

Trabajos Originales

MEDICINA FAMILIAR (Presente y Futuro)

Presentación

Dr. YOFRE, Ricardo

En el marco de las Jornadas de Actualización Científica, en conmemoración del 30° Aniversario de la fundación del Hospital Privado, en el día de hoy vamos a ocuparnos del tema "La Medicina Familiar", para cuyo desarrollo hemos invitado al Dr. Julio Ceitlin. El Dr. Ceitlin es Director del Centro Internacional para la Medicina Familiar y Presidente de la Asociación Argentina de Medicina Familiar. Quiero recordarles a Uds. que la Sociedad de Profesores de Medicina Familiar de Estados Unidos otorgó al Dr. Ceitlin la distinción anual "Recognition Award" por sus méritos en el desarrollo de la Medicina Familiar en América Latina. Cabe mencionar que es la primera vez que esta distinción se otorga a un profesional de fuera de los Estados Unidos.

Igualmente y como una forma de reconocimiento a la labor docente que en esta especialidad viene efectuándose desde el área pertinente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la Provincia, el Dr. Carlos Paz nos expone cuál es la experiencia de su grupo en la materia.

Hemos incorporado el tema de la Medicina Familiar en paridad jerárquica con todas las exposiciones que de los avances en las distintas especialidades se vienen realizando y se realizarán en los tres meses de duración de las Jornadas. Es que no creemos que la Medicina Familiar sea la imagen empobrecida de la Medicina Científica y Tecnificada. Esta Institución, el Hospital Privado, fue creada y puesta sobre bases firmes por un conjunto de profesionales, sus maestros fundadores, que perteneció a una generación que practicó una medicina personalizada y fue capaz de ingresar en la era de la especialización y la alta tecnificación sin perder esta connotación humanista de la práctica médica. No son pocos

los ejemplos de jerarquizados especialistas que incluyen en su práctica un alto contenido de medicina familiar.

Quiero recordar además que casi conjuntamente con la puesta en marcha del Hospital, un grupo de profesionales del mismo, comandados por el Dr. Enrique Caeiro y ayudado por sucesivas generaciones de residentes, fundó en las Sierras Grandes, en la región Norte del Cerro Champaquí, seis centros de los que hoy podemos llamar de atención primaria ya que reúnen todos los ingredientes de ésta: medicina preventiva, asistencia continuada, educación para la salud, medicina personalizada, aproximación de la asistencia al lugar de residencia de los usuarios, etc. Esta labor admirable ha alcanzado ya los 30 años de ejercicio continuado y se adelantó en muchos años a las definiciones que la conferencia de Alma Ata dio sobre la atención primaria de salud. Pero hay un detalle más que quiero señalar, y que hace a la posibilidad de convivencia de medicinas de nivel primario con tareas de investigación de alta tecnología. La observación de caracteres de la población residente en la zona donde existen estos puestos de salud, determinó que el Dr. Constancio Giraudo, apoyándose en la labor de este grupo médico pudiera hacer un interesantísimo estudio sobre genética de poblaciones utilizando los recursos de la inmunología moderna.

Hay una razón más para que el tema de la medicina familiar adquiera una particular relevancia en nuestras jornadas. Somos una institución que desde muy temprano comprendió la necesidad de extender la atención médica a toda la población, razón por la cual creó el Plan de Salud para la Comunidad en convivencia con la Fundación para el Progreso de la Medicina. La propia exis-

tencia de este Plan de Salud con una población estable que constituye el universo de atención médica del Hospital, junto con las obras sociales y los pacientes privados, genera con fuerza cada vez mayor la necesidad de un médico de cabecera a quien el paciente reconozca y cuyas funciones sean claramente comprensibles. Un elemento importante de su relación con el paciente es la de la facilidad del acceso directo en momentos de necesidad. Otro es el de guiar a su enfermo a través de la intrincada maraña de especialidades y prácticas complejas y de conferir un pensamiento unificado a todo el registro que en la historia clínica va quedando de su paso por la institución. Todo esto último lo decíamos en un editorial aparecido en nuestra revista *Experiencia Médica* en agosto de 1984.

En este camino que voy señalando de la historia de nuestro hospital y con el fin de cumplir con uno de los postulados fundacionales, el de la docencia médica, se instituyó primero en forma inorgánica y hace ya casi 25 años de manera formalizada la educación de post grado que cuenta en la actualidad con 16 residencias aprobadas por el Ministerio de Salud Pública y por el Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba con 42 residentes actuales en formación. En la organización departamental del Hospital el Departamento de Docencia tiene un nivel jerárquico igual al de los otros Departamentos médicos.

Reconociendo que la atención primaria y la medicina personalizada son un imperativo no diferible de la atención médica, el Hospital creó en julio de 1984 un Centro Periférico en el Cerro de las Rosas, y en setiembre de 1986 otro en Yocovina; el primero se maneja con internistas, pediatras y ginecólogos. El último con características poblacionales algo diferentes trabaja bajo la asistencia de un médico general-familiar, egresado de las residencias del Ministerio de Salud de la Provincia. En ambos se usa la historia clínica del Hospital y el concepto de medicina institucional, interdisciplinaria y estrictamente ética. Por cierto que los usuarios de los Centros Periféricos siguen teniendo acceso a los distintos gabinetes, laboratorios e internación en el Hospital Privado.

Es en este camino de 30 años y con estos jalones que creemos que se está aproximando el momento en que el Hospital decida a dar el paso de incluir entre sus residencias una de medicina general-familiar. Para hablar de estos temas es que hemos invitado a una personalidad de la jerarquía del Dr. Ceitlin, y al grupo que representa el Dr. Carlos Paz. Todo esto en el marco de un encuentro con ex residentes que dado el caso podrán enriquecernos con sus experiencias en la vida profesional.

Creo con esto dejar justificado nuestro interés en el tema y la jerarquía que le asignamos.

Conferencia

Dr. CEITLIN, Julio

(Dictada en el Hospital Privado - Centro Médico de Córdoba 25 de setiembre de 1987).

Muchas gracias Dr. Yofre por las inmerecidas palabra de elogio que usted expresara. Yo quiero decirles que he venido con mucho agrado, y usted sabe que tenía compromisos previamente establecidos de viajar al extranjero, sin embargo me dije: vamos a dedicarle un día a la querida Córdoba, a esa notable institución, al grupo tan valioso del Hospital Privado, en una fecha que para ustedes tiene un hondo significado.

Yo creo que no es casual que el grupo directivo de este hospital haya querido incluir hoy el tema de la Medicina Familiar tal como la entendemos modernamente, la filosofía que dio origen a este hospital estuvo basada en la Educación Médica,

la Investigación y el Servicio a la Comunidad. Precisamente la nueva expresión de servicio a la comunidad en atención médica tiene un nombre muy concreto en estos momentos en muchos países y se llama Medicina Familiar.

Voy a hacer mi exposición ayudado por algunas transparencias y puedo ser interrumpido en cualquier momento para cualquier pedido de aclaración, información o ampliación de lo que vaya diciendo. Quiero que esto, más que una conferencia, sea una charla bastante informal.

Voy a dividir la exposición en tres partes: la primera, será puramente informativa, les voy a dar bastante información que creo que probables-

te muchos de ustedes no conocen; en la segunda, trataré de razonar junto con ustedes sobre el porqué del intenso desarrollo de esta disciplina en muchos países, y, en tercer lugar hablaré de algunos conceptos, definiciones y características de la Medicina Familiar.

A través de estas cifras quiero darles un rápido pantallazo de cómo ha evolucionado la Medicina Familiar en las Américas, en diferentes países y años. La Medicina Familiar nace como especialidad en los Estados Unidos en 1969, aunque un poco antes ya había sido reconocida en Canadá. En ese año, 1969, existen sólo dos países que tienen programas de Medicina Familiar, en 1971 se incorpora México, en 1974 ya hay un cuarto país, en 1976 hay cinco y entre 1976 y 1982 el número de países alcanza a 11, y por fin, en 1986 hay 14 países dentro de la zona de las Américas que tienen programas de Medicina Familiar, de diferente calidad, con diferente grado de desarrollo, pero son países que han iniciado esa ruta.

Cuando me refiero a programas de Medicina Familiar quiero significar dos cosas fundamentales: servicios al público de ese tipo de atención de la salud y, programas de tipo formativo para entrenar al personal que va a proveer esos servicios. Una no puede existir sin la otra. Una fantasía de no pocos dirigentes de los sistemas de salud es que se puede tener un servicio de Medicina Familiar sin médicos de familia. Otra aclaración: estoy utilizando en América Latina la expresión "medicina general" como homóloga a la de medicina familiar aunque en propiedad no es así siempre que se refiera a una preparación de postgrado.

Una cifra resumen que da un idea del volumen de este movimiento es que en el año 1986 había 620 programas de Residencias de Medicina General o de Familia, todas de postgrado, en la región de las Américas.

Argentina tiene, en América Latina, el mayor número de programas formativos pero su calidad promedio no es muy buena. Sin embargo su existencia significa un tremendo esfuerzo de los gobiernos provinciales que son sus principales sostenedores, de tratar de formar un personal médico en cursos de postgrado, residencias, porque son conscientes de que necesitan médicos especialmente entrenados para dar atención primaria de alta calidad. Esto revela un tremendo esfuerzo que hay que apoyar y reorientar. Estados Unidos tiene 390 residencias de Medicina Familiar.

Si agrupamos las residencias por regiones vemos que en la región de América del Norte, la América sajona, hay 441 residencias de Medicina Familiar; en México, Centroamérica y Caribe 89; y en América del Sur 90, lo que da el total de 620 residencias.

El Centro Internacional para la Medicina Familiar abarca también España y Portugal, países afines a nuestra cultura, en los cuales el número de programas de postgrado es, respectivamente, 55 en España y 3 programas en Portugal, lo que da un total para la Península Ibérica de 58 residencias de Medicina Familiar.

Después de esta vista general quiero analizar algunos países en particular:

Hemos visto que Estados Unidos cuenta con 390 residencias de Medicina Familiar, 7.500 residentes en formación y una Academia Americana de Médicos de Familia que tiene 57.000 miembros. Funciona una Sociedad de Profesores de Medicina Familiar que cuenta con 2.800 miembros y el Board de Medicina Familiar que es el Consejo que otorga el certificado de la especialidad, que se otorga del mismo modo que los de las especialidades clásicas (Cardiólogo, Médico Internista, Cirujano, etc.) previo examen nacional de los candidatos que reúnen las condiciones exigidas. Lo que es más interesante aún es que en Medicina Familiar se da un fenómeno que no se da en otras especialidades: la recertificación. El certificado que se da al médico de familia tiene una validez de 6 años, al 7º año debe dar otra vez un examen para poder conservar el título de médico de familia. Podemos discurrir sobre el por qué hacen estas cosas, no es porque los médicos de Familia de Estados Unidos sean masoquistas o, por lo menos, más masoquistas que nosotros, sino porque existe un gran respeto por los usuarios, el público. Alguien debe garantizar la idoneidad y preparación de este profesional.

Qué pasa en la Universidad en Estados Unidos? Ciento veinte de las 126 Escuelas de Medicina tienen un Departamento o División de Medicina Familiar con la misma jerarquía académica que un Departamento de Medicina Interna, de Cirugía, etc. El departamento universitario, es responsable del programa de pregrado y de las residencias. Muchas de las residencias son universitarias y otras son de hospitales de comunidad, pero todas las residencias están acreditadas por un Organismo central que evalúa las condiciones en que se desarrolla el programa. En algunas Universidades hay programas para formar profesores de Medicina Familiar. Casi el

20% de los estudiantes ingresan a Medicina Familiar como carrera de postgrado y el 80% se distribuye entre las veintitantas especialidades restantes.

Les había dicho que un poco antes que Estados Unidos, Canadá había reconocido a la Medicina Familiar, con la ventaja que le daba haber heredado al "General Practitioner", el médico general británico. Todas las Facultades de Medicina de Canadá tienen un Departamento de Medicina Familiar y a diferencia de los Estados Unidos, todas las residencias, 16 con 51 sitios de entrenamiento, son Universitarias. Funciona un Colegio de Médicos de Familia, que tiene 8.000 miembros, dentro del cual hay una sección de profesores. El Colegio es responsable del programa de Certificación y conduce también un programa de Recertificación que no es obligatoria.

México es el primer país Latinoamericano que incorpora el sistema de Medicina Familiar. En el año 1971 el Seguro Social Mexicano crea el sistema de Médicos de Familia para atender a su población, el que se ve extendiendo gradualmente a lo largo de los 15 años siguientes; en este momento 40 millones de mexicanos tienen la entrada a la atención médica en el Instituto Mexicano de Seguro Social a través de las Unidades de Medicina Familiar. Las mismas están organizadas en módulos de 10 a 20 médicos de familia para atender a poblaciones de 25.000 o de 50.000 habitantes, respectivamente.

En 1974 la Universidad Nacional Autónoma de México reconoce a esta residencia de Medicina Familiar y en 1978 dos Universidades crean sendos Departamentos de Medicina Familiar. En 1981, el IMSS aumenta el número de residencias y el ingreso alcanza la cifra de 1.000 candidatos por año, los que a su egreso son empleados por el Seguro Social para atender en los centros y programas que se van creando a lo largo del país. Es el ejemplo de una política y de un planeamiento bien organizado.

El Departamento de Medicina Familiar de la UNAM va creciendo y vigorizándose y en 1987 tiene bajo su jurisdicción 7 residencias que funcionan en el ámbito de otros sistemas de salud: el Seguro Social de los Trabajadores del Estado y la Secretaría de Salud a las que confiere carácter universitario. Da una idea de su potencialidad el hecho de que el departamento tiene 28 profesores de Medicina Familiar de dedicación exclusiva.

(Pensemos que en la Argentina no existen de-

partamentos de esa disciplina y probablemente ninguna Facultad de Medicina tenga una cátedra o departamento con igual cantidad de profesores con esa dedicación). Hay una Sociedad Mexicana de Médicos de Familia.

En Puerto Rico se inicia más tarde que en los Estados Unidos siguiendo el patrón americano; es un país importante porque tiene una cultura mixta, una herencia hispánica afín a nuestra América Latina. En la Universidad de Puerto Rico existe un fuerte Departamento de Medicina Familiar. El Secretario de Salud es un médico de familia, circunstancia que confiere a la especialidad notables ventajas. En 1985 la Universidad demostró su deseo de colaborar con América Latina organizando un curso para formar Profesores en Medicina Familiar y en 1986 se realizó el 1er. Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar al que concurren representantes de 30 gobiernos y unos 500 médicos de familia para analizar el tema "El Rol de la Medicina Familiar en la Planificación Nacional de Salud".

Voy a saltar algunos ejemplos de países, porque no quiero hacer tan frondosa la información para pasar a la parte conceptual. Sin embargo deseo mencionar algunas características de países que creo son de interés para ustedes.

Panamá es un país pequeño que tiene la Medicina Familiar relacionada con la Universidad. Al revés de lo que sucede en Canadá y Estados Unidos hay pocas universidades en América Latina envueltas en este proceso. Jamaica es otro ejemplo de Universidad líder; su movimiento en este campo empieza en el año 1980 y tiene dos Residencias una en Kingston y otra en Barbados.

Venezuela es un ejemplo extraordinario de planificación y desarrollo coordinado de Medicina Familiar. Probablemente sea el país de Sud América que más haya adelantado en apenas seis años. En 1981 se crean dos Centros de Medicina Familiar, uno en Caracas y otro en Maracaibo. En 1982 ya hay 3 residencias; durante los años 1983 a 1985 el gobierno envía becarios a formarse en el extranjero, ya sea como especialistas en Medicina Familiar o como profesores. En 1984 la Medicina Familiar es reconocida como una especialidad por la Federación Médica Venezolana que es el equivalente a nuestra Confederación Médica de la República Argentina y en 1987 Venezuela cuenta con unos 50 centros de Medicina Familiar y una activa Sociedad de Medicina Familiar.

La República Dominicana, Chile, Colombia exhiben también programas de Residencia de

Medicina Familiar ligados a Universidades. En la Universidad del Valle, en Cali, se graduó, en 1987, la primera generación de médicos de familia, 12 en total; lo mismo sucedió en República Dominicana.

Un caso interesante en América Latina es el de Cuba. A muchos les llama la atención que Cuba, con una reconocida eficiencia en su modelo de atención primaria, decide volcarse a Medicina Familiar. Esto será un poco analizado en la segunda parte de mi exposición.

Cuba tiene probablemente los mejores índices de salud de América Latina, son muy cercanos a los de los Estados Unidos. En el año 1984, donde hasta ese momento el modelo había sido una atención primaria a cargo de un grupo de especialoides (como los denomina Fry); un internista como clínico general de adultos, un pediatra, un obstetra ginecólogo y un epidemiólogo, se archiva ese modelo para pasar a la atención unipersonal. Se ensaya primero con diez médicos de familia y el año siguiente, 1985, se entusiasman y crean varias residencias en las cuales se están formando 228 médicos de familia. Hoy funcionan 27 residencias en todo el país. La meta de las autoridades cubanas es formar 20.000 médicos de familia para el año 2.000, los que tendrán a su cargo el gran peso de la atención primaria.

Costa Rica es un país conocido por la buena organización de su sistema de servicios de salud. En 1985 ellos nombran una Comisión Nacional de Medicina Familiar que se ocupa de reunir antecedentes y planificar el desarrollo de esta disciplina en el país. Crean con asesoría proporcionada por diversos miembros del CIMF, un Centro Piloto y una Residencia de Medicina Familiar que se inauguran en 1986.

Nuestro vecino, Uruguay, recibió asesoría del CIMF para inaugurar un programa de la especialidad en el ámbito del Ministerio de Salud.

Esta era la información que quería darles y que creo que muchos de ustedes desconocían. Siempre sorprende el hecho de que en pocos años se ha venido dando esta evolución, prácticamente aluvional, de programas de Medicina Familiar en América Latina.

Para completar quiero traerles unos datos sacados de un libro cuyos autores son John Fry y John Geyman, británico y americano respectivamente, en el que analizan la medicina general y de familia en los diez países más desarrollados. Ustedes pueden observar que Canadá tiene 14.000, Estados Unidos casi 60.000, Gran Bretaña 27.000, etc., y con respecto al número de

médicos generales o de familia en relación a la población, en esos países oscila entre 1 cada 3.600 habitantes (EE.UU.) y 1 cada 1.400 (Australia).

Complementando la información anterior la modalidad de formación de los médicos de familia en dichos países, menos en Suecia y Japón, se hace a través de residencias de postgrado cuya duración oscila entre los dos (Canadá) y los cuatro años (Australia).

Voy a entrar en los aspectos conceptuales. Antes de este acto comentábamos en una reunión muy agradable que tuvimos con directivos de este Hospital, sobre la complejidad y sobre la calidad en la atención primaria, y aquí trataré de explicar como quise explicarme a mí mismo las razones de lo que está sucediendo en esta materia.

Contrariamente a lo que se creía hasta los años 60 y 70, más médicos y más hospitales no significa más salud. Esta es una verdad que como médicos nos cuesta admitir. De allí viene que se necesite otro tipo de médico, además de los especialistas, para ser incorporado en la estructura de servicios de salud para que junto con éstos puedan ofrecer mejores servicios de salud.

En la situación actual, lo que podemos hacer es atender más enfermedades pero no podemos prevenir ni educar ni siquiera resolver todos los problemas de salud que presenta nuestra sociedad en la medida en que lo necesita.

El otro mito que ha caído es el de la calidad. Antes se creía que calidad era igual a especialización y tecnología. Es otra cosa que hay que revisar. Nosotros creemos que medicina de alta calidad no es solamente dar tecnología sino también atención personalizada, continua, integral, afectiva.

Es interesante analizar las razones por las que desapareció el médico general o de familia. Un autor que ha estudiado el problema, Bryan, opinó que una de las causas más importantes es que ningún médico general o médico de familia es docente en nuestras facultades de medicina. Cómo puede pretenderse que los muchachos cuando se gradúen vayan a emprender un derrotero en Medicina General y menos Familiar, cuando no tienen ningún modelo en el cual inspirarse?

Tienen un modelo de cirujano, de internista brillante, de cardiólogo que trabaja mucho, de cirujano plástico, etc., o de otros especialistas que están de moda, tienen prestigio y dinero.

Todos son buenos motivos por los cuales los estudiantes se identifican con ellos, pero no tienen ningún modelo de médico, de docentes que practican una medicina que los estimule a ser médicos generales o médicos de familia. De allí que ellos mismos, la sociedad y los colegas los consideren como médicos de segunda clase. Es en razón de que no tienen representación en el nivel académico.

Otra causa, dice Bryan, es la falta de prestigio entre los médicos. Cobran menos, son menos considerados, no tienen un foro científico que les pertenezca, como el que reúne a los cardiólogos o a los neurocirujanos o cualquier otra especialidad; por eso su vida científica es prestada.

Falta estímulo para la investigación. Todas las especialidades se perpetúan y crecen por la investigación. La Medicina General no ha desarrollado la investigación en nuestros países.

Por último hay una discriminación económica contra la atención primaria de la salud. Ustedes saben bien que pueden atender un enfermo muy complejo, por ejemplo un diabético que se ha descompensado por un problema emocional y que padece además de hipertensión y de reumatismo; ustedes lo van a atender proporcionándole lo mejor de la ciencia médica y el trato humano y comprensivo que merece la persona, le dedicarán el tiempo necesario tratando de ver como pueden resolver el problema y por ese esfuerzo intelectual reciben el valor de una consulta, inferior al de un especialista.

Este es otro factor acá y en otras partes del mundo.

Una de las razones de tipo científico por la cual aparece este movimiento en el escenario mundial se puede ver en este gráfico que resume un trabajo clásico de Kerr White, un epidemiólogo americano. Se trata de un estudio en el que analizó el comportamiento de una población en relación a los problemas de salud que había tenido en el mes anterior. Su comportamiento puede resumirse así: de mil personas estudiadas, 750 habían tenido un problema de salud en el mes anterior pero sólo 250 habían concurrido a la consulta. Esto nos sugiere la primera reflexión, qué hicieron las 500 restantes? De las 250, sólo 9 tuvieron que ser internadas en un Hospital general, 5 fueron a una interconsulta con un especialista y uno solo fue internado en un Hospital Universitario.

Si nosotros pensamos que la educación médica que hemos recibido giró alrededor de este úni-

co paciente complejo, acostado, cuidado por 20 profesores, el caso difícil: cómo vamos a estar preparados para atender la cotidianeidad de la atención médica? Esto demuestra que ya tenemos médicos que son capaces de atender las consultas especializadas y las internaciones complejas pero nos hacen falta médicos que se ocupen del resto de la población que son la inmensa mayoría. Y éste es el fundamento que llevó al Comité que propuso la formación de médicos de familia para el pueblo de los Estados Unidos (no lo propuso para nadie sino para ellos) porque interpretaron la necesidad de un médico de familia en un país que es la cuna del especialismo, el subespecialismo y la tecnología. Yo creo que el tema es digno de ser analizado.

Otro de los conceptos que apoya y explica por qué el movimiento de la medicina familiar viene avanzando en forma impetuosa es la nueva concepción de la estructura de un sistema de atención médica, representado generalmente por una pirámide con sus tres niveles, el primario, el secundario y el terciario.

El hombre es un ser simbólico; nuestros valores se expresan con abstracciones. Pensamos en el concepto de "mejor" y lo asociamos a "superior" que indica también posición. Cuando se aplica esto a la representación de un sistema de salud por la clásica pirámide se piensa inmediatamente que lo mejor es estar en el nivel de la atención terciaria, ser un especialista o un superespecialista en un campo mínimo de la ciencia médica, muy cotizado, muy escaso, con mucho prestigio. Esto es así para los médicos pero la población, la sociedad misma ha internalizado también esos valores sobre lo que es mejor en medicina. Pero si nosotros horizontalizamos la pirámide que representa al sistema y la reinterpretamos no como una escala de niveles sino como un sistema de flujo de pacientes según sus requerimientos, desaparece el "arriba" y "abajo" y como consecuencia el "mejor" y el "peor" con lo que cada segmento independientemente de su complejidad, tiene la misma importancia relativa. De este modo la atención primaria, la secundaria y la terciaria están en un mismo nivel simplemente representan el camino que puede recorrer o no un paciente para solucionar su problema. Se transforma en un problema de organización en una dimensión diferente y se revaloriza el trabajo en atención primaria.

Atención Primaria, de acuerdo a dos investigadores, uno inglés y otro brasileño, John Fry y Mario Chaves, respectivamente, que la han estu-

diado en profundidad, no es una franja homogénea, toda la atención primaria no es igual. No es lo mismo la atención primaria que se necesita y se da en la selva del Africa o en Nueva York o en una ciudad del interior de Jujuy; son obviamente diferentes. Pero además de ser diferentes también hay subtipos dentro de la atención primaria, que es lo que sostienen estos autores, según el tipo de personal que la provee. Se distinguen por lo menos tres: un tipo que es universal, el autocuidado. Cuando mencionamos la investigación de Kerr White, de 750 afectados por un problema de salud, 500 no habían consultado con un médico. Qué habían hecho esas personas para resolver sus problemas? La respuesta es: autocuidado.

El segundo tipo de atención primaria es el que proporciona personal de la comunidad con una preparación especial, que varía de semanas a meses, y cuyo nombre varía según los países y los sistemas que los emplean. Este tipo de atención es el que corresponde a la Declaración de Alma Ata y que podría denominarse como personal auxiliar.

Y, por último, el tercer tipo es el de los países desarrollados cuya atención primaria está cargo de personal profesional: el G.P. en Gran Bretaña o el Médico de Familia en Estados Unidos, Canadá y Cuba, por ejemplo.

Qué se entiende por Medicina Familiar? He traído tres definiciones de diferentes partes del mundo.

La primera es de los europeos: Las asociaciones académicas europeas, los que enseñan Medicina General en Europa, han producido hace varios años lo que se llama la Declaración de Leuvenhorst que se basa en el modelo de práctica europeo. El médico general, como lo llaman allí, al que consideramos equivalente al médico de familia ya que se forma en el post-grado, "es el que ofrece atención primaria, personal y continua a individuos, a familias y a una población determinada, sin tomar en cuenta la edad, el sexo o la enfermedad. Lo que realmente caracteriza a la acción de este médico es la síntesis de estas funciones. Atiende a sus pacientes en el consultorio o en el domicilio y a veces en el hospital. Su objetivo central es hacer un diagnóstico precoz. En sus consideraciones acerca de la salud y la enfermedad deberá integrar los factores físicos, psicológicos y sociales. Como médico deberá aceptar cualquier problema -ésta es una característica fundamental- se ocupará de la

atención continua de pacientes con enfermedades crónicas, recurrentes o terminales".

Observen los elementos que tiene esto: atiende cualquier problema, lo atiende teniendo en cuenta todos los factores: biológicos, psíquicos y sociales; hace y realiza acciones preventivas, curativas y de mantenimiento y es un especialista en las enfermedades crónicas, recurrentes y en la atención de los pacientes terminales.

La segunda definición es de Australia. En ese país existe un fuerte movimiento de Medicina Familiar, más del 50 por ciento de los médicos ejercen como médicos de familia en el nivel de atención primaria. Y la formación de esos médicos lleva cuatro años después de haber terminado la escuela de medicina. Dice esta definición que "la práctica de la Medicina Familiar es la provisión de cuidados primarios, continuos, tomando al paciente como un todo (integralidad), a individuos, familias y comunidades. Cuidado primario, significa la habilidad necesaria para tomar una acción responsable sobre cualquier problema, (es decir el más amplio espectro de problemas) forme parte o no de una relación médico-paciente en curso". Ellos no sólo atienden las familias adscriptas a su práctica sino que atienden el caso episódico porque es justo que no sea descuidado.

"Cuidado continuo -dicen- significa la aplicación de los principios de prevención, mantenimiento de la salud y el manejo de los problemas personales".

"Cuidado integral -dicen- significa la habilidad de tomar decisiones sobre los problemas de la salud en todos los grupos etarios y todos los sistemas corporales". Otra vez la amplitud del espectro de atención.

"Cuidado del paciente total es la consideración de la persona como un todo y de los factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales que influyen sobre la salud de las personas". Se observa el concepto holístico, comprensivo, ecológico de la salud y no el reduccionista del órgano o sistema aislado.

La tercera definición que he traído es la que se usa en los EE.UU. "El médico de familia -dice- es aquél que sirve como médico de primer contacto del paciente y le provee un medio de entrada al sistema". Aquí aparece un nuevo elemento que no estaba en las otras dos: entrada al sistema. "Evalúa las necesidades totales del paciente, le provee cuidados médicos personales y refieren a los pacientes, cuando está indicado, hacia recursos adecuados de cuidados de salud mientras

preserva para sí la continuidad de dichos cuidados”.

Analicemos un poco más esto: la continuidad es un elemento común a todas las definiciones, pero aquí aparece en término nuevo: “referencia”, es la función de interfase con los especialistas y con los niveles de mayor complejidad. Es decir, Medicina Familiar atiende problemas, resuelve problemas pero también estudia cuáles se refieren y cómo se refieren. Hay un tercer elemento que está implícito, la interconsulta; la mayoría de las veces no se refiere pero se interconsulta. Son tres tipos de conductas: resolver, interconsultar, referir pero el médico de familia siempre asume toda la “responsabilidad por la atención continua e integral del paciente”.

Sigue diciendo la definición “actúa como coordinador del equipo de salud que le provee esos servicios”. La palabra coordinador aparece también por primera vez en esta definición. “Acepta la responsabilidad por el cuidado total del paciente dentro de su contexto ambiental incluyendo la comunidad y la familia”, concepto comprensivo, holístico, totalizador.

Tenemos entonces tres definiciones, de tres mundos, de culturas diferentes y las tres aproximaciones son muy similares. Creo que esto debe hacernos reflexionar. Eso pasó por mi mente cuando yo me puse en contacto por primera vez con este movimiento médico, pensé siempre que lo que es bueno para el pueblo europeo, americano, australiano, por qué no será bueno para el pueblo argentino? Me hice esa pregunta y de aquella reflexión primero y la experiencia después, quedé convencido, profundamente convencido, y muchos en América Latina como yo también lo están, de que la Medicina Familiar es buena para nuestros pueblos. De allí el entusiasmo con que hablamos, aceptando sin ningún tipo de prejuicio no podrá haber cosas mejores, pero en este momento, hasta ahora, en este nivel de la atención médica, estamos convencidos de que es lo mejor.

Hace algunos días, el Director de un Hospital muy prestigioso de Buenos Aires vino a mi oficina y me contó una anécdota que se las voy a transmitir porque tiene el valor de una lección.

- “Una mañana mi secretaria me informa que en la sala de espera hay un señor que solicita hablar conmigo sobre la atención de su madre”. “Pido la historia clínica para enterarme del caso y veo que es una gruesa carpeta, con una gran cantidad de folios, debido a las numerosas consultas y los diferentes médicos que la habían

atendido (por lo menos diez especialistas); la habían visto en sábados, de noche, domingos o festivos, dentro o fuera de los horarios habituales, en su domicilio o en el Hospital donde había tenido varias internaciones (en este momento estaba internada), había numerosos análisis e informes de radiografías y exámenes instrumentales de diverso tipo”.

- “Me sentí enojado porque no entendía de qué podía quejarse este señor”.

- “Lo hice pasar de mal talante esperando una queja severa, sin embargo el hombre entró con gesto suave, muy bien, lo que realmente me desarmó un poco”.

“Entonces le pregunté qué le pasaba, a lo que me contestó”:

- “Dr. vengo a hablar por la atención de mi madre”.

- “Entonces lo interrumpí y le dije: cómo se podía quejar de la atención de su madre, y señalándole la historia clínica, le enrostré los numerosos médicos que la habían atendido y todo lo que se le había hecho . . . intentando demostrarle que si estaba disconforme era un desagradecido”.

- “Yo no me quejo -me dijo- lo que le vengo a preguntar es, con quién puedo hablar de mi madre?”

Allí el colega se quedó sin respuesta. Si nos ponemos a recapacitar sobre las situaciones similares que se suscitan en éste o en otros Hospitales, con quién pueden hablar los familiares de nuestros pacientes?

Y aún en los casos crónicos o confusos en los que escuchamos reiterativamente: -“Su corazón está bien señor” o “usted no tiene nada en el estómago, las radiografías están normales” o “no le encuentro nada orgánico- y el paciente repitiendo a unos y a otros- pero a mí me duele acá, yo me siento mal”.

Frente a esos casos se comprende mejor la filosofía del nuevo médico especialista en el ser humano, con un compromiso con la persona, y no en el órgano, sistema o aparato enfermo.

Por qué hace eso Cuba, ésa es una pregunta muy interesante, si ellos ya tenían los mejores índices de salud? Lo hace por la misma razón que lo hicieron los países desarrollados, porque al tener la morbimortalidad característica de una sociedad desarrollada, es decir, los accidentes, las violencias, las enfermedades degenerativas, cardiovasculares, la obesidad, la hipertensión, el modelo de poliespecialista no le sirve. Necesitan la atención personalizada, necesitan una atención que se ocupe del stress, los problemas emo-

cionales y que tenga en cuenta el entorno, la dinámica familiar y crean este modelo que ellos llaman el médico de las 120 familias que está siendo desarrollado con bastante éxito.

Hay un autor canadiense, Ian McWhinney, profesor del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Western Ontario, del cual he tomado los conceptos que siguen. La práctica de la Medicina Familiar se caracteriza por la continuidad, el elemento número uno. Continuo no quiere decir que el médico ve al paciente todos los días sino que el paciente ve siempre al mismo médico si no cambia, porque el médico para ser responsable, el médico tiene que ver al mismo paciente y el paciente ver al mismo médico, salvo casos excepcionales. Atención integral, como vimos en la definición, quiere decir que ve al paciente como un todo, sin diferenciación de órganos o sistema corporal afectado. Considera a la familia como la unidad de atención, sobre esto tendríamos para hablar un rato largo si incorporamos la importancia del concepto de familia. La cuarta característica es el vínculo: si uno aplica el concepto de continuidad es fácil imaginar que se desarrolla un vínculo con el paciente, que no se establece cuando la atención es episódica; ese vínculo es parte de la relación médico-paciente. Como decía un gran autor, la relación médico-paciente es la droga más barata pero que el médico menos utiliza. La última característica es el conocimiento acumulativo en los pacientes. Cuando el médico de familia atiende cinco o diez años a un paciente y la familia, puede detectar las pequeñas variaciones en el estado del paciente, que pasarían desapercibidas para quien lo ve por primera vez.

Hay algunas actividades que son específicas del médico de familia. El ve a la gente en el primer momento de la enfermedad, cuando no está como en el libro, con toda la constelación de síntomas y signos, que permiten un diagnóstico preciso y, como me decía hoy alguien, tiene que tomar decisiones. Aprende así a manejar los problemas indiferenciados, aprende a convivir con la incertidumbre, a identificar y evaluar el riesgo y a reconocer las ligeras variaciones de la normalidad; hace uso adecuado de la relación médico-paciente con fines terapéuticos y maneja los recursos de la comunidad en beneficio del paciente.

Otras características importantes son el manejo de la Historia Clínica por Problemas (es el tipo de historia clínica que se maneja usualmente en Medicina Familiar) y no por diagnóstico nosológico-

co. Un problema puede ser diagnóstico pero muchas veces no lo es; puede ser un síntoma, un signo o una situación económica o social. Y el manejo de la Clasificación Internacional del Problema de Salud en Atención Primaria, CIPSAP-2 Definida, de la cual tuve el gusto de donar un ejemplar, a la Biblioteca de este Hospital.

La gente se pregunta qué hace un médico de familia cuando termina su formación. No hablemos de nuestro país donde todavía no tiene inserción. Dónde va un médico de familia en los Estados Unidos? Los egresados de la Residencia en 1981 por ejemplo se distribuyeron así: el 13,5% va a un pueblo menor de 2.500 habitantes. El 38% va a ciudades un poco más grandes, entre 2.500 y 25.000 habitantes. El 17,6% fue a una ciudad de 25.000 a 100.000 habitantes y el 3,3 %, a un suburbio de área urbana pequeña. Es decir, el 70% de los médicos de familia fueron a lugares distintos a la gran ciudad por motivación y por seguridad en la formación. Aquí cabe un comentario. Por qué no van nuestros muchachos a ciudades pequeñas? Creo que es porque no se sienten seguros. Han sido educados bajo el ala de los maestros, de la tecnología, de los recursos fáciles; no podemos culparlos porque no van a las ciudades pequeñas o lugares apartados. Aparte de no tener incentivos ellos prefieren los grandes centros porque se los ha preparado para hacer medicina en esos lugares.

Cuál es el modelo de práctica en ese país? Nosotros tenemos la imagen del médico familiar como el médico solo, sin embargo esto es lo que tiende a desaparecer. Sólo el 15% de los médicos de familia trabaja con esta modalidad. Las diferentes estadísticas muestran que más del 25% trabaja en grupos de médicos de familia, casi un 7% lo hace integrado a grupos de especialistas (HMO) que han incorporado la Medicina Familiar como puerta de entrada. Esto correspondería a los sistemas de prepago que funcionan en nuestro país. El 15% por lo menos se agrupan de a dos. Esto es importante para borrar la imagen antigua de este médico. El 7% de los médicos de familia van a la sanidad militar organizada en los Estados Unidos sobre la base de médicos de familia. Un 3,4% van a la docencia y, a los sistemas de salud pública que son del gobierno, va un 10%; un 5% es empleado en servicios de emergencia, y el pequeño resto se distribuye en tareas administrativas, investigación y otros. Como se ve los médicos de familia tienen una amplia gama de posibilidades para insertarse en el mercado laboral.

Volviendo a la actividad clínica de los médicos de familia es interesante saber cómo se puede resumir su tarea. John Fry un General Practitioner inglés, líder y autor de numerosas publicaciones lo hace de la siguiente manera: analizada la tarea profesional de un gran grupo de médicos de familia ingleses durante diez años, se encuentra que el 65% de los casos son los que él llama padecimientos autolimitados (recuérdese el estudio de Kerr White que mostró que los dos tercios de los sujetos que habían tenido algún padecimiento no habían consultado al médico) etc. etc.

Qué es un padecimiento autolimitado? En buen romance, es el que se cura solo. Pero por qué va al médico la gente si se cura solo? Consulta al médico por un mecanismo psicológico, la necesidad del reaseguro; para que el médico después de escucharlo, examinarlo y conversar, le palmee el hombro y le diga; señor o señora: usted no tiene nada grave, tómese dos aspirinas con un te esta noche, quédese tranquilo, y hábleme por teléfono por la mañana, va a ver que ya está bien. Eso es el 65% de cualquier práctica.

Un 20% son problemas crónicos y ahí es un punto muy importante porque los problemas crónicos son un terreno para el cual el médico de familia se prepara. Porque en el paciente crónico, en general ningún médico soluciona el problema; no es curable. Lo que se necesita es apoyar al enfermo, apoyar a la familia, y educarlos para que convivan con su problema crónico. Por supuesto esto incluye los controles médicos periódicos al mejor nivel científico.

Hay un 15% de los problemas, dice Fry, que son problemas agudos. Este puede desdoblarse en dos grupos: un 10% que son problemas agudos que pueden ser resueltos por el médico de familia y un 5% que necesita la derivación o al especialista o a un lugar de más alta complejidad.

Voy a terminar con un par de palabras más para no excederme mucho. Quiero decirles que este camino de la Medicina Familiar, a pesar de los éxitos obtenidos no es un camino fácil porque es una profunda innovación en los sistemas de salud y en los sistemas de educación médica. Cuando se intenta una profunda innovación en cualquier área, evidentemente se lesionan intereses o se agrede por lo menos a la resistencia natural al cambio que tenemos todos para pasar de un estado al que estamos acostumbrados a otro nuevo que no conocemos.

Entonces aparecen problemas contraversiales. Uno de los problemas es el contenido, la

gente pregunta qué abarca este campo de la Medicina Familiar, qué conocimientos, destrezas, actitudes, constituyen sus objetivos educacionales, etc. Dónde esta el límite...? La otra discusión es semántica: es un especialista? El generalista no es un especialista, por definición se dice. Es una discusión bizantina. Acá lo que nos estamos planteando es que el médico de familia, considérese o no un especialista, necesita de un postgrado para su correcta formación, su calificación o nó de especialista, es secundaria. Lo que importa es en qué se prepara, cuál es el contenido, qué puede hacer cuando sale de la residencia y cómo cumple su misión.

La otra controversia que existe es: quién forma al médico de familia? Muchas facultades de medicina sostienen que ellas forman médicos de familia, o médicos generales. Al principio de la exposición vimos que no hay ningún médico general que sea profesor de una Escuela de Medicina en América Latina. La Escuela de Medicina no puede decir que le ofrece a nadie un modelo de medicina general, de medicina familiar, porque no hay en la nómina de profesores ni en los servicios que le pertenecen, nadie que practique la Medicina Familiar. El resultado es que al estudiante le envían un mensaje ambivalente, durante toda la carrera sus modelos son especialistas, lo que representa un estímulo para que el estudiante sea como ellos, pero al final de su carrera, después de atravesar los 30 ó 40 departamentos o cátedras de la Facultad, ésta le dice: usted es un generalista.

La otra cuestión controversial es la relación con las especialidades y con los especialistas que tiene todo el terreno para ser elaborada en nuestro país.

Gayle Stephens, un conocido analista de este proceso, describió tres etapas en el desarrollo de la Medicina Familiar, probablemente aplicables al desarrollo de cualquier idea nueva en una sociedad. Una etapa política, donde se discute qué es la Medicina Familiar, si conviene o no conviene para una comunidad o un país, a quién lesiona y a quién favorece, etc. Esta etapa es crítica, muy ruidosa en las discusiones y dura hasta el momento de tomar una decisión. Viene luego la fase administrativa. Alguien, una institución o un país decide hacer un programa de Medicina Familiar, toma un compromiso con la idea y organiza un programa docente o un servicio de medicina familiar o ambos. Por último viene la fase académica en la cual la disciplina Medicina

Familiar es incorporada como parte del currículum de la escuela de medicina.

Esta última etapa es muy importante, porque sin su existencia no se consolida el desarrollo de nuestra disciplina en un país. En México la decisión política y el compromiso administrativo habían sido tomados por el Instituto de Seguro Social, el mayor proveedor de servicios de salud de ese país, y durante los primeros años se formaban 500 médicos de familia anualmente y la Facultad no los había reconocido hasta que en 1974 lo reconoció como curso oficial de postgrado y más tarde se creó el Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria en la Universidad con lo que se aportó a la Medicina Familiar el aspecto académico, la investigación, y, lo que es más importante, el modelo de profesor médico de familia. De ese modo, el estudiante de medicina puede decir a su egreso: yo quiero ser cardiólogo o cirujano pero también y quizás, médico de familia.

Finalmente quiero llevar a la mente de ustedes algunas relaciones de este interesante proceso con las fuerzas profundas que agitan a la sociedad.

Todas las especialidades o subespecialidades nacieron por dos tipos principales de mecanismos: la fragmentación o la tecnología. Por fragmentación de la Medicina Interna nacieron la cardiología, la gastroenterología, etc.; por fragmentación de la cirugía, la cirugía de tórax, la neurocirugía, etc. Nacieron por el desarrollo de la tecnología: la radiología, la radioterapia, los modernos diagnósticos por imágenes por ultrasonido, la endoscopía, etc.

John Naisbitt, eminente sociólogo americano, publicó hace poco tiempo un libro que tituló *Megatrends*, y ha sido traducido al español como *Megatendencias*, donde sostiene que la Medicina Familiar es la respuesta a un requerimiento de la sociedad. La alta tecnología a la cual está expuesta nuestra sociedad (ya vimos que en medicina crea problemas), en la vida diaria, la heladera eléctrica, la televisión, la computadora, etc., crea un tipo de despersonalización que como reacción genera en la gente la necesidad de más contacto personal; él menciona a la Medicina Familiar como un ejemplo de respuesta de la sociedad a esa necesidad de mayor contacto a lo que los médicos respondieron en algunos países que hemos mencionado. Otra de las grandes tendencias es la descentralización. En este momento todo el sistema de salud está basado en hospitales, la mayor parte del presupuesto está dedica-

do a los hospitales. La descentralización, que es la tendencia moderna, lleva a darle jerarquía a esa gran franja de unidades de Medicina Familiar, centro de atención primaria, colocados entre el hospital y la comunidad, en estrecho contacto con la sociedad a la que sirven. La otra gran tendencia es la participación.

Nosotros estamos acostumbrados a ser representados por gente que gobierna nuestros asuntos en diversos órdenes de la vida: los diputados, los concejales, etc. En el sistema de salud son los médicos quienes representan a los pacientes. La tendencia actual es que el modelo autoritario de relación médico-paciente pase a ser un modelo participativo en el cual "el paciente" tiene mucho que decir en lo que hace a su propia salud, a su propia determinación en el diagnóstico y la terapéutica. Y, por último, pasaría a la tendencia que podríamos denominar "corto plazo vs. largo plazo". En nuestro país y en la mayor parte de los de América Latina hemos vivido pendientes de la coyuntura, de cómo apagar el incendio de cada día, de cómo solucionar los problemas inmediatos, los pagos de las obras sociales, el problemas con la organización del hospital, etc. La Medicina Familiar es un proyecto de largo plazo. En los países más organizados es un proyecto a diez o quince años. Si nosotros somos capaces de aceptar el desafío estaremos a la altura de las exigencias de nuestra sociedad en los tiempos que corren y si no, ella nos lo demandará en el futuro.