

ASPECTOS DE LA FORMACION MEDICA EN CHILE.
SU RELACION CON LOS CONCEPTOS DE MEDICINA INTEGRAL Y
MEDICINA FAMILIAR Y CON LA PLANIFICACION
DE RECURSOS HUMANOS PARA EL SISTEMA DE SALUD

Cuad. Méd. Soc. XXXIX, 2, 1998/ 42-50

*Dr. Carlos Montoya A.**

SUMMARY

The current year –1998– has seen the start of a new syllabus at the Medical School of the University of Chile. This is based upon a comprehensive view of human beings and of the health care they need, and represents a new phase of a process that was quite advanced in the country soon after the creation of the National Health Service –1953. At that time the principles of Comprehensive Health Care were made explicit, both at a National Seminar on Medical Education –1960– and in several teaching experiences.

Today, some of those principles are mentioned in the context of a critical view of general practitioners and of their role in Primary Health care – However, this view is of a different nature in Chile as compared with the situation in Europe, where independent GPs are an essential component of the health system.

This and other current problems in the definition, education and licensing of physicians in Chile call for a revival of human resources planning for health care: a responsibility of the Ministry of Health. This is related to the estimates of the staff needed –in quantity and quality– by the system. In this respect it is proposed that the urban general clinics of the public subsystem should have a sufficient number of teams of basic specialists.

In relation to the present objectives of medical education some relevant teaching methods are mentioned. Reference is made to the coherence of the teaching process as a condition for the integration of the health care system.

The family approach to medicine, which is to be considered a component of the comprehensive health care concept, is discussed. It is argued that it should not be confused with the proposal of training an “specialist in family medicine”, which carries risks for the development of health care in Chile.

A national debate should take place on the subject of the health care model and system appropriate to Chile. This should be carefully prepared and should consider as a starting point the notion of comprehensive health care.

Key words: Medical Education, comprehensive health care, family medicine, human resources planning.

* Profesor Titular de Salud Pública, Universidad de Chile.

RESUMEN

En el presente año –1998– se inicia en la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile la aplicación de un currículum basado en una visión integral de la persona humana y de la atención de la salud.

Este esfuerzo es continuación y revitalización de los que tuvieron lugar en nuestro país muy poco tiempo después de la creación del Servicio Nacional de Salud –1953. En esa época se hicieron explícitos los principios de la Medicina Integral. Particular importancia tuvieron el Seminario de Formación Profesional Médica –1960– y diversas experiencias docentes.

Hoy día, algunos de aquellos principios también son enunciados como parte de una crítica al médico general y a la atención de nivel primario, críticas que tienen un fundamento diferente en Europa o Estados Unidos que en Chile.

Estos y otros aspectos de la definición, formación y legitimación del médico en Chile hoy invitan a reflexionar acerca de la necesidad de planificación de los recursos humanos, responsabilidad del Ministerio de Salud. Esta se vincula necesariamente con el diseño y cálculo de la dotación de personal –en cantidad y categorías– que se requiere en el sistema. Al respecto se enfatiza la conveniencia de contar en los Consultorios Generales Urbanos con un número suficiente de equipos integrados por especialistas básicos.

Se recuerdan algunos métodos de la educación médica que son funcionales para los objetivos del nuevo currículum y se plantea la unidad de la enseñanza como condición importante para la unidad del sistema de atención.

Se alude al enfoque familiar de la medicina, que es un componente de la medicina integral que está de actualidad, y se dan razones por las cuales no debería ser asimilado a otro concepto, el de “especialista en medicina familiar” o en “atención primaria”, el cual implica riesgos para el desarrollo del sistema de salud. Finalmente, se sugiere la conveniencia de un debate nacional acerca del modelo y el sistema de atención para Chile –con una preparación apropiada y partiendo de la riqueza conceptual y experiencial sintetizada en la noción de medicina integral.

Palabras clave: Formación médica, Medicina Integral, Medicina Familiar, Planificación.

1. PREOCUPACION ACTUAL POR UNA FORMACION INTEGRAL DEL MEDICO EN LA UNIVERSIDAD DE CHILE

El perfil profesional del médico-cirujano recién egresado, tal como ha sido descrito en 1998 por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, corresponde a “un médico no especializado, capacitado para atender eficaz y eficientemente las necesidades de salud de una población en los niveles primario y secundario de atención de salud”, ejerciendo funciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación y además las de “administrar Servicios de Salud en aquellos niveles; participar efectivamente en el equipo de salud y en la comunidad...; contribuir al progreso de la medicina mediante la investigación; proveer solución a los problemas de salud de la región en que actúa”. En el plano de las actitudes, debe tener una visión humanista e integral de los seres humanos y cumplir con las exigencias éticas inherentes al ejercicio de la medicina (1).

Para alcanzar estas características se ha diseñado un currículum modificado, a través de un proceso que se inició en 1998 y que se traduce ya en cambios del primer año de la carrera en 1998 (2).

En este currículum se destaca la necesidad de integrar las disciplinas y materias que se enseñan, de modo de constituir un sistema coherente.

Esta necesidad de integración no obedece solamente, a nuestro juicio, al imperativo de evitar repetición de contenidos y recargo de actividades del alumnado. Obedece también, y de manera importante, al propósito de dar al estudiante una visión integral de la persona humana como unidad biosicosocial, inserta totalmente en el medio constituido por su familia, su comunidad, sus condiciones de vida y los demás componentes de su entorno. Esta visión integral lleva a concebir la unidad de la medicina como ciencia y arte y, por ende, también la integración, en la persona del médico, del conjunto de valores, actitudes y demás elementos propios tanto de la cultura de su

profesión como de la cultura de su país y del mundo en que actúa.

El sistema de atención de la salud y particularmente el sistema público, que es —en el fondo— la Escuela grande en que se forman los médicos, debe a su vez funcionar como tal sistema, con plena integración entre sus niveles técnicos —primario, secundario, terciario— y entre sus programas y unidades en cada región.

La formación en el seno de un sistema con esas características permita que le fuera más fácil al egresado empezar a funcionar bien en él, desde el comienzo.

2. ANTECEDENTES

Después de la Segunda Guerra Mundial, surgió una conciencia de responsabilidad y solidaridad de parte de las sociedades y de sus dirigentes. En el campo de la salud, esta conciencia se reflejó en la creación de la Organización Mundial de la Salud y de algunos Servicios Nacionales de Salud, y en otras iniciativas. El deseo de satisfacer las necesidades de salud en forma efectiva, eficiente, y con cobertura total en cada país hizo ver la urgencia de contar con médicos que pudieran realizar estos objetivos. Surgió así la crítica constructiva al tipo de formación médica que prevalecía. En 1953 se realizó la Primera Conferencia Mundial en Educación Médica, convocada por la Asociación Médica Mundial, con el apoyo de la OMS y de la Asociación Internacional de Universidades (3). Una inquietud similar existió en Chile desde la década de 1930, y cristalizó después de dictarse en 1952 las leyes del Servicio Nacional de Salud, Colegio Médico y Estatuto del Médico Funcionario. En 1960, representantes de las Facultades de Medicina, del Colegio Médico y del Servicio Nacional de Salud discutieron intensamente el tema en el Seminario de Formación Profesional Médica. Previamente, el Departamento de Salud Pública del Colegio Médico presentó a los participantes y a todos los profesionales y estudiantes del sector una bibliografía amplia y de alto nivel, cuya publicación marcó el nacimiento de la revista que tienen en sus manos: Cuadernos Médico Sociales. Además, ya desde 1958, auspició investigaciones pertinentes en las áreas de comunidad, médicos y otro personal del Servicio Nacional de Salud, y estudiantes de Medicina (3). Al Seminario llegaron diversas propuestas acerca de los objetivos de la formación del médico, que coincidían en la necesidad de tener profesionales con una actitud de servicio y estudio, un criterio

médico-social profundo, un sentido de responsabilidad técnica y económica y una amplia cultura humanista, entre otras cualidades.

En 1960, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile define los objetivos para sus egresados, agregando a los ya mencionados: “un médico general, capacitado para reconocer y solucionar los problemas fundamentales de salud del individuo, familia y sociedad... y que, ajustando su conducta a los principios éticos propios de la profesión, sea capaz de desempeñarse en los niveles primario y secundario del Sistema Nacional de Atención de Salud...” (4)

En la misma época se empieza a dar cuenta de experiencias docentes que preparaban el camino para realizar los objetivos enunciados por las autoridades universitarias y por los participantes en el Seminario. En 1961, el profesor de Pediatría Dr. Arturo Baeza Goñi (5) dice: “al comenzar el curso de 1955, decidí llevar a mis alumnos al terreno, es decir, a la población misma (San Joaquín)... han podido conocer la realidad económico-social de nuestro pueblo, las causas de las enfermedades del niño... el valor del trabajo en equipo... han realizado activa labor de educación sanitaria, obteniendo muchas veces cambios evidentes en la salud integral del grupo familiar”. El mismo año se informa acerca del Centro de Demostración de Medicina Integral (CDMI), creado en 1957 por convenio entre la Universidad de Chile y el Servicio Nacional de Salud y que realizaba atención de salud, docencia e investigación en un área de Quinta Normal (6). Se concluía que “los principios básicos de la atención médica integral son aplicables a la realidad del medio urbano chileno”. Y se describían estos principios, de los cuales el espacio nos permite solamente dar aquí los encabezamientos: “1. Atención ‘de choque’ al grueso de las necesidades médicas y médico-sociales... resolviendo el mayor volumen de problemas... coordinando la atención con el trabajo de terreno en familias y en grupos, con una atención médica domiciliaria bien discriminada y haciendo el control longitudinal de los enfermos crónicos. 2. Atención hecha por un equipo médico y de colaboración enteramente integrado (‘equipo médico de familia’ o ‘médico de familia pluri-personal’)... en un medio como Santiago no se justifica el ‘médico general’ absolutamente polivalente; nuestro grupo, que abarca las especialidades básicas (medicina de adultos, pediatría general, obstetricia-ginecología, psiquiatría), gana respecto a aquél en calidad y rendimiento, puesto que su idoneidad en cada campo de la medicina

reduce la cantidad de referencia al Hospital-Base. 3. Continuidad de la atención... Además de la continuidad longitudinal (de la relación médico-paciente y en el ciclo vital), se busca la continuidad transversal (en el sistema local): los médicos trabajan simultáneamente en las salas del Hospital-Base. 4. Responsabilidad del equipo, basada en la sectorización geográfica... 5. Medicina programada, donde la evaluación constituye el grueso de nuestro plan de investigación. 6. Medicina que contribuye a la educación de la comunidad, en cada contacto... 7. Medicina que se integra en la acción con otras técnicas: educación básica, educación de párvulos, enseñanza de niños especiales, extensión artística, servicios judiciales y policiales... 8. Integración de lo somático y lo psíquico... 9. Integración de lo individual y lo social. Nunca se aborda al cliente como un individuo aislado, sino que se piensa en que los diagnósticos, tratamientos y profilaxis que se le dedican son, en realidad, diagnósticos, tratamientos y profilaxis familiares... 10. Integración de lo preventivo y lo curativo... no hablamos de 'control de sanos', sino de atención médica integral: toda morbilidad es atendida; la 'subpatología' es importante para el conocimiento y educación de los individuos... toda buena medicina es medicina preventiva". Acerca de la experiencia docente, que incluía asignar a cada alumno de sexto año una familia para que él actuara como consejero médico, la evaluación por los alumnos se resumía en las frases: "vislumbrar una medicina integral, por la cual yo entré a estudiar Medicina"; "un nuevo enfoque de la Medicina"; "se pretende llevar a la Medicina los conceptos más modernos de las ciencias sociales".

También en 1961 el Jefe de Inspectoría Médica del Servicio Nacional de Salud expresaba (7): "Aunque teóricamente se espera que un médico recién egresado esté en condiciones de desempeñarse con expedición en cualquiera de los variados aspectos médicos, la realidad es que, en general, nuestros médicos recién recibidos no tienen seguridad en sí mismos, porque no han podido captar el ambiente en que van a ejercer sus funciones". Se refería específicamente a los médicos generales de zona, categoría que el SNSS promovió gradualmente desde 1956, como remedio a la escasez de médicos —había seis por 10.000 habitantes— y a su inequitativa distribución geográfica; y agregaba que al cabo de los tres años de medicatura general, el profesional "no podrá olvidar que la enfermedad es un accidente no deseable en un individuo y es a menudo evitable. Comprenderá que es necesario considerar al enfermo

como miembro de una familia y componente de una comunidad... Más tarde, al convertirse en especialista, esa cultura médica lo convertirá en un mejor conductor, sea cual sea la responsabilidad de su cargo". Hay que recordar aquí que hoy tenemos más de 10 médicos por 10.000 habitantes y que la gran mayoría de los médicos jóvenes ejerce en establecimientos en que hay dos o más colegas.

En todo el mundo las Escuelas de Medicina y de Salud Pública (la de Chile había nacido en 1944) procuraban avanzar en una asimilación de los aspectos de la epidemiología, la planificación, las ciencias sociales, la psicología y la economía, que se consideraban pertinentes a la formación del médico. Los Departamentos o Cátedras que se creaban o se modificaban en Londres, Aberdeen, Kentucky, Nueva York, San Francisco, Baltimore, Cali, Medellín, Ribeirao Preto, Xochimilco, Concepción, inspirados por maestros como Kerr White, Víctor Sidel, Dugald Baird, Walter Holland, Benjamín Viel, Hernán San Martín, Gustavo Molina y muchos otros, tuvieron diversos nombres: Medicina Social, Medicina Comunitaria, Obstetricia Social, Medicina Preventiva. El propósito era el mismo: la Medicina Integral se redescubría en cada lugar. Era la manera correcta de ejercer la Medicina, de aplicarla a la realidad, en toda circunstancia.

3. OTROS ANTECEDENTES, DONDE APARECE DISCUTIDO EL MEDICO GENERAL

Así las cosas, la crisis económica de 1975 y el aumento de los costos del cuidado de la salud, llevaron a la reducción del Estado de Bienestar, incluyendo el sector público de la salud. Paralelamente, la mayor masa monetaria disponible para ciertos estratos de la población, incluso en países en desarrollo, indujo al crecimiento de un subsector de la atención y de su aseguramiento administrado como negocio; esto ocurrió —paradoja— con subsidios provenientes del Estado reducido. Al mismo tiempo, aumentó la proporción de médicos especialistas y a veces su utilización directa por los pacientes, lo cual fue un factor más de encarecimiento de los servicios de salud. Tanto para el área pública sometida a restricción como para el área privada comercial, el objetivo de limitar los costos pareció, según algunos, tener como una de sus soluciones la diseminación del modelo de médico generalista (general practitioner, family doctor), que constituía una tradición en muchos países europeos. Esta visión fue reforzada por una

interpretación equivocada o parcial de los documentos de la Conferencia de Alma Ata (OMS, 1978), la cual igualó el concepto de Atención Primaria con el nivel de menor complejidad de atención; éste —se entendía— era el nivel que podían ofrecer a la población de altos y medianos ingresos los médicos generales de tipo europeo, y el que debían dar a los pobres del mundo los “trabajadores comunitarios de salud” y las parteras rurales mediando un breve adiestramiento. Ha sido vano insistir en que “Atención Primaria de Salud” es el nombre (tal vez mal elegido) de una amplia estrategia o filosofía basada en la equidad, la participación, la selección de tecnologías apropiadas, la intersectorialidad, la efectividad y la eficiencia, y que se aplica a todo el sector de salud, dentro del cual el nivel primario debe ocupar el importante papel que le corresponde como elemento del sistema, junto a los hospitales y a los Servicios de Salud comunitaria y ambiental.

Los médicos generales europeos y aquellos que existían en los Estados Unidos tenían limitaciones serias: su orientación era casi exclusivamente curativa; exhibían un retraso en sus conocimientos clínicos, carecían de formación en salud mental y social; estaban aislados del cauce central de la medicina, el cual transcurría por los hospitales y las Universidades; y, por ende, eran subestimados por sus colegas. En cuanto a la remuneración han tenido que defenderla frente al Estado, los particulares, los Seguros Privados y los Seguros Obligatorios de Salud. Además, y aun en las mejores condiciones, como son las del Reino Unido, “la moral de los médicos generales es baja, preocupando el reclutamiento y la permanencia, y hay altas tasas de angustia, estrés y depresión entre ellos” (8).

Con el objeto de reducir las limitaciones del médico general y aumentar su status y su funcionalidad surge en 1972 la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), con representantes de 13 países, principalmente de Inglaterra, Estados Unidos, Canadá, Australia y Hong Kong. En 1994, ya con representantes de 48 países y con auspicio de la OMS y apoyo de la Fundación Kellogg, celebra una Conferencia en Canadá (9); en 1996, otra en Buenos Aires (10). En 1996 también, la Subsecretaría de Salud de Chile organiza el Segundo Seminario Internacional y Primer Encuentro Nacional de Medicina Familiar. En todas estas reuniones y en publicaciones afines (11, 12) se proponen en términos similares las características que debe tener el médico general o de familia, a saber:

- debe ser capaz de diagnosticar y tratar problemas frecuentes, manejar las enfermedades crónicas, referir oportunamente las patologías complejas, reconocer los factores culturales y psicosociales de la morbilidad y comunicar bien;
- debe estar capacitado para la administración de la atención primaria de salud y para utilizar y desarrollar redes de apoyo;
- debe valorar a la persona, la familia y la comunidad; la prevención y promoción de la salud; la participación comunitaria; la salud por sobre la enfermedad;
- debe lograr continuidad en los cuidados, liderando al equipo de salud;
- debe dar trato personalizado, satisfactorio para el usuario.

Es evidente que estas cualidades coinciden con algunas de aquellas que se han propuesto en Chile desde hace varios decenios. Esta convergencia merece ser destacada, a fin de sumar esfuerzos a favor de una adecuada formación médica. Junto con ello, es preciso recordar que WONCA y el movimiento internacional por formar especialistas en medicina general o familiar surgieron para resolver un problema que no es el de Chile, donde hay pocos médicos generales independientes y no juegan ellos el papel fundamental que tiene el GP inglés o el francés en su sistema de atención. La perspectiva de multiplicar especialistas en medicina general se aparta del potencial positivo que ofrecen nuestro sistema de salud y nuestras principales Facultades de Medicina. Es cierto que tenemos dificultades para avanzar hacia la realización de una política de salud nacional; pero la sustancia de esas dificultades es otra, e incluye precisamente la deferencia excesiva a sugerencias que no son pertinentes a nuestra realidad.

4. PLANIFICAR LOS RECURSOS HUMANOS APROPIADOS PARA LA ATENCION DE LA SALUD

La discusión sobre cómo acercar la formación del médico al ideal, en lo cual parece haber acuerdo; los interrogantes acerca de la cantidad y calidad de los profesionales que egresarían de las nuevas Escuelas privadas; la necesidad de acreditar estas escuelas; la inmigración actual y la futura de médicos extranjeros; la escasez de becas de especialización para el sistema público, coincidente con la privatización progresiva de la formación de postgrado, y el tema de la especialización en me-

dicina general, apuntan todos a la necesidad de una planificación de los recursos humanos para salud, incluyendo al personal médico.

Dicha planificación es parte de la planificación general de la atención de salud. Es responsabilidad ineludible del Ministerio de Salud, que debe velar porque se realice en el marco de la política de Estado en salud. Se entrecruza con la planificación educacional, laboral, previsional y económica y deben participar en ella las Universidades, los Colegios Profesionales, las Sociedades Científicas y los gremios, además de las autoridades encargadas de orientar el desarrollo económico y social del país y sus contrapartes regionales.

Los tres elementos que juegan en la planificación de recursos humanos son: la demanda efectiva, la oferta y la utilización del personal. El diagnóstico de la situación actual, la proyección a futuro y el propio plan de salud son las bases de análisis; y éste debe responder a una pregunta central: ¿corresponde la oferta proyectada a la demanda proyectada, en cantidad y calidad? Si la respuesta es NO, procede planificar el ajuste. Y este proceso es iterativo (13).

En nuestro país, un componente muy importante de la demanda reside en el subsistema público. Es el componente más fácil de determinar. Corresponde a la dotación actual y proyectada de los recursos humanos de los hospitales y de la atención de primera línea. Ambas instancias deberían considerarse en conjunto. Sin embargo, circunstancias especiales hacen que sea de máxima urgencia decidir acerca del nivel de dotación de médicos en los Consultorios Generales, que hoy es desde todo punto de vista insuficiente. Al mismo tiempo se precisa claridad acerca del tipo de atención que debe darse en esos consultorios y en los demás establecimientos de la primera línea. Creemos necesario reconocer que en las ciudades de Chile (80% de la población) la atención de primera línea debe ser de un nivel de complejidad secundario-ambulatorio en las grandes ciudades; y ambulatorio combinado con hospitalización en las ciudades pequeñas servidas por hospitales de tipo 4. De hecho es así en muchos establecimientos y desde hace tiempo. Reconociendo la dificultad de que una persona sea suficientemente competente en todos los grandes campos de la medicina, el esquema implica una demanda de especialistas básicos en formación y de especialistas básicos ya formados en: pediatría general, medicina de adultos, obstetricia-ginecología y psiquiatría. Ellos deben constituir un equipo médico plural-personal capaz de dar a la gente, cerca de su do-

micilio, una atención efectiva (resolutiva) y eficiente, reduciendo las derivaciones al hospital-base y el recurrir de la gente a los servicios de urgencia. Si se toma como criterios la necesidad de atenciones, un rendimiento razonable del tiempo médico y una composición normal del equipo multiprofesional, el requerimiento cuantitativo para el componente ambulatorio es por lo menos de 20 horas médicas diarias por cada 10 mil usuarios. Es el doble de lo que hay ahora en Santiago y otras ciudades grandes; por ello es preciso insistir en que la dotación actual es muy insuficiente, sea cual sea el tipo de médico que se decida contratar. Para 10 millones de usuarios, la norma señalada implica una demanda de 20 mil horas médicas diarias, equivalentes a 2.500 jornadas de 8 horas. Es menos del 16% del tiempo de los 16 mil médicos de Chile.

Se deduce que un objetivo esencial de la planificación de recursos humanos para salud en Chile debe ser: transformar esta demanda proyectada de médicos para la primera línea en una oferta real. Es un objetivo a lograr en el más breve plazo posible. Simultáneamente debe evaluarse la utilización de estos profesionales y de las demás categorías de personal.

Paralelamente debe realizarse el diagnóstico y la proyección de las necesidades de médicos en los hospitales públicos —por cada Servicio de Salud— y en las clínicas y centros médicos privados. Lo mismo se aplica a las demás categorías del personal de salud, cuyo análisis no corresponde a los límites obligados de este artículo.

Según se vio más arriba, el objetivo de la enseñanza médica en Chile es y fue el de formar un profesional no especializado... pero sí capaz de atender con eficacia las necesidades de salud en los niveles primario y secundario; es decir, en consultorios generales y en hospitales. Se afirma además que la educación del médico continúa sin interrupción desde la graduación y a lo largo de su vida profesional. Al cabo de poco tiempo, ya sea durante la medicatura general de zona o en el trabajo en consultorio general o en hospital, el médico recién graduado se convierte de hecho en un especialista básico, sobre cuatro soportes: su experiencia asistencial; su estudio personal (que puede ser guiado a través de modernas técnicas de comunicación); el hecho de compartir su horario de trabajo con un hospital de mayor complejidad o con otro cargo pertinente a su carrera, y la puesta al día de conocimientos y destrezas otorgada desde una Facultad de Medicina nacional o regional. Está implícito el concepto de coordinación

docente-asistencial. Al cabo de un período el médico debería obtener el reconocimiento formal de su calidad de especialista básico. Se facilita así la carrera profesional del médico, el cual podrá, luego de este período inicial de servicio y de formación-en-servicio, posiblemente de tres a seis años de duración, acceder a una especialización ulterior o permanecer en la primera línea de atención. En lo que respecta al subsistema público, esto debe ocurrir en el marco de la dotación de cargos de los diversos establecimientos, a llenar mediante un proceso regulado por concursos nacionales.

Nótese que las ideas aquí esbozadas se apoyan en la cultura nacional pertinente a la atención de salud, en las expectativas de la gran mayoría de los médicos, en las expectativas de la población. Ello aumenta su viabilidad.

Los médicos jóvenes tendrían además un mayor acicate para estudiar los casos clínicos y los temas epidemiológicos de su especialidad básica; aumentaría también su status profesional.

Hasta aquí algunos ejemplos de temas a abordar por la planificación de recursos humanos para la salud en Chile. Para resolver correctamente estos temas y muchos otros es indispensable desarrollar y difundir la metodología pertinente.

5. LA OFERTA DE NUEVOS MEDICOS: LOS METODOS DEL PREGRADO

La Facultad de Medicina de la Universidad de Chile ha diseñado un curriculum integrado que debe dar la capacidad de atender, desde la graduación en los niveles "primario" y "secundario" del sistema de salud.

Para obtener en ese médico las cualidades requeridas para una correcta aplicación de la Medicina a la realidad, se necesita utilizar a fondo métodos que ya se aplicaban en Chile y otros países desde fines de los años cincuenta. Entre ellos se encuentran, además de la práctica clínica y del ejercicio del método científico, las consultas, visitas de salud y reuniones sobre casos, orientadas en conjunto por docentes clínicos y de medicina preventiva y social; el trabajo en comunidad; la asignación de familias a los alumnos para su seguimiento longitudinal; la ficha clínica integral; el diagnóstico y medición de problemas de salud y sus factores en algún sector residencial determinado, en alguna industria y en escuelas; investigaciones guiadas acerca de percepciones y conductas en salud; educación y asesoría a las comunida-

des acerca de sus preocupaciones en salud; investigaciones acerca de la validez de los diagnósticos, la pertinencia, efectividad y cumplimiento de los tratamientos y los respectivos factores; foros con científicos sociales, economistas, dirigentes sociales y legisladores; ejercicios de administración y programación; y otros.

Estos métodos, cuya aplicación está regresando gradualmente a nuestro medio, deben llevarse a la práctica con la colaboración activa de los estudiantes.

6. RESPETAR LA UNIDAD DEL SISTEMA

El instrumento más efectivo, eficiente y equitativo para atender a la salud es un servicio de salud que se acerque en el mayor grado posible a ser un verdadero sistema de salud: un conjunto de unidades interactuando estrechamente, con una dirección común, para lograr los objetivos de elevar el nivel de salud de la población, aliviar el dolor, explicar la enfermedad y contribuir al desarrollo social y económico del país.

La unidad del sistema corresponde a la unidad de la población atendida, es decir, a la equidad con que se la sirve.

Comprende y requiere la unidad del concepto de medicina y de médico: su integralidad, sin clivaje entre clínicos y salubristas, ni entre generaciones (pese a las diferentes experiencias).

Requiere también de la unidad de cada profesión de la salud. En el caso de los médicos, esta unidad está prescrita en el juramento hipocrático, en el código de ética, y está consagrada en la historia de la profesión, en su cerrar filas en torno a la defensa del derecho a la salud y de la organización científica de la atención.

La unidad de la profesión excluye la competencia entre médicos por motivos económicos. Requiere que se resistan los intentos -deliberados o no- de crear "clases" distintas entre los médicos. De aquí la necesidad de la pertenencia de todos ellos al Colegio Médico y la demanda de contar con un Estatuto común para todos los médicos funcionarios, sea que trabajen de día o en turnos, en el sistema de servicios de salud, o en las fuerzas armadas o en la Universidad, o en las municipalidades. De aquí también surge la objeción a la propuesta del movimiento por crear especialistas en medicina general (WONCA), el cual plantea que estos se comprometerían con la atención primaria (el nivel de atención de primera lí-

nea) para toda la vida y formarían Colegios, Academias u otras asociaciones autónomas (9). Tal separación contribuiría a desintegrar el sistema de atención, ya bastante fracturado en Chile.

El sentimiento de los médicos del nivel primario de estar efectuando un trabajo meramente asistencial, sin incentivos, menospreciado, de bajo nivel y sin perspectivas de futuro (14), se agravaría al introducir un “especialista en medicina familiar”, desvinculado de la institucionalidad y de las corrientes principales del desarrollo profesional, encerrado en un compartimento estanco.

Y la profesión entera, con sus valores, quedaría más vulnerable a los intermediarios financieros y al burocratismo.

7. LA INTEGRALIDAD DE LA ENSEÑANZA MEDICA

La unidad del sistema se asocia naturalmente a la unidad de la enseñanza: sin perjuicio de tener una proporción moderada de actividades optativas, lo esencial es que el plan de estudios es uno solo y la definición del egresado es también una: un médico con el potencial para trabajar y desarrollarse a través de todo el sistema. Las cualidades atingentes a la Medicina Integral son cualidades a desarrollar a lo largo de todo el pregrado, con el aporte de todas las disciplinas y asignaturas, en todos los estudiantes. Al graduarse, todos ellos deben haber asimilado los principios de la Salud para Todos y de la Atención Primaria.

Los docentes y los administradores del sistema deben evitar la confusión entre “médico de familia”, por una parte, y “medicina familiar” o “enfoque familiar de la medicina”, por otra parte. Como se ha relatado más arriba, este último forma parte de toda buena práctica médica, de la atención de salud integral, tal como forman parte de ella también el enfoque individual, el comunitario y el ocupacional. No debe aceptarse que un egresado de nuestras Escuelas de Medicina no realice en cada caso una anamnesis familiar, un genograma de la familia y una caracterización del hogar del usuario; ni que el equipo de salud en conjunto no utilice también esas herramientas semiológicas o deje de tener un fichero de familias en riesgo y de realizar reuniones regulares en torno a ellas; o que los miembros del equipo no comprendan el concepto de familia y sus implica-

ciones para la salud, la prevención, la terapéutica y la rehabilitación.

En lo que respecta a la formación del médico, los siete años del pregrado deberían ser suficientes para entregar los conocimientos, actitudes y destrezas de la medicina integral. Continuar introduciendo en nuestro medio una especialización de postgrado de “médicos familiares” o de atención primaria debería resultar innecesario y conlleva, además del riesgo de dividir aún más a la profesión y al sistema, un derroche de recursos, al desviarse después los becarios de esa especialización hacia una formación en especialidades clásicas o al encontrarse ellos con que no tienen opciones razonables de empleo.

8. CONCLUSION

El modelo integral de atención de salud y los correspondientes métodos de enseñanza y de organización sistémica han sido suficientemente explicitados y probados en los medios académicos y asistenciales de todo el mundo y durante muchos años. Su aplicación general en la práctica se enfrenta a numerosos obstáculos de diverso carácter: financiero, ideológico, inercia intelectual, falta de comunicación entre los actores (15). De aquí la necesidad de unir a quienes comprenden las proyecciones de la medicina integral, con el fin de diseminar el concepto y hacerlo realidad en el sistema de atención y en la docencia, con el apoyo de las autoridades del sector, las profesiones de la salud y la población.

Es preciso evitar el riesgo de que ciertas ambigüedades conceptuales, o aun meramente semánticas, nos dividan. Es preciso examinar objetivamente los factores organizacionales, sociológicos culturales y económicos en juego. Por ello, sería importante que el Colegio Médico, el Ministerio de Salud, las Universidades y las Sociedades Científicas se reunieran una vez más en un Seminario –previa una preparación cuidadosa– destinado a definir el modelo y el sistema de atención que se propone para Chile. Debería aprovecharse como punto de partida la riqueza conceptual y experiencial que se halla resumida –en nuestro medio especialmente– en la noción de Medicina Integral. Se brindaría así un gran aporte a la orientación de la política de salud, al fortalecimiento del sistema de salud y a la actualización de la formación profesional médica.

REFERENCIAS

1. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Perfil Profesional del Médico-Cirujano, Santiago, agosto 1998.
2. Mateluna, E., Cambio curricular en el Plan de Estudios de la Carrera de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, agosto 1998.
3. Comisión Organizadora del Seminario sobre Formación Profesional Médica, Editorial, *Cuadernos Médico Sociales* 1960; 1 (5): 4-5.
4. Alessandri, H., Neghme, A., Declaración de principios sobre objetivos de la educación médica. Documentos de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago 1960.
5. Baeza Goñi, A., Enseñanza de la pediatría en terreno, *Cuadernos Médico Sociales* 1962; 3 (1): 32-34.
6. Montoya, C., Una experiencia en medicina integral: informe preliminar, *Cuadernos Médico Sociales* 1961; 2 (2): 10-13.
7. Torres, L., El médico general en el Servicio Nacional de Salud, *Cuadernos Médico Sociales* 1961; 2 (2): 29-31.
8. Chambers, R., Survival skills for GPs, *Family Practice* 1997; 14 (1): 1-2.
9. Rivo, M.L., Heck, J.E. (editores), Making medical practice and education more relevant to people's need: the contribution of the family doctor, A working paper of the World Health Organization and the World Organization of Family Doctors (WONCA), from the joint WHO-WONCA Conference in Ontario, Canada, 1994.
10. WONCA, Family medicine and health care reform. The Declaration of Buenos Aires, in: *Family Practice* 1997; 14 (2): iii-iv.
11. Ceitlin, J. (ed.), ¿Qué es la medicina familiar? Fepafem y Fundación Kellogg, Buenos Aires, 1982.
12. Florenzano, R. et al. (eds.), *Salud Familiar*, CPU, Santiago, 1986.
13. Montoya, C. y Hapsara D., A learning unit on Health Mainpower Planning, WHO/SHS/HPL, Ginebra, noviembre 1976.
14. González, A., Segovia, I., La medicina general familiar en Chile, *Cuadernos Médico Sociales* 1995; 36 (número extraordinario): 29-33.
15. Molina, C., El médico para Chile en el siglo XXI. Algunos problemas y decisiones que enfrentar. *Cuadernos Médico Sociales* 1995; 36 (número extraordinario): 37-42.