

Los médicos en el sistema de salud: categorías. Variantes históricas en diversos países

Doctors in the health system: categories. Historical variants in various countries

Dr. Carlos Montoya-Aguilar¹

RESUMEN

Una de las características más nefastas del sistema de atención de salud de muchos países es el sinnúmero de fracturas que exhiben. Y de ellas, una de las más flagrantes es la división entre los llamados “niveles” de los sistemas públicos de atención, es decir, entre los consultorios de atención “primaria” y los hospitales. Obedece a diversos factores de la historia, cuyo análisis ayudaría a corregir la deformación, en beneficio de la salud y el bienestar de las personas

***Palabras clave:* Sistemas de atención de salud de Inglaterra, Latino América; Fragmentación de la profesión médica; Formación de los médicos; Modelo de atención médica integral.**

ABSTRACT

One of the negative features of many national health care systems is their fragmentation. In this respect, the radical division between the so-called “levels”, that is, between primary care clinics and hospitals, is, in the author’s view, one of the most harmful characteristics. This separation, which also affects the medical profession, has arisen in the course of history and is here described; its discussion might help to correct the resulting distortion of care systems, for the benefit of people’s health and welfare.

***Key words:* English and Latin American health care systems; Fragmentation of the medical profession; Doctors’ training; Comprehensive health care model.**

Recibido el 26 de octubre de 2016. Aceptado el 22 de diciembre de 2016.

¹ Profesor de Salud Pública, Facultad de Medicina. Universidad de Chile. octubre 2016

1. CAMBIOS Y REQUISITOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD

La atención de la salud de la población requiere desarrollar una política de salud que fortalezca los principios y la organización del sistema; y dentro de ello, formar y ubicar adecuadamente a los profesionales y técnicos del sector. Estos requisitos no se dan en un vacío histórico. Dentro del horizonte de tiempo que podemos escudriñar, han ocurrido y siguen ocurriendo cambios veloces. Por ejemplo, en México, el perfil del estado de salud y de la morbilidad cambió de tal modo que tres de las cinco primeras causas de muerte y discapacidad del año 2013 no habían estado en esa posición en 1990, y la desnutrición había cedido su lugar a la obesidad; las notorias desigualdades geográficas entre enfermedades transmisibles habían sido reemplazadas por desigualdades en enfermedades crónicas no transmisibles; y la expectativa de vida había aumentado en las mujeres pero apenas en los hombres². En el pensamiento internacional sobre salud saltaron al primer lugar los objetivos de cobertura universal y de equidad, y la definición de salud como “salud planetaria”³. Continuaron los cambios en el conocimiento y la tecnología médica. A su vez la población evolucionó rápidamente en su nivel de educación sanitaria y su demanda de atención por médicos de alta calidad está influyendo en las políticas de formación médica⁴. Las causas históricas de estos cambios y de la insatisfacción prevalente tienen que ver con otras transformaciones más fundamentales en los sistemas político-sociales y económicos: un caso ilustrativo es el de Chile, donde, después de la fragmentación y el debilitamiento del Servicio Nacional de Salud, ocurridos durante el régimen militar de 1973-1989, ha sido muy difícil volver a satisfacer las necesidades y expectativas de la mayoría de los habitantes. La economía ha modificado los estilos de vida y la moral que subyacen a la salud mental y el bienestar, generando auto-explotación, aceleración del trabajo, falta de solidaridad, comercialización de bienes básicos, corrupción y un pensar de plazos cortos.

En el ámbito de América Latina, una causa de las dificultades comunes podría residir – al menos en parte – en no haber tenido una visión común de las funciones y objetivos del sistema en su relación con los pacientes y con la población en general. Esa visión debió haber sido planteada en términos simples y con claridad y fuerza⁵. De dichas funciones y objetivos se debió – y se debe – deducir qué profesionales se requerían y se requieren.

2. SISTEMA Y NECESIDADES

Para una discusión actualizada del tema del lugar de los médicos en los sistemas de atención, podemos empezar reconociendo sólo dos “establecimientos –tipo” – Consultorio y Hospital – y un “profesional – eje”, el médico, y las siguientes necesidades de la población:

a) Demanda en el momento, cuando se presenta con claridad un síntoma o un signo:

a1) éstos pueden corresponder a un accidente (trauma, envenenamiento) o

a2) a una patología aguda que se inicia (Apendicitis, amigdalitis, neumonía, diarrea, infarto) o

² Gómez-Dantés H et al, Dissonant health transition in the states of Mexico, 1990-2013, The Lancet, 14.10.2016

³ Horton R, Planetary Health, Editorial en The Lancet Vol 387, N° 10028, 16.04.2016. La “salud planetaria” ha sido definida como: la salud de la civilización humana y el estado de los sistemas naturales de los cuales depende.

⁴ Jiming Zhu, Wenkai Li, Chen L, Doctors in China: improving quality through modernisation of residency education, The Lancet 2016; 388 : 1922-29

⁵ En Chile, el Colegio Médico elaboró un documento: “Política de salud para Chile: nuestra visión” (1998). Pero faltó la claridad, la fuerza y la oportunidad.

a3) a un brote o episodio de una enfermedad crónica (artrosis, epilepsia, gota, diabetes, vicio de refracción o de audición, insuficiencia cardíaca, litiasis vesicular, depresión)

b) otro tipo de necesidades, que es igualmente importante resolver, pero que no requiere atención inmediata; son programables. Aquí hay dos categorías:

b1) los controles por una enfermedad crónica y

b2) los exámenes preventivos unidos a módulos educacionales periódicos.

Un tipo de establecimiento –el consultorio, con su ambulancia y teléfonos – debe estar abierto en **permanencia** para todas las necesidades de la población a su cargo (o de la que circunstancialmente lo requiera).

¿Quiénes responden ahí? Los médicos, con su equipo. ¿Qué clase de médicos? Pues... médicos. Si ahí no disponen de instrumental, de camas UTI, de pabellón, de imagenología, refieren a los médicos que están en el hospital; de nuevo... médicos.

3. LA “CARRERA” PROFESIONAL. EL CONCEPTO DE “ESPECIALIZACIÓN”. MODULACIONES

Se habla de **especialidades**, de especialistas, de especialización. ¿Especialistas en qué? Al egresar de la Escuela de Medicina, lo habitual es que algunos médicos se orienten hacia la atención de determinado grupo de edad y género: adultos, niños, mujeres. Durante algunos años atenderán todo tipo de problemas y condiciones en personas del grupo elegido. Idealmente, la mayoría debería hacerlo tanto en consultorios como en hospitales. Así comprenderían todo el universo de la población y todo el espectro de los servicios médicos. De manera natural pueden ir profundizando y circunscribiendo su actuar en determinadas patologías, condiciones y técnicas. Probablemente limitarán su movilidad y permanecerán con mayor constancia en algún establecimiento. Si la “especialización” consiste en tener un cierto nivel y ámbito de competencias, este nivel y este ámbito será el que hayan alcanzado en su “**carrera**”. Unos son más jóvenes; otros, más experimentados. La **carrera** es la vida profesional: de modo natural, va asignando lugares en el sistema, en el equipo ⁶.

Después de la primera etapa de su carrera, los médicos se diversifican hacia distintas tareas, incluyendo las de administración, docencia, investigación, salud pública. Esto es relativamente fácil de diseñar, con especificación de la cantidad de cargos de cada tipo que el sistema público debe proveer ⁷. Todos son médicos. No los hay de distintas categorías: simplemente cumplen distintas funciones específicas dentro del Sistema, de acuerdo a sus posiciones en la **carrera** profesional. Naturalmente, esto es así dentro de un **sistema nacional bien dirigido**. Si no lo hay, es difícil que haya una Atención de Salud efectiva, equitativa y eficiente para toda la población; y es muy difícil que el conjunto de médicos de un país pueda lograr la realización de su vocación de servicio a las personas y a la población, con la mejor asignación de tareas.

⁶ Montoya C, El trabajo en el sector público de salud: condiciones, carrera funcionaria y formas de compensación, Cuad Med Soc 1999; 40 (2): 67-76

⁷ Candidatura presidencial del Dr. Salvador Allende, Oficina Central de Planificación, Grupo de Salud (coordinador, Montoya C.), 1964. Reimpresión: Cuad Med Soc 2006; 46, Suplemento 1

4. LA LLAMADA “ATENCIÓN PRIMARIA”. DISCUSIÓN

En la mayor parte del mundo, se da gran importancia a los consultorios distritales y a las postas rurales, los cuales constituirían el eje infaltable de los sistemas de atención de salud. Se les denomina “nivel de **atención primaria** (del sistema)” (APS). También se les considera como la materialización de una estrategia que persigue reducir las inequidades en salud. En la realidad, y al menos en América Latina, hay una imagen negativa de este “nivel”: falta personal idóneo, falta resolutivez y no hay una relación adecuada con el resto del sistema y con la población⁸. Se constata que lo que la gente quiere es: que “la atienda un médico, en el hospital o donde esté”. Importantes profesores de Medicina afirman que los médicos que atienden en el “nivel primario” requieren tutoría y supervisión técnica⁹. Médicos generales prominentes de Inglaterra han dicho, recientemente, que en su país hay Escuelas de Medicina que desalientan en sus alumnos la opción de ser General Practitioner y la consideran de segunda clase¹⁰.

En el concepto de APS está el de ser puerta de entrada del sistema, es decir, que no lo sea el hospital u otro establecimiento de alto costo de funcionamiento. Esto requiere que el Sistema esté diseñado para ello y que funcione. En caso contrario, la puerta de entrada principal será el servicio de urgencia. De una APS bien concebida y suficientemente resolutivez, se espera que sea, no sólo la “puerta”, sino la interfase continua entre la población y el sistema de atención, con funciones de promoción, prevención y acompañamiento.

5. CONSULTORIOS Y HOSPITALES

La cooperación entre consultorios y hospitales, necesaria para la resolutivez del sistema, se realiza principalmente en el proceso de referencia (o interconsulta) y contra-referencia. Este proceso puede adolecer de diversas y bien conocidas limitaciones: que la referencia no esté bien formulada o que no se justifique; que el especialista no de crédito a la opinión del generalista o pida repetir los exámenes; que no cumpla con la contra-referencia y se quede con el paciente; que no se aproveche la oportunidad de aprendizaje por el médico del consultorio; o que pase un largo tiempo antes del cumplimiento de la acción especializada que se solicitó.

La presencia simultánea de los mismos médicos (o de médicos de la misma cohorte)

en consultorios y en los hospitales-base correspondientes haría de las interconsultas un proceso limitado a lo verdaderamente necesario; los motivos de las referencias se resolverían prontamente en un contacto entre colegas, o entre profesor y alumno (de postgrado), evitándose a los pacientes el drama de las esperas de semanas, meses o años. El consultorio entero aprendería de tales interconsultas y de los “policlínicos de especialidad” – pediatría, medicina interna, ginecología y psiquiatría - que tendrían lugar semanalmente o quincenalmente en los propios consultorios. Por ejemplo, de las aproximadamente 700 mil interconsultas que se generan anualmente en el sistema público de atención, en Chile, alrededor de 560 mil tendrían calidad y rapidez si un programa de formación combinada de médicos en consultorios y hospitales, generando cohortes de “especialistas en formación” (EEF)¹¹ llegara rápidamente a tener presencia en todas

⁸ Montoya C, Médicos en el nivel primario del sistema público de salud de Chile. Tendencia, distribución geográfica y normas. Cuad Med Soc 2008; 48 (4): 215-226

⁹ Román O, Ferrer R, La red asistencial de salud y el papel de los jefes de servicios clínicos en su gestión, Hospital San Borja-Arriarán, Cuad Med Soc 1997; 38 (3):64-68

¹⁰ Editora de Salud de The Telegraph, Londres, 06.04.2015.

¹¹ Montoya C, Ipinza M, Vargas N, Lastra J, Culmina el primer ciclo de formación de especialistas para la atención primaria y el sistema público de atención de salud. ¿Qué hacer en adelante?, Rev. Chil. Salud Pública 2014;18 (1): 25-32

las comunas de las grandes ciudades. Esta cobertura podría extenderse a otras áreas a través de las teleconsultas por medio electrónico¹².

6. ¿TIPOS DE MÉDICOS? PRIMERA DISCUSIÓN

En cuanto a la definición del “médico de APS”: “no se ha definido claramente cuál debe ser el perfil de los médicos de atención primaria y, por lo tanto, aún prevalece la imagen actual de un médico no especialista que está allí ya sea porque no ha tenido acceso a otro ámbito laboral mejor, porque está detrás de un puntaje que le permita optar a un programa de especialización...”¹³

Con respecto a la definición de “médico general”, la historia de la atención de salud en Chile antes de 1980²⁰ mostraba que nunca se había considerado a la medicina general como “especialidad” y que la mayoría de los médicos actuaba como especialista, dado que los de consultorios urbanos también trabajaban en un servicio de hospital. En 1955 se ideó en el SNS la Medicatura General de Zona, a fin de ampliar la cobertura a localidades alejadas. Dentro de este esquema, que fue enormemente beneficioso, se pasó prontamente del médico único a equipos de dos o más médicos que espontáneamente volvían a diferenciar entre sí las actividades de medicina de adultos, de medicina de niños, de cirugía y de obstetricia. En 1980 el gobierno empezó a municipalizar los consultorios y postas, medida ratificada mediante la ley o “Estatuto de la APS”, 1995. Las municipalidades aplicaron un modelo de dotación basado en profesionales no médicos, y sólo “complementados con médicos generales que absorben la demanda y realizan un trabajo principalmente curativo”.

Un decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile advirtió: “...Lo ocurrido en EEUU, donde igualmente la convocatoria para que los médicos se orienten más a la APS ha sido decepcionante, debiera evitar que reproduzcamos... una experiencia fallida...es dramático, aunque explicable, constatar la falta de interés de los profesionales nacionales...El llamado a concurso, por el Ministerio, para llenar 70 plazas de Médicos Generales de Zona, con posibilidad de beca de especialización al término de tres años, para ejercer en consultorios municipalizados, no superó el 10 % de postulantes¹⁴ en el conjunto de Escuelas de Postgrado de las Facultades de Medicina de Chile; los programas de formación orientados al nivel primario no superan el 10 % del total de cupos de especialización...Habría que convenir en la necesidad de una decisión operativa del Estado... sobre el modelo de atención que se adopte y en función de ello (formar) los recursos profesionales que se necesitan”¹⁵.

Desde 1993, el Ministerio de Salud de Chile ha asignado becas para especialización en medicina familiar. Entre los años 2002 y 2007 se ocupó solo el 12% de los cupos ofertados para residencias de medicina familiar en el concurso de becarios de retorno a especialidades. Entre 1996 y 2006 el Consorcio de Departamentos y Programas de Salud y Medicina Familiar de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (7 Universidades) ha formado 350 especialistas en Medicina Familiar – casi la mitad de ellos por la Universidad Católica de Santiago. Muchos optaron por

¹² Estas teleconsultas se están dando en algunas Regiones de Chile. Ver: Carvajal Y, González I, Pacheco J, “Francisco Albornoz o Moviendo la Prodigiosa Red Pública”, Rev Chil Salud Pública 30(3); 17(2): 147-50. Un aspecto distinto dentro de la “telemedicina” es la información de exámenes diagnósticos a distancia; por ejemplo, de electrocardiogramas, de imágenes o de biopsias; aún otro aspecto es el uso en la enseñanza. La Presidenta, M. Bachelet, expresó en 2014 su apoyo al despegue de la “telemedicina” para el año 2015.

¹³ Bass C, 2011

¹⁴ El Mercurio, 15.04.2000

¹⁵ Rosselot E, 1999.

funciones distintas de la APS¹⁶. En Chile “hay falta de interés de los médicos por la APS, por no haber carrera con especialización y acceso a los hospitales”¹⁷.

El fenómeno no es sólo latinoamericano: mientras los políticos ingleses, tanto conservadores como laboristas, prometen a sus compatriotas que accederán a un médico general siete días a la semana y con demora inferior a 48 horas, la meta ministerial de captar al 40 o 50 % de los egresados para ese propósito no se cumple, un tercio de los cupos de formación está vacante, hay una crisis en la atención de urgencia y se pronostica que más de 500 consultas podrían cerrar, pese a las facilidades ofrecidas para la titulación¹⁸.

La experiencia de la Región demuestra que el aporte de las especialidades básicas a la atención de salud, tanto en hospitales como en consultorios distritales, es una necesidad muy sentida y que no se satisface con respuestas parciales como cursos o pasantías de perfeccionamiento: simplemente hay que formar médicos especialistas propiamente tales y ubicarlos donde se les requiera, dejándoles abierta la perspectiva de trabajo hospitalario y la oportunidad de especialización progresiva. Ello atrae a los médicos y el financiamiento correspondiente es cada vez más viable, en vista de los presupuestos disponibles; y es costo-efectivo, ya que se accede al enorme recurso que es la vocación profesional de los médicos. También es importante el hecho de haber comprobado en la experiencia chilena que los efectos muy positivos de la especialización se logran ya durante la respectiva formación de postgrado, siempre que exista un liderazgo y seguimiento inteligente en el Ministerio de Salud y en las Universidades¹⁹.

7. ¿CÓMO SE SEPARARON HIPOTÉTICOS “NIVELES” EN LOS SISTEMAS Y ENTRE LOS MÉDICOS? LOS FACTORES

Como se sugirió al comienzo de este ensayo, en América Latina es importante operar a nivel de país con los conceptos elementales de “Sistema” y de “Médico”, introduciendo mayores especificaciones sólo en la medida en que ello sea indispensable. Por ejemplo, “médico de atención primaria” y “médico de hospital” son términos, en general, innecesarios: todos son médicos. Especialista y generalista son términos que fragmentan: lo que hay es “médicos” en distintas etapas de su “carrera”. Del mismo modo, el “Sistema de atención de salud” es uno y no procede pensar de manera diferenciada en “nivel primario” y “nivel hospitalario”: el personal y los pacientes son esencialmente los mismos y no deben funcionar separadamente. Nos referimos aquí al dominio de la política nacional de salud. En el plano operativo hay siempre libertad para la generación de términos o diferenciaciones especiales, con la condición de que no nos sujetemos rígidamente a ellos.

Por esto, es importante reconocer cuál es el origen de la separación de conceptos como medicina general versus medicina hospitalaria, o como médico de familia versus médico (a secas). Este origen tiene un carácter histórico en cada grupo de países, y en cada uno han influido factores conocidos.

Uno de estos factores ha sido la tradición, incorporada en la opinión de la élite.

Por ejemplo, en Canadá la “atención primaria” era y es proporcionada por médicos particulares en sus consultas privadas y es pagada por el Estado según la cantidad de actos médicos; en

¹⁹ Montoya C, Vargas N, Organización de la APS urbana con incorporación de especialistas en formación, Cuad Med Soc 2011; 51 (1): 40-47. Montoya C, La APS en Chile y el papel de los médicos. Nuevos objetivos en el año 2010, Cuad Med Soc 2010; 50 (3):167-177. Montoya C, Ipinza M, Vargas N, Lastra J, Culmina el primer ciclo de la formación de especialistas para la atención primaria y el sistema público de atención de salud. ¿Qué hacer en adelante? Rev. Chil. Salud Pública 2014; 18 (1):25-32

contraste, la medicina hospitalaria es pública, ligada al Estado y a las Universidades. Los médicos de hospital son asalariados y los programas de salud comunitaria son impulsados principalmente desde los hospitales públicos. En algunas Facultades de Medicina se han creado departamentos de medicina familiar cuyos docentes y egresados se han incorporado a la oferta de medicina ambulatoria de ciertas provincias. Desde este país el informe Lalonde ha difundido la importancia de la promoción de la salud y de la APS como uno de sus vehículos.

En Inglaterra, después de creado el Servicio Nacional de Salud (1948), la atención primaria siguió a cargo de los médicos generales en sus consultas (*surgeries*) particulares o de grupo, siendo pagados según la cantidad de personas inscritas. El concepto de Centro de Salud, con atención por un equipo de profesionales, nunca fue aceptado. Los hospitales y la salud comunitaria son otras dos estructuras separadas.

En esos dos países y en otros con una organización similar de los servicios médicos, la historia, el conservadurismo, han determinado que la atención primaria esté completamente separada de la atención hospitalaria.

En Chile antes de 1980²⁰ el sistema de atención estaba integrado y los mismos médicos trabajaban en hospitales y consultorios. Después de esa fecha, el régimen político-administrativo entonces vigente determinó que hubiera administraciones separadas: los consultorios distritales y las postas fueron municipalizados y ello introdujo a Chile en el gran grupo de países con **sistemas divididos**.

Otro factor estructural del rol y status de los profesionales ha sido la distribución urbano-rural de los habitantes: la fuerte urbanización de Chile evitó, desde mediados del S. 20, que hubiera una diferenciación marcada del sistema y de los profesionales según esta dimensión. En cambio, la ruralidad de extensas zonas llevó en Rusia, desde el S. 19, a la existencia de practicantes de medicina independientes, de grado medio, con funciones clínicas o de medicina preventiva: *feldshers* y parteras. Ell@s continuaron en la Unión Soviética, y en la Federación rusa de hoy, aunque el aumento en la cantidad de médicos hizo que dichos practicantes trabajaran más cerca de los médicos y también actuaran en las grandes ciudades. En China esta diversificación es necesariamente más pronunciada, dada la escasez relativa de médicos y la magnitud de las poblaciones que viven en zonas alejadas: junto a los médicos hay "asistentes médicos", y además un millón de "doctores rurales", sucesores de los "médicos descalzos" (prominentes durante la revolución), los cuales siguen llenando una necesidad real.

En los países en que hay un sector privado/comercial de atención de salud, que son la gran mayoría, aparece una divergencia respecto al sector público, con desigualdad en las remuneraciones, lo cual trae consigo una diferenciación de tipos de médicos: las funciones y sobre todo, el status, son distintos en los médicos de uno y otro sector. A este factor se atribuye el riesgo de declinación de los sistemas actuales de atención primaria de España, Italia y de la propia Inglaterra.

Al comparar entre países, aparecen diferencias en los roles de los médicos según existan o no equipos multiprofesionales en el sector público. En la atención ambulatoria del Japón y otros países de Asia, el médico prescinde de la cooperación de otras personas y, por ejemplo, guarda y

²⁰ Horwitz Nina, Salud y Estado en Chile: Organización Social de la Salud Pública (95 p). Santiago, Ed. Universidad Católica de Chile, 1995

distribuye personalmente los medicamentos que prescribe; también en Inglaterra lo habitual es que el GP trabaje con sólo el apoyo de una secretaria. En la URSS, por el contrario, llamaba la atención el mucho uso del hospital y del hogar como lugares de diagnóstico y tratamiento, lo cual influía en la identidad de los médicos en general, y en el trabajo y la responsabilidad del médico ubicado en la primera línea (de sector o *uchastok*), el cual está siempre en un establecimiento (*policlínica*) en que hay especialistas. Aquí se agrega otra especificación al rol de un médico en la atención primaria, y ésta es la que corresponde a las distintas “bases” de un sistema altamente diferenciado e integrado: residencial, ocupacional, escolar, del transporte y de urgencia.

De manera semejante a la diferenciación geográfica de la población entre urbana y rural, su estratificación económica entre ricos y pobres también se asocia a la aparición de formas diferentes de “ser médico”. La reforma introducida en EEUU por Flexner en el sentido de hacer más rigurosa la formación médica, cerrando las escuelas de bajo nivel, creó el riesgo de que los pobres se quedaran sin médicos. Aparecieron entonces otros tipos de practicantes de la medicina, menos onerosos, como las *nurse-practitioners* y los *physician-assistants*.

Se hizo alusión, más arriba (Sección 5), a las alternativas de formación de los médicos, citando la experiencia del programa Forebas de Chile, que se dirigía a resolver el cisma entre hospital y consultorio, mediante un programa de residencia combinada. En Inglaterra y otros países se procura resolver la insatisfacción con el desempeño de una parte de los GPs, y también la insatisfacción de estos médicos con su propio status, mediante una intensificación de los cursos que deben seguir: se ha impuesto para todos, después de los cinco años de pre-grado, una formación de postgrado que dura otros cinco años, la cual se inicia con el llamado *Foundation Programme*, de dos años, continúa con una mezcla de “especialidades hospitalarias” como pediatría, obstetricia-ginecología, geriatría, accidentes y urgencia, o psiquiatría y se completa con un período de formación específica en práctica general o *family medicine*. Es un esquema costoso, abigarrado, que desestima el potencial de contar con médicos (realmente) generales, y no producirá especialistas propiamente tales; hoy declina entre los médicos ingleses el interés por dedicarse a la práctica general. En Inglaterra la relativa satisfacción de la población con la atención primaria se debe en gran parte a la disponibilidad de medicamentos; hay desigualdad geográfica y socioeconómica y en las áreas más favorecidas se puede lograr atención médica en el día, pero se producen largas esperas para la atención hospitalaria, de donde resulta una demanda de prestaciones privadas por parte de quienes pueden pagarlas.

En China miran más bien hacia la pauta estadounidense, que después de dos o tres años de *College* prescribe un programa de 4 años que lleva al MD, tras el cual se realiza un período de residencia en alguna especialidad; al pasar un examen ante la Junta Médica correspondiente, se queda acreditado para ejercer en forma independiente. En este país, después de algunos planes locales como los que también se dieron en Sud África, Israel y América Latina, la Atención Primaria fue considerada en forma extensiva desde 1966, con el informe Millis de la *American Medical Association* y el informe Willard, de la Facultad de Medicina de Kentucky. Se planteaba frenar la sobre-especialización, que genera un gasto nacional fenomenal y deja desprotegidos a muchos.

En 1978 y 1996 el *Institute of Medicine* (IOM) emitió definiciones y recomendaciones: debería haber clínicos que atendieran la gran mayoría de las necesidades personales de salud, ejerciendo en el contexto de la familia y la comunidad; y no era esta una función de una especialidad determinada. Había estudios que revelaban la mayor efectividad y el menor gasto de tal esquema. Para lograrlo, debía establecerse una relación duradera entre el paciente y equipos de proveedores y realizarse un seguimiento poblacional con registros de buena calidad y comunicación en red entre los equipos locales, llamados “hogares médicos” en los estados que avanzaron sucesivamente por este camino, como Pennsylvania con su sistema *Geiger*, Vermont con

su *Blueprint for Health*, North Carolina, con su *Community Health Care Program*²¹, etc. Es posible que la reforma del gobierno Obama acelere estos procesos. En 2008 había 240 000 médicos (el 35 % del total de los clínicos) dando "atención primaria", es decir, trabajando en sus consultas fuera de los hospitales; y estaban en declinación por la desigualdad de ingresos y de oportunidades de formación con respecto a los subespecialistas²². Hay para la APS de EEUU una tarea mayúscula en cuanto a organización y a formación.

En la URSS – y hasta hoy en Rusia - se diferenciaron Facultades de "Medicina curativa", que producen médicos de adultos (también llamados "terapeutas" o médicos generales); Facultades de Pediatría, que producen especialistas pediatras; y Facultades de Higiene, de donde salen especialistas en higiene; los estudios duran 6 años, de los cuales los dos primeros son comunes. La Facultad de Medicina permite, en sexto año, una diferenciación a cirugía o a obstetricia-ginecología; en el sexto año de la Facultad de Pediatría algunos se especializan en infectología y otros, en cirugía infantil (que incluye ortopedia). Todos realizan un internado de un año, con instrucción en ocho subespecialidades; recientemente se agregó una formación en APS antes y después de la graduación. Más de la mitad continúa para especializarse en la Academia de Estudios Médicos avanzados. Esta diversidad²³, que podría haber originado incertidumbres y conflictos entre linajes de médicos en la URSS, no tuvo este efecto, pues los cupos de formación, los cargos y toda la organización eran planificados por el Ministerio de Salud y adaptados a la realidad en cada período quinquenal²⁴.

En España la atención primaria se desarrolló en forma coherente desde la Ley General de Sanidad de 1986²⁵. Está claramente diferenciada respecto a la atención especializada, en la cual se incluye a los hospitales y centros de especialidades. En el año 2012 había tres mil Centros de Salud y diez mil consultorios locales, con 29 mil "médicos de familia", 6 mil pediatras y 29 mil enfermeras profesionales; eran muy accesibles a toda la población y proporcionaban 6 a 7 consultas anuales por habitante, con todos los servicios básicos. En ese año el problema de financiamiento motivó una reforma que introduce un copago (proporcional a los ingresos) para los medicamentos y faculta a los gobiernos regionales ("autonomías") para financiar ciertos consumos complementarios con sus propios recursos. Había una alta satisfacción de la población y excelentes resultados: por ejemplo, una Mortalidad Infantil de 3 por mil nacidos vivos²⁶.

En Italia la puerta de entrada al Servicio Nacional de Salud y el nivel de atención primaria (gratuito) está en manos de médicos de familia y pediatras. Estos trabajan en su consultorio, solos, y son remunerados per capita. Las personas los eligen, pudiendo la lista de un médico llegar a 1500 adultos o a 800 niños. Las hospitalizaciones, las consultas a especialistas y los exámenes se obtienen por referencia del nivel primario, ticket moderador mediante. El sistema se financia desde el presupuesto nacional. El público está satisfecho; pero el sistema estaría en riesgo por lo bajo de la remuneración de los médicos²⁷.

²¹ Steiner B D, Denham A C, et al., North Carolina Community Health Care Program, *Ann Fam Med* 2008 ; 6 (4) : 361-7

²² Phillips R L, Bazemore A W, Primary care and why it matters for US Health System Reform, 2010; 29 (5):806- 10

²³ Diversificación precoz probablemente justificada por la prisa en aumentar cobertura y calidad, así como por la prioridad asignada a los niños

²⁴ Viel B, (1961), La medicina socializada y su aplicación en Gran Bretaña, Unión Soviética y Chile, Ed. Universidad de Chile, 1961. Montoya-Aguilar C, Observación del sistema de Atención de Salud en la URSS, 16 de agosto a 24 de octubre, 1971. Vartanian F, La educación médica en Rusia, *Educ Med Vol* 13, N° 1, marzo 2010

²⁵ Poco antes dieron clases, conferencias o asesorías en España varios salubristas chilenos, como los Dres. Hernán San Martín, Hernán Durán y Alfonso González. Llevaban la experiencia del Servicio Nacional de Salud de Chile

²⁶ Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Sistema Nacional de Salud, 2012

²⁷ La medicina de familia en seis países europeos, M P Fernández, *Atención Primaria* 2010; 42(12):620-5. Gestión-sanitaria.com/1-sistemas-sanitarios-unio-europea.html

8. ¿MÉDICOS GENERALES VERSUS ESPECIALISTAS HOSPITALARIOS? LA MEDICINA ES UNA SOLA

Hay un asunto de extensión de los conceptos, y también, de ideología. Cuando la eminente *General Practitioner* inglesa Dra. Iona Heath, y otros, describieron las tareas, cualidades, y emociones positivas, del *GP*, debieron haber escrito “médico”, en vez de “*GP*”. Ser “los defensores de los pacientes y considerar a estos como personas en todas las circunstancias” son actitudes valiosas que esos autores han observado en algunos *GPs*. Pero son los médicos como tales los que deben practicarlas: están en la esencia de la profesión médica. Las diferenciaciones entre médicos ubicados en uno u otro lugar del sistema de atención vienen con la estructura de los sistemas.

Otro factor en juego es que, como dice Iona Heath, “el *GP*”, (o más bien “el médico”) “debe trabajar sobre un firme cimiento científico”. Y eso es imposible hoy para una sola persona normal. El generalista “es un peligro”, a menos que esté trabajando codo a codo con especialistas, que a su vez cubran, en equipo, un área. La APS “debe ser evaluada a la luz de la mejor práctica internacional”²⁸. Por razones de eficiencia y también de diseño de la carrera médica, la APS debe estar basada en la existencia de generalistas; pero con ellos trabajando junto a una proporción suficiente de jóvenes “especialistas en formación”, apoyados a su vez por “especialistas formados” (tutores) ligados a los respectivos servicios hospitalarios. Si los recursos lo permiten, parece lógico completar el equipo médico de la APS con algunos facultativos que tengan una especial formación en los aspectos sociales y psicológicos del modelo de atención integral de salud y una inclinación a no considerar separadamente a los diversos programas básicos (adultos, niños, mujeres, higiene mental y ambiental): estos serían “médicos de familia” propiamente tales.

Un asunto que puede causar alguna confusión es el siguiente: los “principios” del profesor anglo-canadiense de medicina familiar, Mc Whinney²⁹ y las expresiones de Iona Heath³⁰ y otros ideólogos de la medicina general, coinciden con, o son parte de, el Modelo de Atención Integral, que se enseñaba desde la década de 1950 en las Escuelas de Medicina de Chile³¹, y que es el modelo adoptado oficialmente por el Ministerio de Salud de este país. No corresponde que una parte de los médicos se atribuya una doctrina que es de la profesión y de la atención de salud en su conjunto: toda buena atención de salud debe ser personal, familiar y comunitaria.

Cuando el *GP* Dr. J.C.M. Gillies³² y otros dicen que “sólo la General Practice ofrece las ventajas de: confianza, coordinación, continuidad, flexibilidad, cobertura universal y liderazgo”, están enumerando características que son propias de todos los establecimientos públicos, consultorios, hospitales e institutos, en que trabajan médicos. El mismo problema aparece en Mc Whinney cuando define a la Medicina Familiar como “un campo separado y distinto de la actividad médica”.

En un momento de su argumentación, el profesor de *GPs*, Tudor Hart, opone los “generalistas comunitarios” a los “especialistas hospitalarios” dentro del SNS; pero él mismo insiste en la necesidad de aplicar en la APS los avances de la Medicina; no hay, pues, oposición entre la APS y un cierto grado de especialización y una cierta cuota de especialistas que debe salir del hospital a

²⁸ Tudor Hart J, Two paths for medical practice, *The Lancet* vol 340, Sept. 26, 1992. Tudor Hart J, Our feet set on a new path, entirely, (editorial) *BMJ* vol 317, July 4, 1998. Tudor Hart J, The National Health Service as precursor for future society, Cymru Conference, The Welsh Public Health Association, 5 July 2002

²⁹ Mc Whinney I, Principles of Family Medicine, *Can. Fam. Physician* 1981; 27: 801-804

³⁰ Heath I, Rubinstein A, Stange K C, Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity, *BMJ* 2009;338: p b 1242

³¹ Montoya C, Una experiencia en medicina integral: informe preliminar, *Cuad Med Soc* 1961; 2(2): 10-13

³² Gillies J C M, Sheehan M P, Practical reasoning and decision making, *Br J Gen Pract* 2002; 52: 518-19

la comunidad (I. Heath) y encontrar aquí un lugar definido. “El GP debe trabajar sobre un firme cimiento de competencia clínica; sin eso nos volvemos un peligro”, dice Iona Heath. Es la consecuencia lógica del postulado de poner al sistema al servicio del paciente. Tampoco se discute la ventaja de buscar más conocimiento clínico y epidemiológico en la experiencia de generalistas dotados de una actitud científica. La práctica general puede y debe ser formativa; lo que no debería ocurrir es que se la oponga a la práctica especializada o que se ponga en riesgo la integralidad del sistema y de la profesión. Para ello, tanto generalistas como especialistas deben entender al sistema en su conjunto y cuestionar el que se le mantenga dividido por razones de vieja historia: todos deben contribuir a mejorar el sistema nacional público de atención de la salud.

Todo el Sistema existe para ejecutar el Modelo de Atención El modelo de atención es uno. La Medicina es una. La profesión médica es una. Así es posible el acuerdo entre todos los actores, incluidos los pacientes.

Por consiguiente, procede superar ciertas divisiones que existen en los Sistemas y que surgieron de la historia, de la ideología y de algunos temores³³: la división entre medicina de consultorio y medicina de hospital, entre “generalistas comunitarios y especialistas hospitalarios”. La superación de las causas de la división debe lograrse mediante la educación y la voluntad política. Es función de los Ministerios afirmar la política, organización y plan integrados de los sistemas públicos de atención. Y llama la atención que los voceros de la medicina general y familiar no hayan cuestionado la división del sistema de atención, que no consideren al sistema en su totalidad. Excepcionalmente, Ionna Heath insinuaba que los especialistas deberían trabajar fuera del hospital, para aplicar los avances de la medicina más cerca de la residencia de los pacientes; no llegó a decir que deben trabajar en Consultorios (Centros de Salud), porque en Inglaterra no los había.

9. COROLARIO: ALMA ATA Y LA VERDADERA ECONOMÍA DE LA ATENCIÓN DE SALUD

El concepto de atención primaria fue formulado en la reunión de Alma Ata 1978 bajo la tuición de los países industrializados y como una de las secuelas del proceso de descolonización. Para los representantes de los países miembros de la OMS ofreció la ilusión de ser un camino para lograr una cobertura extensa, efectiva y barata con servicios de atención de salud en los países en desarrollo, muchos de los cuales se habían independizado recientemente y carecían de recursos. Se tomaron para ello elementos de las culturas autóctonas, tales como la atención por parteras tradicionales y el uso de medicamentos naturales³⁴. No se requeriría una solidaridad financiera elevada de parte de las naciones ricas, ex potencias coloniales. En cambio, los países de ingreso medio y medio-bajo deberían orientar su gasto hacia la atención primaria. Actualmente la mayoría de los países de América Latina y el Caribe gasta en atención de salud, y especialmente en atención primaria, una proporción considerable de su producto³⁵. Ello se justifica porque el valor real de brindar atención médica, en términos biológicos, sociales y políticos

³³ Temor a la “voracidad” del hospital, por ejemplo.

³⁴ Paradojalmente, al mismo tiempo se estaba creando, en cada país, un enclave hospitalario moderno para el uso de los funcionarios extranjeros y de los miembros de la élite local.

³⁵ De los 19 países de América Latina, 14 gastaron en salud en 2011 el 6,6% o más de su PIB (PAHO,HEF).

es alto y creciente, en tanto que el valor real del dinero es decreciente. La asignación de fondos públicos a la APS desembocaría, hipotéticamente, en un aumento mayor de ese valor, a través de una utilización más eficiente y efectiva de esos recursos. La doctrina de Alma Ata, junto con la división entre atención "primaria" y hospitalaria, ha hecho que, efectivamente, una proporción cada vez mayor del gasto vaya a los consultorios, pese a que la resolutivez de ellos es poco satisfactoria; en vez de que la "voracidad" de los hospitales consuma los recursos del nivel "primario", encargado principal de las funciones de prevención y promoción, está sucediendo lo contrario, con predominio –en dicho nivel - de actos curativos de baja efectividad y con marginación de los médicos respecto a esas funciones esenciales.

Sólo después del año 2000, la OMS subrayó la importancia de los sistemas nacionales de salud³⁶; pero dentro de ellos se ha seguido insistiendo en la "atención primaria" como una entidad separada y en cierto modo potencialmente milagrosa. Después de casi 40 años, es necesario superar esta entelequia, que consagra la división de los sistemas de salud de muchas naciones: ello es posible en la mayor parte de la América Latina. Con tal propósito, y luego de plantear y discutir abiertamente la situación, analizando los diversos factores mencionados más arriba, se puede empezar por combinar la formación y el empleo de una parte de los profesionales, y especialmente de los médicos, simultáneamente en los consultorios y hospitales públicos. Se requerirá también unificar la organización de los sistemas regionales o locales con inclusión de ambos tipos de establecimientos. Inicialmente, puede ponerse la supervisión técnica de unos y otros en manos de los Servicios de Salud territoriales. Una evaluación continua, bien realizada y respaldada será necesaria para avanzar con paso seguro en esta reintegración.

El autor declara no tener conflictos de interés que se refieran a los contenidos de este ensayo.

³⁶ OMS Informe Anual sobre la Salud del Mundo, "Sistemas de Salud", Ginebra, 2000

