

# Funciones del médico general en el sistema de atención médica

Dr. Donald I. Rice,  
Colegio de Médicos Familiares  
de Canadá

Para dar cierta perspectiva a esta presentación, conviene comentar el tema general de la prestación de atención para la salud, luego hacer ciertas consideraciones sobre el entrenamiento necesario y, para concluir, a partir de ahí, el papel que el médico general/familiar desempeña en esa parte del sistema, denominada primer contacto, práctica ambulatoria o atención primaria.

La prestación de atención para la salud ha sido motivo de interés en los últimos años: su organización, su carencia, su costo y el personal que se requiere para proporcionarla, etcétera. Este asunto ha sido estudiado por comisiones, consejos, grupos de trabajo y comités en la mayoría de los países desarrollados y en un número creciente de los llamados países en vías de desarrollo.

Ha merecido la atención de los planificadores gubernamentales de la salud de grupos de consumidores, de organizaciones voluntarias de profesionales, de educadores de las disciplinas de salud, de autoridades y de partidos políticos. Se ha debatido enormemente en conferencias a las que asisten individuos con un marcado interés en el campo de la salud y con responsabilidades dentro de esas áreas.

Este fenómeno ha aportado algunos términos al volumen de palabras introducido en el área de la salud en los últimos años: tal es el caso de clisés como "enfoque multidisciplinario", "equipo de salud", "com-

plejos de ciencias de la salud", "centros y servicios de salud comunitaria", "atención primaria, secundaria y terciaria", "asistente médico", etcétera. La frase: "prestación de atención para la salud" es, incluso, difícil de definir.

Mis comentarios sobre la atención primaria o ambulatoria estarán orientados hacia la escena canadiense, confiando en que puedan tener aplicación similar en cualquier lugar; pero como mi conocimiento del sistema de salud en México es limitado, sería presuntuoso sugerir que México entra en esta generalización.

Las motivaciones que han llevado a realizar numerosos estudios sobre atención primaria varían con relación al individuo, al grupo o a la organización que desarrolla los estudios. A los grupos de consumidores, por ejemplo, les preocupa que mejore la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios de salud de tipo ambulatorio. El público se queja de que la atención para la salud se ha vuelto fragmentaria y despersonalizada, demandando que los servicios sean proporcionados por médicos competentes, entrenados en la medicina moderna; pero que tengan la misma comprensión y cordialidad que caracterizaban al reverenciado médico de familia de años pasados.

Ciertas asociaciones médicas voluntarias, como el Colegio de Médicos Familiares de Canadá, están preocupadas por la demanda creciente de atención médica, precipitada en gran medida por el cambio en los mecanismos de pago (Dedicare, por ejemplo) ya que desborda la fuerza de trabajo médico actual, así como la proyectada para los próximos años. Otros grupos profesionales, sobre todo enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogos clínicos, demandan nuevos papeles orientados al paciente ambulatorio y desean mayor participación en "acciones" extrahospitalarias. Un número

\* Trabajo presentado en el Simposio Internacional de Medicina General/Familiar y Comunitaria, México D.F., Agosto 1976. Publicado en las Memorias del Simposio, Facultad de Medicina, UNAM, 1978.

cada vez mayor de educadores médicos se percata de la necesidad de incluir al paciente "ambulatorio" en igual forma que al "encamado" en la enseñanza de los estudiantes de medicina y de otros profesionales de la salud. Finalmente, los gobernantes tanto municipales como estatales y nacionales, se han interesado súbitamente en el paciente ambulatorio, con la creencia de que una mayor y mejor atención de los pacientes a este nivel mantendrá a los usuarios fuera del hospital, lo que, en su momento, reducirá o cuando menos limitará los alarmantes costos de nuestro sistema de atención para la salud.

Pero ¿qué hemos aprendido de los diversos estudios sobre atención primaria?, ¿qué alternativas existen para emprender con mayor eficacia la atención a pacientes ambulatorios?

#### **I. La atención médica a pacientes ambulatorios**

Existen cinco enfoques posibles que se basan en el reconocimiento de la necesidad de cambio en el manejo del paciente ambulatorio. Considero que, mediante el análisis de estos acercamientos, se podría apreciar mejor el papel del médico general/familiar.

##### **A) El mantenimiento del statu quo**

Este enfoque es apoyado por los médicos generales con experiencia, establecidos, y particularmente por los que han alcanzado algún prestigio. Están orgullosos de ser médicos generales, precisan ser respetados tanto por sus pacientes como por sus colegas y están convencidos de que el sistema actual no necesita "cambios sustanciales". Los representantes de este grupo consideran que lo que se hace para entrenar al médico familiar no es más que "estar do-  
rando la píldora" y que es innecesario; que

el lugar para adiestrar médicos familiares debe seguir siendo la escuela y el ingreso a la práctica; y que a través de un entrenamiento en forma de aprendiz, los servicios proporcionados por el médico general pueden ser eficientes para resolver las necesidades de una sociedad cambiante.

Lamentablemente, la mayor parte de los médicos generales pertenecen a este grupo. Estos profesionales, como resultado de su entrenamiento limitado y del volumen de pacientes que deben tratar, no hacen más que repartir a los enfermos y, como resultado, referir un número desproporcionado de pacientes, brindar atención de calidad dudosa y en consecuencia, favorecer la fragmentación y el encarecimiento del sistema.

##### **B) El pediatra y el internista como médicos que proporcionan atención primaria**

Apoyan este segundo enfoque quienes se orientan hacia los patrones de atención ambulatoria que se han desarrollado en los últimos años en uno o dos centros canadienses y, en mayor grado, en los estados al oriente de los Estados Unidos. Es un patrón que también se ve en Sudamérica, el Pacífico Sur y el Sudeste Asiático. En la Unión Soviética y otros países de Europa Oriental el pediatra ha sido, durante mucho tiempo, el médico general de los niños hasta los 13 años. ¿Por qué se ha desarrollado este patrón? ¿Puede resolver las necesidades crecientes de atención médica integral de tipo ambulatorio? De mis observaciones puedo concluir que la prestación de atención médica primaria por el internista y el pediatra se ha desarrollado por los planes que buscan resolver las necesidades expresadas de salud de la comunidad, y debido a la escasez de médicos familiares competentes en relación con el número de pediatras

e internistas disponibles. En la mayoría de los países no existió, virtualmente, un entrenamiento de médicos generales/familiares durante el periodo de 1940 a 1970. Al mismo tiempo, se entrenó a pediatras e internistas en número mayor al de las necesidades que la sociedad requería.

A mi juicio, el internista y el pediatra tienen responsabilidad continua en la atención al paciente ambulatorio y pienso que su papel deberá ser como consejeros del médico familiar. La línea divisoria entre el papel primario y el de consejero deberá definirse.

### C) Atención primaria por profesionales de la salud no-médicos

Los defensores de este tercer enfoque piensan que el médico puede quedar relevado a nivel de atención primaria y reemplazado por otros profesionales de la salud, tales como el asistente médico, enfermeras adiestradas y otros tipos de personal paramédico. Providos de computadoras y otros mecanismos para detección, estos individuos seleccionarán y tratarán aquellos problemas que cayeran dentro de los límites de su competencia profesional, y los demás, los referirán a un consultante clínico de una especialidad determinada.

Antes de dejarse llevar demasiado lejos por esta corriente, debe reflexionarse sobre varios defectos de este enfoque. Como ya se ha mencionado, uno de los hallazgos más frecuentes en las encuestas practicadas a los usuarios de los servicios de salud, es su preocupación ante la despersonalización y la fragmentación, resultado de la especialización de la práctica clínica y de la hospitalización. Estas quejas están dirigidas hacia las personas y hacia las máquinas. Nuestro reto es lograr una medicina más personal, más orientada hacia los seres humanos y menos orientada hacia la enfermedad.

Los defensores del enfoque no médico señalan el éxito de las Clínicas Permanentes Kaiser y de otras clínicas mantenidas por la industria en los Estados Unidos de

Norteamérica, y del Sistema Feldscher en la Unión Soviética y otros países de Europa Oriental. En varias visitas que hice a la Unión Soviética para estudiar específicamente el empleo de profesionales de la salud que no fuesen médicos resultó interesante observar que el papel del feldscher está siendo modificado. Aún cuando continúa cumpliendo la mayoría de las funciones tradicionales de los médicos generales de países desarrollados, esas funciones, por mucho tiempo más, no serán llevadas a cabo por profesionales individuales, sino como parte de un equipo, y como asistente del médico distrital. El equipo está integrado por el médico, el feldscher, una enfermera distrital y una partera. El asunto es que el público soviético se ha vuelto más sofisticado y, como dispone de más médicos, ahora se ve al feldscher como un médico de "segunda clase".

Al mismo tiempo, debe reconocerse que hay vastas áreas del mundo donde la población carece de los servicios de salud elementales. Estos países, por su población excesiva y sus escasos recursos para la salud, no pueden pagar trabajadores de la salud con entrenamiento de nivel médico. Dichos países dependen de los servicios de profesionales de la salud con menos entrenamiento. Muchos de los países opulentos tienen problemas para proporcionar servicios de salud a comunidades aisladas, a grupos indígenas y a grupos de población marginal en los ghettos de los grandes centros metropolitanos. En ellos, la población depende también de los servicios no-médicos para la atención primaria o de primer contacto.

### D) El centro de salud comunitario

Los centros de salud comunitarios existen en muchos países del mundo, con distintos grados de éxito, según el sesgo personal de quienes realizan la evaluación. En Canadá los profesionales de la salud, los planificadores de la salud y los políticos, siguen recopilando las recomendaciones de una comisión federal sobre centros de salud comunitarios. En esencia, las recomenda-

ciones de esta comisión proponen el establecimiento de centros de comunitarios con las siguientes características:

a) serán de propiedad pública (financiados por fondos gubernamentales y donativos);

b) serán controlados públicamente (manejados de lejos por una administración distrital);

c) la autoridad y la responsabilidad tradicionales del médico desaparecerán (los centros practicarán medicina cooperativa);

d) habrá igual reconocimiento para todas las profesiones de la salud. Desaparecerán las tradicionales relaciones de amo siervo entre el médico y la enfermera o la trabajadora social, etcétera. El centro ejercerá responsabilidad colectiva sin ningún capitán como coordinador profesional, y

e) el centro reducirá o controlará los costos del proporcionamiento de atención médica. Los pacientes recibirán más tratamientos extrahospitalarios, y a los médicos se les pagará con algún método distinto al de cuota por servicio.

Pocos negarían, que sin atender a su eficacia, el presente sistema, que algunas llaman "no sistema", puede ser mejorado; pero nuestra mayor preocupación consiste en saber si el apartarnos de lo que ahora tenemos para dirigirnos hacia centros de salud comunitarios u otro tipo de establecimiento, se logrará a través de evolución y no de revolución.

### El entrenamiento específico y la aceptación de un nuevo papel para el médico familiar

Trabajar en grupo como coordinador de un equipo de salud compuesto de enfermeras especializadas en medicina familiar, enfermeras sanitarias, trabajadores sociales médicos y otros profesionales de la salud, es el concepto alcanzado y promovido por el Colegio de Médicos Familiares de Canadá. Se reconoce al médico familiar y a la enfermera especializada en medicina familiar como la unidad básica de este enfoque. El concepto tiene aplicación, con adapta-

ciones en cualquier lugar del país, independientemente de la distribución de la población, de la disponibilidad de otros profesionales de la salud, etcétera.

Este enfoque reconoce que en el pasado, el enfermo ha recibido buena atención del médico familiar y de su médico asistente de primer contacto. Sin embargo, los cambios sociales, económicos, políticos y educativos que experimenta la sociedad, requieren que el médico familiar sea entrenado para asumir un papel propio en esta sociedad cambiante. Además de sus destrezas clínicas, le resultará de gran utilidad una aproximación que le permita aceptar la influencia de las ciencias sociales y de las ciencias de la conducta sobre la salud y la enfermedad. Asumirá mayor responsabilidad en las principales disciplinas que comprende la medicina familiar; cerrará la brecha que ha sido creada por la subespecialización del internista, del pediatra, del psiquiatra, del obstetra, etcétera.

Para cumplir con este papel, parte del trabajo tradicional del médico familiar será realizado por la enfermera especializada en medicina familiar y los otros profesionales de la salud que trabajen bajo su supervisión. De cualquier manera, será entrenado para trabajar como especialista en medicina familiar.

## II. El adiestramiento del médico familiar

Para asumir este nuevo papel en una sociedad que cambia aceleradamente y para funcionar eficazmente con otros profesionales de la salud en el mismo, el médico familiar debe recibir un adiestramiento en ambos niveles de la educación médico, el de pregrado y el de posgrado.

### A) El nivel de pregrado

El colegio que dirijo acepta como razonable la filosofía educativa que busca preparar un médico indiferenciado en los años de pregrado. Independientemente de la especialización que elija, creemos que cualquier estudiante se beneficia con el contacto con profesores que sean médicos familiares, lo cual le proporcionará una visión am-

plia de las necesidades de la familia y de los factores sociales, económicos y psicológicos que determinan esas necesidades.

Para lograr este contacto con la medicina familiar como parte de la experiencia básica, indiferenciada durante el pregrado, cada escuela de medicina debe establecer un departamento de medicina familiar, integrado por profesores de tiempo completo que sean médicos familiares competentes. Este departamento debe disfrutar del mismo grado de autonomía que tienen otros departamentos clínicos.

Para apreciar lo que es la medicina familiar en su totalidad y para situar esta experiencia en su dimensión con respecto a otras disciplinas, una actividad esencial del departamento de medicina familiar es desarrollar un servicio modelo de medicina familiar, de nivel ambulatorio, que ha sido denominado Unidad de Enseñanza de Medicina Familiar.

Es ahí donde el estudiante de medicina observa por primera vez al paciente y a la familia de éste, dándose cuenta de la forma en que ingresan al sistema de atención para la salud. También ahí puede contemplar la importancia del papel de médico familiar al determinar quién está enfermo, los problemas de manejo de pacientes en circunstancias particulares, la manera en que procede el médico familiar en su relación con el enfermo, con el consultante especialista y con otros profesionales de la salud para el manejo de los problemas del paciente.

Los objetivos de una unidad de enseñanza de medicina familiar son:

a) Introducción a lo que significa la atención primaria, continua e integral. Estas no son meras palabras sino que, combinadas, proporcionan una definición de medicina familiar y demuestran el singular papel del médico familiar al proporcionar atención para la salud;

b) Introducción a las personas como pacientes. El estudiante de medicina debe reconocer la importancia de las relaciones interpersonales, la dinámica familiar, los modos en que las personas reaccionan e

interaccionan ante la salud y la enfermedad, etcétera. Como se ha mencionado, la medicina ha tenido, durante años, una orientación más hacia la enfermedad que hacia las personas. En parte, la ciencia de la medicina ha reemplazado al arte de la medicina. La unidad de enseñanza de la medicina familiar proporciona una atmósfera ideal para acercarse al paciente como persona, devolviendo a la medicina algo del sentido humano que debe sustentar la buena práctica médica;

c) Oportunidad para demostrar la relación entre atención ambulatoria y hospitalaria. Con el interés que pone nuestro sistema educativo en el paciente hospitalizado, resulta fácil para el estudiante de medicina confundir atención médica con atención hospitalaria y usarlos como sinónimos. Recordemos las estadísticas que por primera vez desarrollaron Kerr y White, de Johns Hopkins, en las que se demostró que de cada mil personas que requieren atención para su salud, sólo nueve necesitan ser internadas, y de esas nueve sólo una se interna en un Centro Médico. El estudiante se concentra, entonces, en los pacientes que excepcionalmente tratará en su ejercicio cotidiano;

d) Exposición a los recursos totales de salud de la comunidad. La importancia dada a la atención extrahospitalaria del paciente y a la necesidad de coordinar e integrar los recursos para la salud de la comunidad, ha originado la creación de centros de salud comunitarios, en los cuales es conveniente demostrar el uso de los recursos de salud: sociales, preventivos, diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación;

e) Oportunidad para demostrar las actividades de los profesionales de la salud. Es aquí donde el médico familiar, la enfermera familiar, la enfermera sanitaria, la trabajadora social, la dietista, el psicólogo clínico y otros profesionales de la salud, asumen sus papeles como parte del equipo de salud. Es aquí también donde el médico familiar, como médico de primer contacto,

tiene mejores relaciones con los otros especialistas, proporcionando así al estudiante de pregrado la oportunidad de experimentar la importancia de la referencia de pacientes y las condiciones que deben regularla para mantener la calidad de la atención médica y;

f) Introducción a los aspectos administrativos de la práctica de la medicina. Los médicos tienen la reputación de ser malos empresarios, lo que no debe sorprendernos puesto que en las escuelas de medicina no se enseñan, más que en forma ocasional, los aspectos administrativos, los cuales no forman parte del curriculum de la carrera.

Las unidades de enseñanza de la medicina familiar, independientemente de su ubicación física, sea en la universidad, en un hospital o en la comunidad, son, por necesidad, artificiales. El diseño, la estructuración, el número de pacientes y las funciones, son para vigilarlos y proporcionar la oportunidad de enseñar los principios básicos de la medicina familiar a los estudiantes de pregrado y de posgrado, así como a otros profesionales de la salud. Esta artificialidad debe equilibrarse mediante experiencias en el mundo real de la práctica. Para apreciar este balance esencial es importante que el estudiante de medicina de pregrado sea auxiliado en la recolección de esta experiencia por un tutor.

#### **B) El nivel de posgrado**

Por lo que se refiere al posgrado, una vez que ha sido introducido el concepto de medicina familiar durante la enseñanza de pregrado, el alumno graduado que planea hacer una residencia en Medicina Familiar tiene la oportunidad de recibir adiestramiento que le permita alcanzar calificación específica: la certificación en medicina familiar.

Al diseñar el programa de adiestramiento de posgrado para medicina familiar, es importante considerar el "modelo" de un médico familiar calificado, en términos del papel aceptado o de su función en la comu-

nidad. Si el médico familiar va a enfrentar las necesidades y expectativas de una sociedad cambiante, debe asumir la responsabilidad para la atención inicial y continua del paciente y de su familia. En la mayoría de los casos proporciona atención médica completa y cuando esto no sea posible, ejercerá buen juicio para referir al paciente hacia el especialista en el contacto secundario o para solicitar interconsultas. Debe coordinar los recursos totales de la comunidad en beneficio del paciente; debe proveer el mecanismo mediante el cual se introduzca al paciente al sistema de salud y luego se le guíe a través de las crecientes complejidades del sistema; debe ser entrenado para asumir estas responsabilidades y, finalmente, su competencia debe ser certificada.

El entrenamiento específico del médico familiar en el posgrado le capacita para la prevención de la enfermedad, el mantenimiento de la salud, la detección precoz, la elaboración de un diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno de los padecimientos, el inicio de la rehabilitación y la de atención de larga duración. El contenido básico de la medicina familiar procede de cinco disciplinas: medicina interna, obstetricia y ginecología, pediatría, psiquiatría y cirugía. El médico familiar debe tener adiestramiento profundo en estas disciplinas y además, una perspectiva amplia que sea el resultado del contacto diario y continuo con individuos de todas edades, de diferentes estratos sociales y con diferentes ocupaciones. Los mismos objetivos que se aplican a la experiencia de pregrado son esenciales para un programa de posgrado en medicina familiar.

#### **III. Las funciones del médico familiar**

Para traducir los objetivos de pregrado y posgrado en funciones, concluiré mi presentación enfocando las que considero son las principales funciones del médico familiar calificado.

##### **A) Mantener la salud**

Cada día se acepta más que la principal

responsabilidad del médico familiar es mantener sana a la gente y no tanto dirigir la atención hacia el tratamiento de los enfermos. Para hacer esto, el médico familiar debe tener un conocimiento sólido de las condiciones previsibles en cada grupo de edad; debe estar familiarizado con la forma en que el estilo de vida influye sobre la salud y la enfermedad, y debe ser capaz de recomendar al paciente y a su familia un programa de mantenimiento de la salud basado en conocimientos de ciencias médicas sociales y de la conducta que se requieren para el caso.

B) Diagnóstico temprano y acucioso. La principal responsabilidad del médico familiar es determinar la causa de cada complejo sintomático al que se enfrenta. Debe ser adiestrado para valorar y dar solución a todo problema médico, así como para investigar y manejar los problemas comunes de salud.

C) Tratamiento. El médico familiar debe estar preparado para tratar la mayoría de los problemas de salud que se le presentan; diagnosticar, tratar o referir a familias con problemas interpersonales; para dar consejo en relaciones conyugales y entre padres e hijos. Debe prepararse para utilizar los diversos recursos de la comunidad: trabajadoras sociales, psicólogos clínicos y otro tipo de personal que esté a su disposición. Debe ser capaz de atender la mayoría de los problemas psiquiátricos que se le presenten, haciendo uso de una consulta con el psiquiatra cuando esté indicado; igualmente, debe atender urgencias psiquiátricas.

Atenderá pacientes con enfermedades agudas no complicadas en las que el manejo es inequívoco, anticipando hasta donde sea posible, y por tanto, previniendo las complicaciones. Solicitará interconsultas en la mayoría de las situaciones que pongan en peligro la vida, en enfermedades incurables, cuando el manejo sea discutible o en cualquier circunstancia que implique beneficio para los pacientes. Debe atender traumatismos cuando el tratamiento resulte

claro y cuando esté dentro de su competencia. Debe también reparar laceraciones y remover cuerpos extraños accesibles o tumores superficiales benignos. Puede ayudar en operaciones mayores y participar en la atención preoperatoria y postoperatoria; tratar la mayoría de las fracturas comunes que requieren reducción cerrada, administrar anestésicos, tratar desequilibrios hidroelectrolíticos y choques, y dar atención de apoyo en urgencias. Está entrenado para practicar la obtetricia y debe estar particularmente alerta en circunstancias en las que haya un riesgo alto para la madre o el niño.

D) Alivio de síntomas intercurrentes. Además del diagnóstico definitivo y del tratamiento correspondiente, muchos síntomas causarán malestar: dolor, prurito, insomnio, agitación, ansiedad, náusea, incontinencia fecal o urinaria y tos. El médico familiar debe comprender los mecanismos que causan estos síntomas y tener destreza en su manejo.

E) Rehabilitación. Independientemente de la enfermedad subyacente, el médico familiar puede supervisar la rehabilitación con el fin de asegurar el pronto regreso del paciente a su trabajo o a su actividad óptima. El conocimiento del médico de los factores psicosociales que tienen una influencia en la recuperación, ayudará en el manejo del problema.

F) Atención prolongada y atención en casos terminales. En padecimientos prolongados que no requieren tratamiento específico, el médico familiar da apoyo psicológico, tratamiento sintomático y maneja las afecciones intercurrentes. Cuando se requieren apoyos institucionales hace los arreglos necesarios para que exista atención continua.

El médico familiar debe recibir entrenamiento especial para aconsejar al paciente con cáncer terminal y otras formas de enfermedad potencialmente letal. Debe estar familiarizado con las formas de ayuda en casos de enfermedad fatal y de pacientes agónicos, incluyendo el alivio al dolor, la discusión del pronóstico con simpatía, y la

cooperación con la familia y con el clérigo. Debe ser hábil para aconsejar y dar apoyo a los familiares.

G) Ejercicio legal y ético. El médico familiar debe tener conocimiento de los aspectos éticos y legales de sus responsabilidades. El es llamado, frecuentemente, a estimar y certificar el estado de salud de los individuos, su aptitud para conducir automóviles o para trabajar, dictaminar para la expedición de seguros de vida, etcétera. En la realización de estos exámenes el médico debe ser objetivo e imparcial.

H) Investigación. El médico familiar debe estar familiarizado con las técnicas de investigación, al menos en lo que se refiere a la práctica de la medicina familiar. Siempre que sea posible debe participar en investigación, particularmente en la que se dirige a incrementar la eficiencia de sus servicios. Esta investigación debe estar orientada hacia la familia y sus problemas: la afectividad de la familia como unidad social y las formas en que responde a la atención

médica y a problemas similares.

I) Coordinación. Finalmente, el médico familiar, al asumir el papel de coordinador del equipo de salud, debe coordinar las actividades de los servicios auxiliares, paramédicos y de especialidad. Esto podrá hacerlo mejor si durante su entrenamiento ha trabajado en colaboración con los otros miembros del equipo de salud.

Para terminar, y concediéndome mi propio sesgo, considero que éste es un momento estimulante y desafiante para los médicos familiares. Tras seguir un curso que para muchos evolucionaba hacia la extinción, el médico familiar está surgiendo nuevamente. Tiene un adiestramiento basado en un diseño y se encuentra sensibilizado en forma permanente a las necesidades cambiantes de la sociedad en lo que se refiere a sus servicios. Tengo enorme confianza en que, laborando conjuntamente con otros profesionales de la salud y en coordinación con el sistema de atención para la salud, su contribución al sistema ya mejorado seguirá siendo constante. □