

EL MEDICO DE LA FAMILIA

UNA VERSION CONTEMPORANEA DEL MEDICO GENERALISTA *

Dr. JULIO CEITLIN **

INTRODUCCION

Stephens, un ilustre precursor de la Medicina Familiar en Estados Unidos, escribió que el proceso de desarrollo de esa disciplina tiene tres etapas: a) La política, en la que se discuten en forma apasionada los conceptos, la doctrina y las estrategias, hasta que se llega a una decisión; b) La administrativa, en la que el país o una institución asume el compromiso y organiza programas concretos; y c) La académica, en la que la Medicina Familiar adquiere su lugar en el currículum de la Escuela de Medicina y obtiene el "status académico" similar al de las otras disciplinas.

Como creo que Uds. están en la primera etapa pienso que es importante antes de entrar en la descripción de experiencias de otros países, recalcar algunos conceptos que ya han sido aquí expresados en los trabajos del Dr. Florenzano y de los doctores Goic y Venturini, e incorporar otros como materias de información y discusión.

Hablar sobre el médico de familia o el médico general es un tema de todos los días, que ha excedido el ámbito profesional para convertirse en muchos países, en objeto de interés para la prensa diaria, el público, los políticos y la sociedad toda. Esto no es casual; Víctor Hugo dijo: "No hay idea que pueda ser detenida cuando llega su momento histórico". Y esto es lo que está pasando con la Medicina Familiar.

Es muy grato a mi espíritu estar nuevamente en Santiago por invitación de la Facultad de Medicina Santiago Oriente, porque

me da la oportunidad del reencuentro con muchos amigos chilenos, hechos en el largo batallar por el progreso de la Educación Médica en nuestro continente. Pero, además, el tener que hablar ante ustedes de Medicina General significaba un desafío, porque Chile es uno de los pocos países, quizás el único de la región, donde existe una tradición y, por lo tanto, una experiencia de Medicina General organizada, con nombres y apellidos, y éstos son: el Médico General de Zona y el Médico General Urbano.

Desde hace tres años, dentro de un programa desarrollado por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, estamos empeñados en plantear el tema de la Medicina Familiar, su relación con la atención primaria y con la educación médica, para crear conciencia sobre su utilidad en instituciones y países, y para aquellos que deciden embarcarse en un proceso de implantación y desarrollo de este nuevo enfoque de la medicina, los ayudamos en su intento.

La primera pregunta que siempre se presenta en reuniones como ésta es si el médico de familia de que estamos hablando es un personaje nuevo o la reencarnación del viejo personaje, vestido con otras ropas, al que estamos tratando de revivir. Creo que esto es un buen punto de partida.

* Este trabajo es el extracto del primer Capítulo del Libro "Qué es la Medicina Familiar". Inédito.

** Jefe de Programas de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina (FEPAFEM).

Es evidente que la historia no tiene un movimiento circular que le permita encontrarse a la vuelta de 360 grados en el mismo punto. Si tuviera que representar gráficamente a la evolución histórica recurriría a una imagen espiraloidea, un movimiento circular que nunca se desarrolla en un mismo plano; por lo cual los sucesos en puntos correspondientes de ninguna manera son iguales, siempre representan un avance con respecto a la historia pasada. Me permito hacer esta digresión porque desde ahora quiero dejar sentado que este nuevo médico de familia no es el viejo médico general que conocimos hace medio siglo. Hace 40 ó 50 años, en todos los países, la inmensa mayoría de los médicos eran médicos generales, del viejo tipo del médico de familia que atendía al padre, a la madre, a los niños, a la abuela, etc., que tenía una clara visión aunque intuitiva, del medio familiar de sus pacientes. Pero la medicina también era otra. En aquel momento era posible atesorar y manejar todo el conocimiento médico existente.

A partir de la segunda postguerra el aumento de la información científica y el desarrollo avasallador de la tecnología hacen tomar fisonomía independiente a una serie de áreas parciales del conocimiento médico y que comiencen a existir profesionales dedicados exclusivamente a segmentos de la medicina o a determinadas técnicas, que constituirían el pivote del nacimiento y desarrollo de diferentes especialidades. Se comienza a necesitar como soporte de toda una gama de procedimientos de diagnósticos y tratamiento, la cooperación de técnicos, no necesariamente médicos, se concentra la tecnología en los hospitales y tiene lugar el nacimiento de los grandes centros médicos que estuvieron en todo su apogeo en las décadas del 50 y del 60. Allí se produce una profunda división del trabajo profesional y técnico que caracteriza la medicina actual.

Paralelamente van cambiando los valores sociales respecto al médico general de antaño y también los patrones de trabajo. La avalancha de conocimientos y este achicamiento del mundo por la intercomunicación facilitan el acceso a la información científica y estimulan la dedicación a las nacientes especialidades y subespecialidades como una forma de adaptación a las nuevas condiciones de trabajo médico. Este fenómeno nacido en los Estados Unidos se propagó a todo el mundo. La especialización se convirtió en lo

corriente y en un signo de prestigio científico y social.

El ejercicio de las especialidades permitió un estilo de vida más cómodo para el médico, que ya no debía estar al servicio de la población 24 horas por día, 365 días por año, sino que pudo tener un horario de trabajo que le permitiera desarrollar en forma mucho más humana sus propias aspiraciones personales y su vida familiar.

Resumiendo, entonces, patrones de ejercicio profesional en especialidades o subespecialidades, concentración de las tareas médicas en centros y hospitales de alta complejidad, el atractivo de una vida más confortable y el prestigio social y científico son los elementos que hicieron que ser especialista fuera más atractivo que la labor de entrega humana y generosa, que daba el médico general de antaño.

ESPECIALISMO Y GENERALISMO

Con epicentro en los Estados Unidos el especialismo se propagó a todas las latitudes, inclusive a los países en desarrollo. Por cierto su influencia se hizo sentir en las Escuelas de Medicina donde no tuvieron cabida los profesores que practicaban la Medicina General. La educación médica sufre la influencia del especialismo y, a su vez, se convierte en un mecanismo reproductor de esa tendencia.

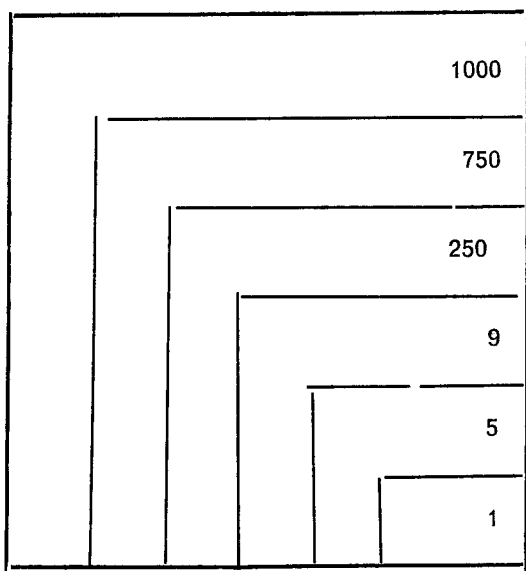
Durante la década de los 60, frente al estudio de la realidad sanitaria tanto en países desarrollados como en desarrollo aparecen fuertes críticas a la política de dedicar la mayor parte de la inversión salud a la creación de hospitales, su equipamiento y reequipamiento. Estudios muy serios demostraron que esa política no solucionaba los grandes problemas de salud, menos aún en los países en desarrollo que habían seguido ese modelo. La encuesta nacional de salud de Colombia, así como la Argentina, realizadas en la década de los 60, mostraron que la solución de muchos de los grandes problemas era patrimonio de medidas ecológicas y del ámbito de la medicina preventiva. Una vez solucionados esos problemas quedaban los estrictamente médicos, psicológicos y sociales, que debía afrontar el cuerpo médico y los sistemas de servicios de salud.

El estudio de Kerr White y otros, realizado a principios de la década de los 60 en Esta-

dos Unidos y Gran Bretaña, muestra que de 1.000 personas estudiadas en un período dado, 750 presentaron algún tipo de queja en materia de salud, sólo 250 consultaron a un médico, 9 fueron admitidas a un hospital, 5 referidas a otros especialistas y sólo un paciente fue referido a un centro médico universitario. Estas cifras nos enseñan varias cosas: en primer lugar, que el haber concentrado nuestra atención en los hospitales ha sido una de las causas más importantes de

dejar inerte a una población necesitada de atención personal o familiar, en forma continua e integral.

Lo grave es que la educación médica centrada en la patología hospitalaria da al estudiante una formación que tiene un tremendo sesgo. Porque se basa en el 1 por 1000 de la patología por la cual consulta la población, ignora la patología real de la comunidad y olvida al hombre sano.



Población adulta en riesgo.

Individuos informando uno o más padecimientos por mes.

Individuos que consultan un médico.

Pacientes admitidos en un hospital.

Pacientes referidos a otro médico.

Pacientes referidos a un Centro Médico Universitario.

FIGURA 1.—Prevalencia de enfermedad y utilización de recursos médicos entre 1.000 adultos en Estados Unidos y Gran Bretaña. (De White, Williams y Greenberg, 1961).

La reacción a la situación descrita no se hizo esperar: En nuestro hemisferio, en Canadá, a mediados del 60, los gobiernos provinciales toman la iniciativa expresando la voluntad popular de contar con médicos que hicieran un tipo de medicina personalizada, integral, para el ser humano como un todo y con continuidad, de tal manera que pudieran aplicar todos sus conocimientos y habilidades en medicina preventiva, curativa y de rehabilitación, a la población de la cual se hacían cargo. Se crean a principios de los 70, los Departamentos de Medicina Familiar en las 16 Escuelas de Medicina y los postgrados en dicha especialidad. En Estados Unidos el proceso fue más complicado. Hubo tres Comités: Folsom, Millis y Willard, unos nombrados por la Asociación Médica Americana, que se sintió muy preocupada por la inmensa baja

que había tenido en ese país el número de médicos generales, y otro, comité de ciudadanos para la educación graduada, que expresaron su enérgica recomendación, una especie de clamor del pueblo americano por contar nuevamente con médicos interesados más en las personas que en órganos, sistemas o técnicas. El resultado de estos informes fue el establecimiento en 1966 de las bases de la Medicina Familiar y los fundamentos de una política federal y estatal de financiación de la formación de médicos de familia en cursos de postgrado. En 1969 se creó el Board de Medicina Familiar, que fue reconocida como la vigésima especialidad. Esto sienta las bases de un pujante desarrollo de la Medicina Familiar para el pueblo norteamericano. En México sucedió algo similar en el seno del I.M.S.S., que decidió en 1971

crear el sistema de Medicina Familiar para todos sus afiliados.

Se destaca el hecho de que en los tres países mencionados fueron los gobiernos, las instituciones de servicios de salud, los políticos, o la profesión médica, los que tomaron la iniciativa del cambio. Esto es explicable porque son los servicios los que responden a las presiones de la sociedad por una medicina diferente, ya que están más cerca que las Escuelas de Medicina, de las necesidades sociales.

Dice Mc Whinney que la Medicina Familiar es parte del proceso por el cual la Medicina misma se ajusta a las necesidades cambiantes de la sociedad. El compromiso de la Medicina Familiar es con la gente más que con un cuerpo de conocimientos y esto la distingue de las especialidades clásicas.

ATENCIÓN PRIMARIA Y MEDICINA GENERAL

La expresión Atención Primaria se ha visto muy publicitada en los últimos 8 ó 9 años, debido a la preocupación de los organismos internacionales, a la cabeza de los cuales está la O.M.S., por establecer una cobertura universal de servicios (por menos servicios básicos de salud) para toda la población del mundo. Como resultado de esa preocupación cada país asumió el compromiso de lograr dicha cobertura para su población. Así nació

1. Autocuidado.
2. Atención Primaria por Auxiliares.
3. Atención Primaria por Médicos.

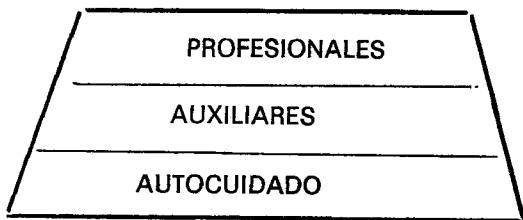


FIGURA 2.—Tipos de Atención Primaria, según recurso.

El nivel de autocuidado existe siempre y aunque lo hemos menospreciado y desestimado, adquiere cada vez más importancia. Baste pensar que los actuales problemas de salud de las sociedades desarrolladas: hi-

el lema tan en boga de "salud para todos el año 2000".

La Conferencia del Alma Ata, que se realizó en 1978, y a la que asistieron 134 países, expresó que la Atención Primaria es la estrategia mediante la cual debe lograrse la cobertura universal de servicio de salud.

Es interesante hacer notar que la Declaración de Alma Ata tiende a preocuparse más por los problemas de los países en desarrollo que de los países desarrollados. Sin embargo, estos últimos también tienen graves problemas en la parte de atención primaria y, como se deduce de lo expuesto más arriba han trabajado también en este campo pero con un enfoque diferente. Mientras en los países en desarrollo Atención Primaria tiende a ser proporcionada por trabajadores de salud, personal básico, ayudantes de salud, promotores, auxiliares de salud rural, etc., los países desarrollados basan su Atención Primaria en el médico general o de familia.

Trabajos de John Fry, en Inglaterra, y Mario Chaves en América Latina, permiten ordenar y aclarar conceptos en este campo amplio y confuso de la Atención Primaria de Salud. Pueden diferenciarse tres componentes distintos, aunque complementarios, dentro de este campo o nivel:

Países desarrollados
Médicos de Familia - FEPAFEM
Alma Ata
OMS

pertensión, contaminación ambiental, obesidad, cáncer, tabaquismo, adicciones varias, etc., sólo serán controlados con cambios en los comportamientos individuales y colectivos. Recordamos que en el trabajo de Kerr

White, de 750 personas adultas con algún problema de salud, 500 no consultan al médico.

El nivel de Atención Primaria a cargo de auxiliares, es característico de los países en desarrollo, con escaso recurso humano capacitado, que deben entrenar a personal de la comunidad con cortos períodos de adiestramiento para ofrecer servicios elementales básicos de salud a las poblaciones. Esto corresponde a la doctrina de Alma Ata.

El nivel de Atención Primaria a cargo de profesionales responde al esquema desarrollado en los países más avanzados, donde se pretende para ese nivel, servicios de alta calidad. Son proporcionados allí por el médico general o el médico de familia.

Cuando uno inserta este esquema de la Atención Primaria en la clásica pirámide que representa la organización de un sistema de servicios de salud, ésta se transforma en una pirámide de 5 niveles y la interfase de la atención primaria con la secundaria y terciaria, está dada por el nivel profesional de la primera.

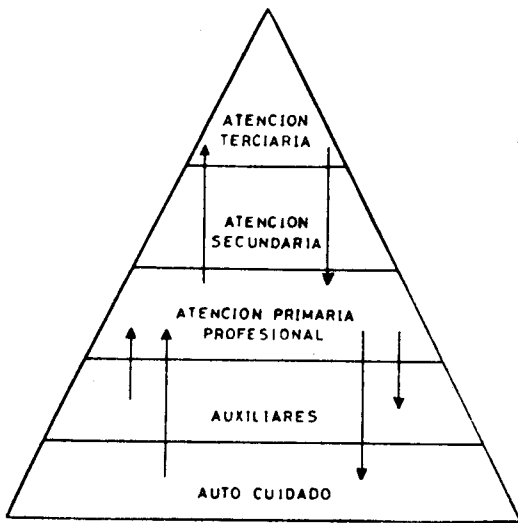


FIGURA 3.—Pirámide de 5 niveles, tomando en cuenta los distintos tipos de Atención Primaria, dentro del Sistema de Atención de la Salud.

Quisiera aclarar algunos conceptos erróneos que se manejan comúnmente en relación a la Atención Primaria. Atención Primaria es la traducción de la expresión inglesa "Primary Care", donde se interpreta primaria como "primera"; otros la consideran como atención de primer contacto. Sin embargo, tanto en español como en inglés, primario quiere decir: principal, fundamental y ese es el sentido que se le da en Medicina Familiar. Un médico de familia bien formado es responsable de la atención del enfermo en forma total y permanente, y del seguimiento del mismo cuando es referido a otros especialistas o servicios más complejos.

Otra de las confusiones que existe se refiere al significado de los niveles de atención de la salud: primario, secundario y terciario, representados en una pirámide, y ubicados de abajo hacia arriba según grados crecientes de complejidad, correspondiendo el vértice a los hospitales altamente especializados y compleja tecnología. Los médicos no escapamos a la influencia de ciertos símbolos y estereotipias y creemos que esta pirámide es una especie de organigrama jerárquico en el que lo que está en la parte superior es más importante que lo que está en la parte inferior.

Esto es un error, porque la persona que está en el primer nivel y da atención primaria de la salud en la forma que se pretende, como un médico de la familia, teniendo la responsabilidad total en la atención de su grupo de familia, puede tener tantas satisfacciones intelectuales y científicas como aquel que sólo opera oído o pulmón, sin contar el tipo de gratificación humana y social que da el ejercicio profesional directo en la comunidad. El grado de satisfacción profesional y el reconocimiento de la sociedad deben ser perfectamente iguales para un tipo de atención que para los otros y la Atención Primaria debe llegar a ejercer tanto atractivo como una especialidad que se abraza para toda la vida. De lo contrario corremos el riesgo de que el joven profesional que se inicia en la medicina familiar o general, por lo menos es lo que sucede ahora, lo tome como una etapa transitoria para aspirar a convertirse en un neurocirujano o un gastroenterólogo, etc., porque le da más status social; creo que esto es una de las distorsiones de conceptos y valores que existen en la organización de la medicina actual. Es más difícil, como está demostrado, hacer una bue-

na medicina general y familiar que manejar con mucha propiedad tres o cuatro técnicas y un cuerpo de conocimientos de un segmento muy pequeño de la medicina.

Otro concepto equivocado es considerar que lo más complejo es lo mejor y todos sabemos que la iatrogenia, los efectos secundarios, los riesgos no siempre indispensables a que se someten los enfermos son mayores en un medio altamente tecnificado y superespecializado. Calidad y complejidad no son sinónimos de medicina. Puede haber una medicina de alta complejidad y de mala calidad y otra de baja complejidad técnica y de muy alta calidad. Esto dependerá del recurso humano, un médico de familia, un profesional muy bien formado, altamente calificado para este tipo de tarea.

Veamos entonces algunos conceptos de medicina general, medicina familiar, y práctica de la medicina familiar.

LA MEDICINA GENERAL

Las nuevas disciplinas, siguiendo a Mc Whitney, pueden comenzar de tres maneras: surgir como el Ave Fénix de las cenizas de una vieja disciplina; surgir como disciplinas realmente nuevas o formarse por fragmentación de una disciplina anterior.

El origen de la Medicina Familiar fue influenciado por tres modernas tendencias: los cambios en la mortalidad y en la morbilidad debidos al éxito en el control de las mayores enfermedades infecciosas. En lugar de las enfermedades severas agudas como tifoidea, la neumonía lobar y la difteria, el médico enfrenta mayormente enfermedades crónicas, desórdenes del crecimiento, desórdenes de la conducta, accidentes y un diferente tipo de enfermedades infecciosas. La baja de la mortalidad en los niños y adultos jóvenes con un mayor envejecimiento de la población y un aumento de la misma, ha ido acrecentando en cada generación la proporción de gente anciana en la sociedad. Este nuevo patrón ha producido un gradual cambio en el papel del médico. Una persona afectada de una de las graves infecciones o bien se muere o se cura en un corto período de tiempo. Una persona afectada por una enfermedad crónica está a menudo comprometida en un prolongado esfuerzo para adaptarse a su ambiente. Más que enfrentarse con las situaciones agudas de vida o muerte el

médico actual es más probable que se encuentre ayudando a pacientes a alcanzar un equilibrio con su ambiente. El manejo de las enfermedades crónicas exige un cuidadoso estudio del paciente, de su personalidad y del ambiente.

Muchas de las situaciones que enfrentará el médico son combinaciones complejas de factores físicos y psicológicos, por lo que la separación convencional de enfermedades físicas y mentales se vuelve no realista. El médico deberá ser tan competente en un campo como en el otro.

La práctica de la medicina preventiva también ha cambiado. Nos hemos movido de una era de salud pública a otra de salud privada; la salud de la sociedad depende menos de una nueva legislación que de millones de decisiones personales sobre materias tan diversas como fumar, planificación familiar, inmunización, alimentación, etc. Para influenciar estas decisiones el médico debe asumir que su papel como educador tiene una gran importancia.

En Europa y en Norteamérica el siglo XIX fue la era del médico general. En ambos continentes la mayor parte de la profesión eran médicos generales y aún entre los profesores de las Escuelas de Medicina había muy poca diferenciación. Hacia el final de la centuria comenzaron a emerger las especialidades mayores. En 1892 Osler marcó el origen de la pediatría como una disciplina separada. Al mismo tiempo la química, la física, la fisiología y la bacteriología comenzaron a hacer su impacto en la medicina.

En Estados Unidos el número de médicos generales declinó marcadamente después de 1930 en términos absolutos y relativos. Este proceso fue acelerado por la virtual desaparición de los médicos generales de los cuerpos de profesores después de la segunda guerra mundial por la fragmentación de las especialidades mayores. La evolución de la especialización hizo olvidar los aspectos de cuidado y personalización de la medicina y tuvo consecuencias muy graves en la medicina americana, tales como las prácticas erróneas o negligentes y el extendido desencanto con la tecnología.

Estamos en un momento en que la era de la especialización alcanza su culminación, por lo tanto podemos comenzar a ver la necesi-

dad de un nuevo tipo de generalista. El médico generalista de hoy debe, sin embargo, ser diferente del viejo médico general. En lugar de ser el indiferenciado de la profesión, definido por la falta de entrenamiento especial y de calificaciones, ahora tiene un papel bien determinado y un definido conjunto de conocimientos y destrezas. En los Estados Unidos las características de este nuevo tipo de generalista están esbozadas en los informes básicos mencionados anteriormente, descritos luego con más detalle por la Academia Americana de Médicos de Familia. En Canadá, el Colegio que agrupa los Médicos de Familia describió el perfil y los objetivos educacionales. Cambios paralelos a los de los Estados Unidos y Canadá tuvieron lugar en Gran Bretaña, Australia y otros países industrializados.

La ciencia del comportamiento ha dirigido nuestra atención hacia el proceso por el cual la gente requiere cuidados médicos. Este es un aspecto muy importante para los médicos de atención primaria que ha hecho que los médicos sean ellos mismos objeto de estudio. Por lo tanto, nos ha hecho más conscientes de la importancia de nuestro propio comportamiento en la calidad del cuidado ofrecido, en la toma de decisiones y en la prescripción. Acrecentó nuestros conocimientos sobre la relación médico-paciente y los aspectos de la conducta frente a la enfermedad. Ha traído a nuestra atención el conjunto de padecimientos que nunca alcanza la profesión médica y ha incrementado nuestro conocimiento de los factores sociales y conductuales envueltos en las causas de las enfermedades. La relación de la Medicina con las ciencias de la conducta es análoga a la de la química y la fisiología una centuria atrás. Los nuevos conocimientos de las ciencias del comportamiento serán integradas con la medicina a través de cambios en la práctica clínica. Como clínicos generalistas practicando un método clínico holístico (integral) los médicos de familia están en una posición clave para hacer esta síntesis.

Otro factor en el desarrollo de la medicina familiar ha sido el resurgimiento del interés por los cuidados de salud exo-hospitalarios. Ello significa un cambio en el papel del hospital dentro del sistema de salud. El costo del cuidado en la internación se ha vuelto prohibitivo y los criterios para la admisión en

los hospitales, más selectivos. El hospital de agudos se convierte en una institución donde van sólo aquellos pacientes que necesitan cuidados técnicos altamente especializados, tanto internados como ambulatorios. Para aquellos pacientes que necesitan cuidados para una variedad de problemas durante un largo período de tiempo, la hospitalaria es una forma de cuidado mucho menos satisfactoria. El hospital puede difícilmente evitar la fragmentación del cuidado y los frecuentes cambios del personal que son la antítesis de la medicina integrada y personal..

La práctica de la medicina fuera del hospital, particularmente a nivel de los pueblos, barrios o suburbios, ha asumido una nueva importancia. Podemos comprobar ahora que la sobrecarga de servicios hospitalarios durante las pasadas décadas ha sido un error. Durante las próximas décadas habrá necesidad de un sistema balanceado en el cual se disponga de cuidado personal y continuo para todos los habitantes en barrios, urbanizaciones, pueblos o ciudades, mientras el hospital provee un apoyo especializado cuando se necesita.

MEDICINA FAMILIAR

Puede ser descrita como un cuerpo de conocimientos sobre los problemas encontrados por médicos de familia. Tal como sucede en otras disciplinas prácticas el cuerpo de conocimientos comprendido por la medicina familiar incluye no sólo conocimientos prácticos sino también destrezas técnicas.

Según Mc Whinney pueden identificarse nueve principios que gobiernan las acciones del médico de familia:

- 1.— El médico de familia está comprometido con la persona más que con un determinado cuerpo de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial.
- 2.— El médico de familia aspira comprender el contexto de la enfermedad.
- 3.— El médico de familia ve cada contacto con su paciente como una oportunidad para prevención y educación sanitaria.
- 4.— El médico de familia ve su práctica como una población en riesgo. Los clínicos piensan normalmente en térmi-

nos de pacientes individuales más que en grupos de población. El médico de familia debe pensar en términos de ambos.

- 5.— El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una red de servicios de salud que lo apoya a través de toda la comunidad. Esta red puede ser oficial, formal e informal.
- 6.— El médico de familia debe compartir el mismo *habitat* de sus pacientes.
- 7.— El médico de familia ve a sus pacientes en el consultorio, en sus casas, en el hospital. La proporción de tiempo que dedica a cada una de estas comodidades varía según el país, el sistema, la región, etc.
- 8.— El médico de familia da importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.
- 9.— El médico de familia es un gerente de los recursos. Como generalista y médico de primer contacto tiene el control de grandes recursos y debe ser capaz, dentro de ciertos límites, de controlar la admisión al hospital, usar investigaciones, prescribir, tratar y referir a especialistas.

LAS DESTREZAS DE LA MEDICINA FAMILIAR

Existen algunas destrezas que pueden ser consideradas como específicas de la medicina familiar:

- 1.— La solución de problemas indiferenciados.
- 2.— *Destrezas preventivas*.— La identificación de riesgos y de las ligeras y precoces desviaciones de la normalidad.
- 3.— *Habilidades terapéuticas*.— El uso de la relación médico-paciente para maximizar la efectividad de todos los tipos de terapia.
- 4.— *Habilidades para el manejo de recursos*.— El uso de los recursos de la comunidad y el sistema de salud para beneficio de los pacientes.
- 5.— *Manejo de la historia clínica orientada a problemas*.— Lo que se correlaciona con la Clasificación de Problemas de Salud en Atención Primaria.

CARACTERISTICAS DE LA PRACTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR

(Según Mc Whinney)

- 1.— *Continuidad de la atención*. — Es la responsabilidad inquebrantable de estar disponible, por cualquier problema de salud, hasta el final, cualquiera sea el curso que pueda seguir.
- 2.— *Medicina integral*.— El médico de familia nunca dirá a sus pacientes: "lo siento, pero su problema no está en mi campo". Aunque refiera el paciente a otro médico ello no implica que haya finalizado su responsabilidad.
- 3.— *Cuidado de la familia*.— La unidad de atención del médico es la familia, lo que significa atender pacientes de ambos sexos y cualquier grupo de edades.
- 4.— *Vínculo*.— Como resultado de la modalidad de atención, su duración y la intensidad del cuidado, se establece una vinculación entre el paciente, el médico y la familia.
- 5.— *Conocimiento acumulativo de los pacientes*.— La atención continua e integral permite al médico de familia construir un acervo de conocimientos sobre sus pacientes y la familia, que constituye uno de los más valiosos elementos para su trabajo.
- 6.— *El papel de generalista*. — El médico de familia es por naturaleza y función un generalista. En cualquier organización de servicios de salud que quiera funcionar adecuadamente, debe haber un balance entre generalistas y especialistas.

Una visión esquemática de los tipos de problemas que pueden tocarle en el ejercicio de la Medicina Familiar a un médico que la practica, son los demostrados por John Fry: en una práctica cerrada como es en Inglaterra, un médico de familia que tiene la responsabilidad de unas 2.500 personas a las cuales otorga cuidados integrales, los motivos de consulta pueden resumirse de la siguiente manera:

- 1.— Problemas auto-limitados, es decir, que se curan solos y que podrían solucionarse sin la intervención del médico — 65%.
- 2.— Problemas crónicos — 20%.
- 3.— Problemas agudos — 15%.

Los problemas agudos son aquellos en los cuales el médico de familia toma una primera decisión y establece rápidamente si se trata de un problema que pone en peligro la vida del paciente; si él está capacitado para manejarlo o si debe referirlo a otros especialistas o técnicos. De este grupo, el 5% son los que ponen en riesgo la vida del paciente, mientras que el otro 10% puede ser manejado y solucionado por un profesional bien entrenado en Atención Primaria y Medicina Familiar.

EFICIENCIA

Una de las cuestiones que siempre se presenta es: ¿en qué medida un médico general o de familia soluciona los casos que se le presentan en su comunidad?

Es interesante analizarlo porque existe gran desinformación al respecto; se habla de 70, 80 ó 90 por ciento, o simplemente, de la mayoría de los problemas que se le presentan. Generalmente se expresa en estos términos: el médico general o de familia debe resolver la mayor parte de los problemas más comunes que aquejan a la comunidad de la cual es responsable.

Como vimos en los datos de John Fry, en Gran Bretaña el Médico General es capaz de resolver el 95% de los problemas de salud que se le consultan.

Un trabajo muy serio presentado hace pocos meses en la Conferencia Mundial de Medicina Familiar, por la Sociedad de Medicina General de Holanda, llega a las siguientes conclusiones. En la investigación publicada por el Dr. Henk Lambert en el número de agosto de 1980, de la Revista de los Médicos Generales de Holanda, describe las tareas cumplidas durante dos años por doce médicos generales para más de 20.000 pacientes. Se presentan los resultados del primer año, que cubre más de 60.000 contactos y 92 mil problemas y analizan la información recogida en forma estandarizada y procesada por computación. Utilizan la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria y los resultados que arrojan son muy interesantes. Voy a referirme a los datos que estimo relevantes para el punto que estoy sosteniendo.

Hubo un promedio de tres encuentros del paciente con un médico y 4,5 problemas por pacientes, en el año; el 11,2% fueron visitas

domiciliarias. El 57% presentó nuevos problemas de salud y el 43% viejos problemas. La certeza diagnóstica fue del 83% y el 17%, diagnósticos no seguros, pero hubo una motivación de solamente el 4% en todos los diagnósticos. Fueron referidos a especialistas el 4% de los pacientes y el 11% fue derivado dentro del mismo sistema de Atención Primaria para exámenes de laboratorio, trabajo social, enfermería, terapia de grupo, etc.

Un aspecto digno de ser destacado es el del tratamiento: 40% de las consultas no requirieron medicación. Este es un punto muy importante, porque es bien sabido cuántas veces el paciente es medicado por simples motivos de complacencia o por el "¿qué podrá decir otro colega cuando lo vea si yo no le receto?". Aquello es el resultado de la atención continua del paciente, de una relación médico-paciente realmente efectiva, mientras que con los patrones actuales la atención médica es generalmente episódica.

El estudio citado nos muestra que la efectividad de este grupo de médicos generales es del 96% y las referencias a los especialistas fueron solamente el 4%. Esto nos debe hacer pensar a quienes tenemos responsabilidades en educación médica y en administración de salud, sobre las metas concretas que pueden lograrse con servicios de medicina familiar dotados de personal bien formado.

CARACTERÍSTICAS DE LA PRACTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR

La imagen más característica del médico general de antaño es la del que practicaba sólo en su consultorio. Los cambios habidos en la práctica en Estados Unidos llevaron a la formación de grupos privados de médicos de familia que atienden a una población determinada y que están organizados de tal manera que pueden gozar de fines de semana, vacaciones, oportunidades de entrenamiento fuera de la localidad y, principalmente, de una vida familiar mucho más aceptable que la del médico de antaño.

En América Latina, la mayor parte de la Atención Médica es proporcionada por instituciones, el Ministerio de Salud, el Seguro Social u otras. Son instituciones poderosas, que tienen buena financiación y sistemas de atención muy organizados. En México, el Se-

guero Social fue el primero que implantó el sistema de Medicina Familiar para sus beneficiarios. Se crearon unidades de Medicina Familiar en las que trabajan 12 o más médicos, según la población a la que atienden, que cuentan con jefes de servicios que son también médicos de familia con entrenamiento en administración. Cada médico de familia atiende a una población cerrada de 2.400 personas. Este sistema de la Medicina Familiar en Instituciones es particularmente atractivo, porque cuando una de ellas toma una decisión de implantar la medicina familiar, de inmediato pasa a ser implementada en forma organizada y gradual. Ejemplo similar es el del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

En países como Estados Unidos, donde la Medicina es fundamentalmente privada, la suma de las prácticas privadas va conformando un tipo de sistema confluyente que se amplía por incentivación y motivación de los médicos, por requerimiento de las comunidades que solicitan más servicios de Medicina Familiar para sus propias necesidades y por el valioso estímulo de las organizaciones propias de la especialidad, tales como la Academia Americana de Médicos de Familia. El Consejo de Medicina Familiar y la Sociedad de Profesores de Medicina Familiar.

En Canadá, si bien la atención de Medicina Familiar es de tipo privado, porque el médico cobra por sus servicios, la existencia de un seguro de salud universal a cargo del Estado le da una fisonomía especial. Se pueden observar allí también los mismos tipos de práctica de la medicina familiar: el médico solo, el grupo de médicos familiares organizados en una unidad, con sus historias clínicas, secretarías y trabajadoras sociales proveyendo atención médica a un núcleo de población.

Muchos de los países latinoamericanos están desarrollando sistemas de servicios de salud, en los cuales habrá por lo menos una coordinación de diferentes instituciones para lograr los objetivos de acceso fácil y disponibilidad de atención médica para toda la población. En estos casos el nivel de Atención Primaria tiene una importancia fundamental y la Medicina Familiar colocada allí puede llegar a representar a una de las grandes soluciones para el logro de los objetivos mencionados, a lo que yo agregaría, con alta calidad.

LA MEDICINA FAMILIAR EN AMERICA LATINA

Antes de 1978 la Medicina Familiar en América Latina estaba reducida a México, Panamá y Bolivia. En México, solamente a nivel del Instituto Mexicano de los Seguros Sociales; en Panamá una modesta Residencia Medicina Familiar y servicios de medicina general en el Seguro; en Bolivia un curso de postgrado de un año y un servicio de Medicina Familiar, todo en la Caja de Seguros Sociales.

¿Cuál es la situación al día de hoy? En México el Instituto Mexicano de Seguros Sociales, IMSS, ha continuado estimulando, perfeccionando y agrandando su actividad tanto docente como asistencial en Medicina Familiar. Hasta 1980 funcionaron en el IMSS 17 residencias en Medicina Familiar, que gradúan anualmente unos 400 médicos familiares en cursos de 2 años. En 1981 el número de Residencias fue aumentado a 31 y el número de ingresantes en ellas a 880. Últimamente han incorporado también la Medicina Familiar, el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que tiene gran importancia y la Secretaría de Salubridad y Asistencia que oficialmente tomó como estrategia de la Atención Primaria en las áreas que le corresponden, a la Medicina Familiar. La característica más sobresaliente de la incorporación del ISSSTE y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia al proceso de la Medicina Familiar es el hecho de que lo hicieron en colaboración con el Departamento de Medicina General/Familiar de la UNAM, la Universidad más importante del país, que se responsabiliza principalmente por las actividades educativas tanto de las residencias de Medicina Familiar como las de educación continuada. Por otra parte, la Universidad autónoma de Nuevo León también ha organizado la primera en Residencia puramente universitaria y la Escuela de Medicina de la Universidad de Guadalajara coopera con el Seguro Social en la educación de los residentes de Medicina Familiar.

En Panamá se produjo como resultado de nuestro programa, la llamada Declaración de Punta Chame, en la cual el Ministro de Salud, el Presidente de la Caja de Seguro Social, el Decano de la Facultad de Medicina y sus respectivos colaboradores, así como los presidentes de las principales sociedades médicas, establecieron para la década del 80

como una de las prioridades fundamentales, la Medicina Familiar, como premisa para una atención primaria de alta calidad. La Residencia se ha incrementado con la habilitación de nuevas plazas y la Facultad de Medicina creó la cátedra de Medicina Familiar.

En octubre de 1979 se realizó en Venezuela la 33ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial. La FEPAFEM tuvo una activa participación en su preparación y se eligió como tema central "La Medicina Familiar en el Mundo". Esta Asamblea tendrá un eco universal. Aunque su onda de irradiación es lenta por las características propias, su influencia se hizo sentir rápidamente en el país sede. En 1980 se inauguró en marzo, la primera unidad de Medicina Familiar en el Hospital General del Sur en Maracaibo, la que fue organizada por un especialista venezolano con entrenamiento en los Estados Unidos. En julio, el Instituto venezolano de los Seguros Sociales crea el primer Centro de Medicina Familiar en una zona densamente poblada de Caracas, como un experimento que habrá de definir un modelo de atención en esa disciplina que podrá luego ser extendido al resto del sistema. Se designó dentro del IVSS una Comisión Coordinadora de Medicina Familiar encargada de su desarrollo. En el curso de este año dos Universidades, la del Zulia y la de los Andes se plantean la organización de sendos programas de postgrado (Residencias) en Medicina Familiar.

En Bolivia tuvo lugar, en mayo de 1980, la reunión de la Comisión de Recursos Humanos del Convenio Hipólito Unanue, donde estaban representados los Ministerios de Salud del área andina, la que produjo un documento que fue luego aprobado por los Ministros. A esta reunión asistieron los Decanos de Escuelas de Medicina y representación del Ministerio de Salud y Seguridad Social, lo que se tradujo en el reavivamiento del entusiasmo por la Medicina Familiar. Se promovió una serie de acciones que fortalecieron la incipiente Sociedad Boliviana de Medicina Familiar y la vincularon a otras organizaciones internacionales como WONCA, uniéndose al grupo de países relacionados con el programa; por lo menos dos Universidades manifestaron su deseo de incursionar en este campo solicitando para ello asesoría de la FEPAFEM. Hace pocos meses se constituyó la Comisión Nacional para el Desarrollo de la Medicina Familiar con representantes del

Ministerio de Salud, el Seguro Social y la Sociedad de Medicina Familiar.

En junio de 1980 se aprueba en Quito una resolución firmada por los Ministros de Salud del Area Andina, agrupados en el Convenio Hipólito Unanue, expresando que la formación y utilización del Médico de Familia debe ser priorizado en los países de la sub-región.

Deseo destacar aquí su importancia política, puesto que le da el marco legal, el marco de trabajo necesario para la implementación del programa en los diferentes países.

Presencia Latinoamérica en la Conferencia Mundial sobre Medicina Familiar de WONCA. Fue realizada en Nueva Orleans a principio de octubre y participaron unos siete mil médicos, de los cuales cinco mil quinientos eran de Estados Unidos y el resto de Canadá, Europa, Australia, etc. El grupo latinoamericano estuvo formado por 125 profesionales y fue el más numeroso en la historia de las conferencias mundiales. Las consecuencias de la presencia de este grupo en Nueva Orleans fueron el contacto oficial de las Asociaciones de Medicina General/Familiar de México, Panamá y Bolivia con profesionales de Venezuela y Puerto Rico, habiéndose acordado la idea de que el grupo latinoamericano siguiera en comunicación y que México se encargara de convocar a un comité representativo de esos países con el objeto de organizar la primera reunión latinoamericana de Medicina Familiar. Además, sirvió para que fuera percibido por europeos, australianos, norteamericanos y canadienses el interés genuino y potente de América Latina de abordar con seriedad el desarrollo de la Medicina Familiar en esta parte del globo.

En Santo Domingo tendrá lugar en noviembre de 1981 el primer seminario nacional sobre Medicina Familiar, como el paso inicial del proceso de su desarrollo.

FORMACION DEL MEDICO DE FAMILIA

El problema que siempre se discute es: si en el pregrado se forma un médico general o si éste debe formarse en el postgrado; y, en este caso, si debe hacerse mediante cursos formales tales como residencias o mediante educación continuada.

Los educadores médicos se resisten siempre a admitir que las escuelas de medicina

no forman médicos generales. No es difícil entender que no se forma un médico general en el pregrado, porque el estudiante no tiene modelos de aprendizaje como los tiene para las demás especialidades. Cuando un estudiante aspira ser cirujano tiene muy claro que, a pesar de su título de Médico-Cirujano, cuando egrese no estará capacitado para abrir un abdomen, un tórax o un cráneo. Sin embargo, no tiene la misma conciencia acerca de la medicina general. Así vemos que se envía para medicina rural, como un servicio para el país, a la gente que está menos preparada para dicha práctica que requiere sagacidad clínica para el manejo de los problemas de Salud, contando con muy pocos recursos auxiliares. El estudiante de medicina que se forma en el hospital universitario, viviendo una patología que representa el 1% de la que existe en la comunidad, no tiene oportunidad de ver y menos de experimentar un modelo de práctica de medicina general o familiar, sencillamente porque no existe y porque desde hace muchos años los médicos generales no son profesores de las Facultades de Medicina. El estudiante obtiene entonces su título y, si no tiene cupo para una especialización o no desea hacerla, queda con el nombre de médico general: es un médico general por omisión, no porque se ha formado como tal, sino porque no se ha especializado. Esto es importante desde el punto de vista educativo y así es explicable por qué el médico general tradicional se convierte en un profesional de segunda categoría. De esto son conscientes los mismos médicos generales, los especialistas, los educadores médicos y la sociedad.

¿Cómo se puede revitalizar entonces una especialidad como la Medicina Familiar si uno no le da jerarquía científica y jerarquía social? Ese fue el problema que afrontaron Canadá, Estados Unidos y México y tomaron la decisión de formarlo en el postgrado creando la nueva especialidad. Ello significó la reafirmación del médico de familia como un profesional de alta eficiencia a través de una adecuada formación. Lo que se pretende es interesar a los jóvenes egresados de las escuelas de medicina que sean generalistas por formación y no por omisión. Esto requiere el diseño de programas educativos que se nutrirán de las otras especialidades, pero que tendrán a su vez elementos propios que

deberán desarrollarse en ese curso. Recién entonces estarán habilitados para ejercer la práctica de la Medicina Familiar.

La educación continuada es uno de los requisitos indispensables en esta especialidad. En los Estados Unidos es la única especialidad que exige una recertificación cada siete años, lo que asegura al público que tiene a su servicio un médico plenamente confiable para la atención de los complejos y variados problemas que se le presenten.

La falta de médicos generales y familiares en el profesorado y la falta de modelos de práctica, imposibilitan adquirir la experiencia de la continuidad en la atención, lo que hace que la formación en el pregrado sea una alternativa muy difícil. Las razones de tipo social, los valores científicos y humanos, deben ser también tenidos en cuenta en esta decisión, lo que agrega más inconvenientes para su formación en esa etapa. Pero el pregrado tiene sí una enorme importancia para motivar a los estudiantes. Es allí donde se identifican con sus maestros en la especialidad que luego adoptan para su ejercicio profesional de acuerdo con sus inclinaciones personales. Por ello se aconseja la creación en las escuelas de medicina de departamentos de Medicina Familiar para que esta especialidad tenga su representación académica para que, al igual que las demás, el estudiante tenga oportunidad de ponerse en contacto con ella.

En Jamaica, la Universidad de las Indias Occidentales ha decidido la creación del postgrado en Medicina Familiar con la estructuración de un Departamento de la especialidad.

PERPECTIVAS: LA MEDICINA FAMILIAR, UNA VERDADERA REVOLUCION

Medicina Familiar significa cambio y un cambio implica resistencia. Por ello, no podemos dejar de esperar dificultades, oposición, luchas de intereses, prejuicios, etc., si pretendemos impulsar este cambio.

Sin embargo, es reconfortante observar lo logrado en tan poco tiempo en América Latina y el Caribe, lo que sinceramente creo debe atribuirse a que la Medicina Familiar es

tá respondiendo a necesidades profundamente sentidas por la población.

Las instituciones de Servicio tienen la oportunidad de impulsar la Atención de la Salud, expandirla y devolver a sus usuarios un acto médico, con la dimensión humana que debe tener.

Las instituciones de educación médica, que durante varios lustros han luchado por adaptar sus currículos a las necesidades sociales para que el Recurso Humano formado responda a dichas necesidades, encontrarán que la Medicina Familiar les señala un camino para alcanzar aquellos ideales.

La integración docente-asistencial, tan en boga actualmente, adquiere un claro y definido propósito con la Medicina Familiar, porque no se puede enseñar esa disciplina si no existen modelos de práctica. La educación continuada es uno de los pilares fundamentales que la sostienen, lo que hace que el Médico de Familia sea un profesional confiable

para el público. Vemos entonces que servicio y educación van aquí permanentemente de la mano.

Me permito usar la palabra "revolución", porque estoy convencido que el desarrollo de la Medicina Familiar constituye un cambio profundo en el concepto y estructura de los servicios de salud y también en el enfoque de la educación médica.

Dajo, pues, el desafío de esta incruenta revolución médica, ética y científica, a los responsables de los sectores formativos y de servicios que aquí se encuentran reunidos.

El beneficio será para los millones de ciudadanos anónimos que están pendientes de lo que aquí se resuelva, los que adquirirán nombre y fisonomía individual, en una práctica médica humanizada y nos sabrán expresar en forma inequívoca, su agradecimiento por la entrega de que seamos capaces.