abrieron simultáneamente tres programas de posgrado, dos financiados por universidades estatales (en Maracaibo y Mérida) y uno por el Instituto de Seguridad Social (en Caracas). Los médicos de familia comenzaron y continúan adiestrándose para trabajar en clínicas comunitarias ambulatorias con el objetivo concreto de reducir la necesidad de atención hospitalaria. Desde el principio, el énfasis en la atención ambulatoria disminuyó la resistencia de otras especialidades y atrajo su apoyo hacia nuevos programas de formación. Debido sobre todo a la capacidad de persuasión de estos tres influyentes médicos, la Asociación Médica Nacional de Venezuela reconoció formalmente la medicina familiar como especialidad médica en 1984 (38).

Con el fin de crear modelos de educadores clínicos, cinco jóvenes médicos con capacidad de liderazgo fueron enviados a mediados de los años ochenta al Canadá, los Estados Unidos y México para recibir formación en programas de medicina familiar. Más tarde, la FUNVEMEFA envió a otros 12 médicos venezolanos a Puerto Rico para que asistieran a un programa de 6 meses de duración de desarrollo para docentes de medicina familiar. Muchos de estos 17 médicos formados en el extranjero siguen siendo académicos influyentes en Venezuela. Además, el doctor Iturbe se encargó de que se tradujera al español el texto de McWhinney, *Introducción a la medicina familiar*. Todos los años, en todo el país, este compendio canadiense de la medicina familiar es discutido y revisado en detalle por pequeños grupos de nuevos residentes.

El desarrollo de la medicina familiar en Venezuela es un ejemplo de la gran influencia que pueden ejercer unas pocas figuras clave. Consiguiendo el apoyo de médicos locales influyentes, y el apoyo financiero del gobierno y del sector privado, e identificando

y cultivando cuidadosamente el potencial de liderazgo de los primeros venezolanos especializados en medicina familiar, el doctor Iturbe dirigió el desarrollo de una red de programas de residencia eficaces y estables hasta el momento de su muerte en 1993. Actualmente, hay 11 programas de posgrado en medicina familiar y más de 500 médicos de familia egresados de esos programas en el país.

## CONCLUSIÓN

El establecimiento de la especialidad y de departamentos académicos de medicina familiar tiene una importancia vital para la consecución de una atención primaria de salud accesible, integral y eficaz. Con el fin de potenciar este proceso, es decisivo en primer lugar que las personas clave de la educación médica y de los organismos que promueven el desarrollo en salud a nivel nacional e internacional perciban la necesidad de contar con médicos bien capacitados. En segundo lugar, los docentes médicos y los planificadores de servicios deben comprender la importancia de tener un plan que integre el adiestramiento con la provisión de atención primaria de salud, comenzando en las escuelas de medicina y extendiéndose al personal médico en ejercicio. En tercer lugar, deben coordinarse oportunidades para conocer las experiencias adquiridas por otros países al establecer programas de medicina familiar. Las comparaciones entre países que se enfrentan a problemas similares pueden ser muy útiles. En cuarto lugar, a medida que los planificadores intenten poner en marcha las posibilidades inherentes a la medicina familiar, deben definir los indicadores de salud que desean ver afectados por el establecimiento de este sistema y calcular en qué grado el ambiente político y médico de sus países puede potenciar su desarrollo y controlar su eficacia. Para dar máximo rendimiento, la formación de los médicos de familia debe orientarse a responder apropiadamente a las necesidades de salud de los pacientes y de las comunidades a las que sirven. Por último, y quizá lo más importante, en materia de financiación, deben

valorarse y remunerarse la atención primaria y la preventiva, y crearse sistemas de incentivos y oportunidades que estimulen a los médicos jóvenes a iniciar su residencia en la especialidad de medicina familiar.

En los países donde no hay médicos de familia, los sistemas de salud están en general dominados por médicos mal preparados para ofrecer atención primaria de salud preventiva y curativa que sea costo-efectiva, de calidad, integral y orientada a la comunidad. Como resultado, a menudo el sistema de salud es fragmentado, costoso y enfocado en una atención curativa y episódica. Por el contrario, el médico de primera línea de un sistema de salud racional debe ser un generalista competente cuya actividad clínica abarque servicios preventivos y curativos tanto para el individuo como para la familia y la comunidad. Si bien aún hay muchas naciones que no reconocen la medicina familiar como especialidad, el número de las que ya lo hacen es sustancial y va en aumento. A pesar de que existen barreras formidables, creemos que hay razones muy sólidas para que la medicina familiar se constituya en la base de la atención primaria en los sistemas médicos del mundo. En su función de docentes y figuras modelo, los médicos de familia son esenciales para el desarrollo de programas de formación en zonas donde no existe la especialidad.

## REFERENCIAS

1. Schroeder SA. Training an appropriate mix of physicians to meet the nation's needs. *Acad Med* 1993;68:118-122.
2. Colwill JM. Where have all the primary care applicants gone? *N Engl J Med* 1992;326:387-393.
3. World Federation for Medical Education. *Proceedings of the World Summit on Medical Education* [Henry Walton, ed.]. *Med Educ* 1994;28:Suppl 1.
4. Medalie JH. *Family medicine: principles and applications*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1978.
5. *Primary Health Care*. Report of the International Conference on Primary Health Care, September 6-12, 1978, Alma Ata, USSR. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1978.
6. World Health Organization-United Nations Children's Fund Statement. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1985.

7. Bryant JH, et al. A developing country's university oriented toward strengthening health systems: challenges and results. *Am J Public Health* 1993;83(November):1537-1543.
8. Evans JR, Hall KL, Warford J. Shattuck Lecture—Health care in the developing world: problems of scarcity and choice. *N Engl J Med* 1981;305:1117-1127.
9. Jamison DT, Mosley WH. Disease control priorities in developing countries: health policy responses to epidemiological change. *Am J Public Health* 1991;81:15-22.
10. Schmidt HG, Neufeld VR, Noonman ZM, Ogunbode T. Network of community-oriented educational institutions for the health sciences. *Acad Med* 1991;66:259-263.
11. Showstack J, et al. Health of the public: the academic response. *JAMA* 1992;267:1497-2502.
12. Bryant JH. Educating tomorrow's doctors. *World Health Forum* 1993;14:217-230.
13. Cherkin DC, Rosenblatt RA, Hart LG, Schneeweiss R. The use of medical resources by residency trained family physicians and general internists: is there a difference? *Med Care* 1987;25:455-468.
14. Utilization of hospital services: a comparison of internal medicine and family practice. *J Fam Pract* 1989;28:91-96.
15. Greenfield S, et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1992;267:1624-1630.
16. Franks P, Eisinger S. Adverse perinatal outcomes: is physician specialty a risk factor? *J Fam Pract* 1987;24:152-156.
17. Kurata JH, et al. Perinatal outcomes in obstetric and family medicine services in a county hospital. *J Am Board Fam Pract* 1989;2:82-86.
18. Rosenblatt RA. Perinatal outcomes in obstetric and family medicine refocusing on the research agenda. *J Fam Pract* 1987;24:119-122.
19. McGann PK, Bowman MA. A comparison of morbidity and mortality for family physicians' and internists' admissions. *J Fam Pract* 1990;541-545.
20. Hainer BL, Lawler FH. Comparison of critical care provided by family physicians and general internists. *JAMA* 1988;260:354-358.
21. Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Sounding board gatekeeping revisited—protecting patients from overtreatment. *N Engl J Med* 1992;6:424-427.
22. Proceedings of the International Conference on the Education of Family Physicians. Bethesda, Maryland, octubre de 1993. Conferencia patrocinada por el Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina de la Universidad Brown, Providence, Rhode Island, y la División de Medicina, Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) de los Estados Unidos de América. (Contrato HRSA #240-92-0051).
23. Skolnick A. First Global Conference on Medical Education. *JAMA* 1994;272:504-505.
24. Organización Mundial de la Salud. Resolución del Consejo Ejecutivo de la OMS titulada "Changing Medical Education and Medical Practice for Health for All". Aprobada el 25 de enero de 1995 (EB95/SR/11) y presentada para la aprobación de la 48ª Asamblea Mundial de la Salud.
25. *WONCA News* (Oxford University Press) Vol. 14-20(2), 1988-1994.
26. Rae DW. Family medicine: an international perspective. En: Rice DI, Vladimirtsev VA, eds. *Proceedings of the International Soviet-Canadian Seminar*. 1991:5-6.
27. General practice in developing countries. *WONCA News*, 19 (septiembre de 1993).
28. Ceitlin J. Primary care research in Latin America, Portugal, and Spain. *Fam Med* 1991;8:161-167.
29. *Facts about family practice*. Kansas City, MO: American Academy of Family Physicians; 1994.
30. Pérez JT, Von Braunmühl J, Valencia JJ, Márquez MA. *Cuba's family doctor programme*. Monografía publicada por el Ministerio de Salud Pública de Cuba, UNICEF, OPS y UNFPA; 1991.
31. Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina JFG. Can family medicine survive in Mexico? *Fam Med* 1994;11:162-163.
32. The World Bank. *World development report 1993: investing in health*. New York: Oxford University Press; 1993.
33. Starfield B. Primary care in health: a cross national comparison. *JAMA* 1991;266:2268-2271.
34. Gilpin M. Cuba: on the road to a family medicine nation. *Fam Med* 1989;21:405-407, 462, 464, 471.
35. Cohen MD, Merenstein JH. The availability of fellowship training for foreign family physicians. *Acad Med* 1990;65:348-350.
36. Mull JD. Medicina familiar en América Latina. *J Fam Pract* 1986;22:469-471.
37. Boelen C. Medical education reform: the need for global action. *Acad Med* 1992;67:745-749.
38. Thompson R, Gruber F, Marcano G. Family medicine training in Venezuela. *Fam Med* 1992;24:188-190, 238.

## ABSTRACT

### Where there is no family doctor: the development of family practice around the world

Family physicians are generalists trained at the postgraduate level to address the majority of primary care needs of patients of all ages in communities they serve. Throughout the world there is a need for family physicians to serve as cornerstones of comprehensive health

care systems that provide high-quality, cost-effective medical and public health services to the entire population. To meet this need, each country must value and adequately finance essential medical and public health services and must provide family physicians with a thorough education focused on the relevant health care problems of the population being served. The authors present an overview of the status of this training throughout the world, outline challenges to the development of such training, and suggest strategies for successful development. These are illustrated by the case study of Venezuela.

#### Terceras Jornadas Multidisciplinarias en Pediatría

*Fechas:* 22 a 24 de agosto de 1996

*Lugar:* Buenos Aires, Argentina

Las Terceras Jornadas Multidisciplinarias del Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, que se celebran en las fechas arriba indicadas, comprenderán conferencias magistrales, mesas redondas, talleres, entrevistas con expertos y presentación de temas libres sobre los últimos avances en el campo de la pediatría.

En los días anteriores —19, 20 y 21 de agosto de 1996— se dictarán varios cursos de prejornada sobre enfermería, reanimación cardiopulmonar, biología molecular, cuidados paliativos, manejo multidisciplinario del paciente quemado y administración de servicios de alimentación.

Los interesados en participar, nacionales y extranjeros, deben inscribirse a partir del 1 de marzo de 1996.

*Información:*

Dirección de Docencia e Investigación  
2º piso, Hospital Garrahan  
Combate de los Pozos 1881, CP 1245  
Capital Federal, República Argentina  
Teléfono: 941-8486; Fax: 941-8532