

Medicina familiar y atención primaria. Necesidad en los países latinoamericanos*

Dr. José Abel García Aguilar**

Dr. José Rodríguez Domínguez***

Introducción:

La práctica médica contemporánea ha desatado desde hace aproximadamente dos décadas, diversos comentarios y observaciones que con facilidad han finalizado en francas inconformidades cuyas temáticas van desde la deshumanización del médico y de la dependencia que tienen de la tecnología para hacer sus diagnósticos, hasta el ya incontrolable incremento en los costos de la atención; no es difícil incluso, hasta hallar cuestionamientos sobre la poca efectividad de muchos medicamentos y acciones que utilizan los médicos y de éstos como productores de enfermedades.

Los países desarrollados siempre han indicado el camino a seguir, en lo que a salud se refiere, por los países de menor grado de desarrollo; sin embargo sus modelos de atención médica con frecuencia caen en una fría deshumanización que la hace individual, calculada, de comercialización. En latinoamérica aún se conserva, cada vez en menor cantidad, cierto humanismo en el ejercicio profesional de la medicina, además tiene una marcada inclinación hacia la medicina institucional y socializada; sin embargo la calidad de la atención que estamos proporcionando con frecuencia es limitada, si su ejercicio es liberal, deja de ser una profesión de actitud y servicio y se transforma en una técnica y ganancia; en

ambos casos la prestación está condicionada más a una oferta que a una demanda.

Inspirados en estos tipos de observaciones, ya no únicamente provenientes de algunos críticos sino que, hasta de instituciones internacionales, se han realizado reuniones en varios países para definir políticas y estrategias que orienten el futuro de la práctica médica; una de las más importantes fue la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata en 1978, en donde se delinearon las políticas necesarias para hacer universalmente accesible a todos los individuos y familias de la comunidad, la atención a la salud esencial por medios que ellos mismos acepten y a través de su participación y a un precio que la comunidad pueda pagar. Sin embargo en dicha conferencia, al igual que ha sucedido en otras reuniones con objetivos semejantes; muchos países hicieron hincapié en la escasez de recursos para poder costear un adiestramiento caro de personal de salud para la atención primaria; en los problemas de la fuga de cerebros por ser mal pagados y en el rechazo que manifiestan los médicos por ejercer en las zonas rurales, así como la importancia que tiene la selección de trabajadores de salud que puedan identificarse con la gente y en los cuales la población pueda confiar.²

Así, la década de los setentas terminó dejando la necesidad de buscar caminos que conduzcan a llenar los vacíos que de atención primaria y de incremento de la cobertura de servicios de salud tiene la población. Es indudable que en la década de

* Presentado en la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

Jornadas Interamericanas de Medicina y Seguridad Social. Santo Domingo, D.N., República Dominicana 17 al 21 de marzo de 1980.

** Subsecretaría de Planeación, S.S.A.

*** Prof. del Departamento de Medicina General/Familiar y Comunitaria.

¹ OMS., UNICEF.: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; Alma-Ata, Kazakstán: URSS. Septiembre, 1978.

² Bol. O.P.S.: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; Vol. LXXXVI, No. 3, Marzo 1979.

los ochenta la atención primaria debe ser el eje que mueva los sistemas de servicios de salud, en franca oposición a las tendencias tradicionales de la práctica profesional y al mismo tiempo, de la formación de recursos humanos para la salud. Hay un aspecto importante que es necesario mencionar, cuando tocamos temas relativos a la atención primaria, hay que meditar profundamente nuestras necesidades, recursos y resultados que esperamos, es decir, planear; pues con frecuencia en nuestros intentos de proporcionar este tipo de atención producimos términos y planteamientos confusos que a la postre producen planes, proyectos o programas de escasa trascendencia y que son fácilmente identificables dadas las características de los recursos humanos que se encargan de proporcionar esa atención primaria: a guisa de ejemplo, podemos hallar médicos que se dedican más a actividades de promoción del desarrollo social y a técnicos medios y auxiliares que se facultan a grado tal, que diagnostican y aplican medicamentos. Es necesario, como más adelante se explica, diferenciar los aspectos más importantes que conforman y estructuran a la atención primaria; es posible sin embargo concluir que existen dos diferentes tipos de recursos humanos que pueden brindarla en nuestros países, el personal profesional y el adiestrado.

El objetivo del presente trabajo es dilucidar un poco más respecto al tipo de recurso humano idóneo que debemos formar en los países latinoamericanos para que nos proporcione atención médica primaria, porque la dualidad existente: necesidad de proporcionar atención primaria a la salud y aumentar la cobertura de servicios son aspectos que, si bien tienen mucho en común, su solución es diferente. A tal situación, el Dr. Ceitlin de la Federación Panamericana de Escuelas y Facultades de Medicina, en una de sus publicaciones menciona: "es importante hacer notar que el énfasis en la atención primaria se ha originado principalmente en los países en desarrollo por la enorme presión social ha-

cia la ampliación de cobertura de servicios básicos de salud". Pero interesa señalar también que la atención primaria ha tenido su mayor transformación sufrida, en los sistemas de servicios de salud en los países desarrollados en las dos últimas décadas, aunque por razones diferentes: la extrema deshumanización de la medicina de alta tecnología y el aumento ya insostenible en los costos. Estos factores por supuesto son igualmente importantes para los países en desarrollo, que pueden y deben prevenir las distorsiones provocadas por los modelos de atención médica de los países desarrollados".³ Quizá debiéramos agregar que debemos evitar repetir los éxitos que otros países han tenido con personal de salud medianamente adiestrado pues no son iguales las necesidades, recursos y organización de sus servicios de salud; lo que sí es claro es que la atención médica que proporcionemos debiera ser aquella que nosotros como pacientes y no como administradores de la salud quisiéramos que nos fuese proporcionada, razón por la que, dicho tipo de atención debe ser de tipo profesional, a cambio la extensión de la cobertura puede utilizar como estrategia para cubrir con programas específicos, como el de vacunación, áreas rurales o de población dispersa, otro tipo de recurso; especialmente "auxiliares". De hecho, en nuestros países debieran existir ambos sin contraposición trabajando todos dentro de sistemas únicos nacionales de prestación de servicios de salud.

Latinoamérica y sus recursos humanos para la Atención Primaria:

Aunque la salud es considerada como una resultante de la relación del hombre con su ambiente, esta relación se caracteriza por la complejidad común a las interacciones que existen entre sistemas dinámicos por lo que, la dificultad para definir y controlar los procesos causales de la sa-

³ Ceitlin J.: Elemento para un Libro Blanco sobre el Médico General/Familiar en América Latina; FEPAFEM. Caracas, 1978.

lud y la enfermedad explican la principal limitación que los sistemas de salud han de superar para cumplir sus funciones.⁴ Hace no mucho tiempo se creía que una mejor tecnología médica era la clave para mejorar la salud, hace ya largo tiempo que se ha tenido que aceptar la realidad de que los factores sociales y económicos son, por lo menos tan importantes como la tecnología para fomentar la salud y que, la propia tecnología en salud ha de responder a los problemas sociales y obedecer a imperativos económicos; así, la salud queda al final delegada como una responsabilidad del individuo mismo, de la familia, de la comunidad y esta responsabilidad debe ser compartida por un médico y un equipo de salud capaz de entenderla como tal.

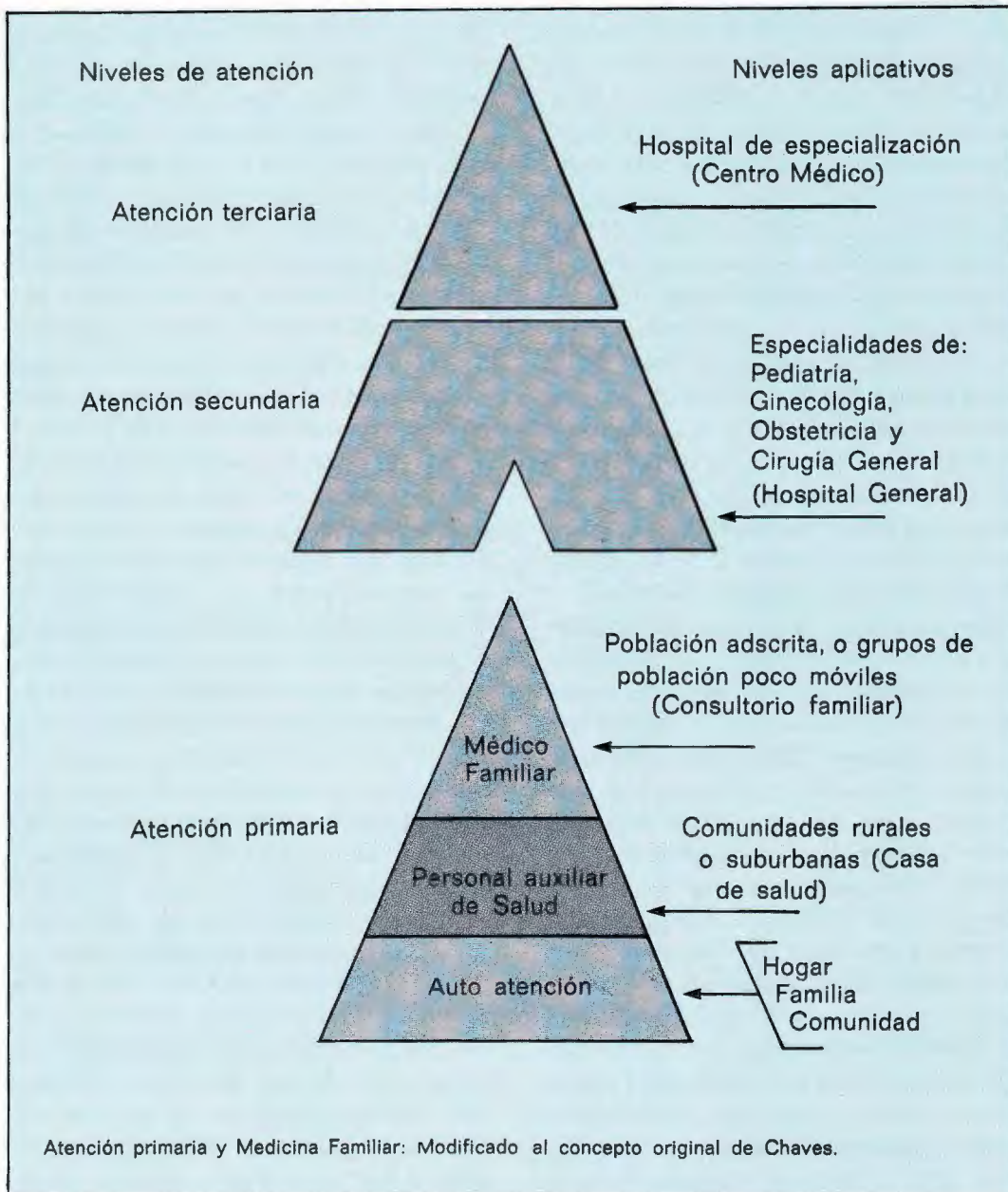
Las insatisfacciones que la práctica médica produce en los países desarrollados, a corto plazo será también sentida en países de menor desarrollo y hasta es posible que en las poblaciones urbanas esto sea ya una realidad. En nuestro continente, han sido Canadá y los Estados Unidos principalmente, quienes han concluido que la estrategia más adecuada para mejorar la perspectiva de la atención médica contemporánea y satisfacer tanto las necesidades como demandas de la población, es regresar hacia la atención primaria; siempre y cuando ésta sea proporcionada por un profesional médico altamente capacitado a través de una disciplina académica, adquirida en áreas especiales de la clínica, de la sociología y de la conducta; suficiente al parecer, para proporcionar una atención médica primaria fundamentada en métodos prácticos y científicamente fundados. Más aún, estos países apoyan la tesis de que cualquier error u omisión concerniente al campo de la atención primaria, da margen a ubicar la planeación y programación de servicios de salud, así como la atención al

paciente, en aquellos estratos que pertenecen a la atención secundaria o terciaria; donde la elevada tecnología la hace más costosa y por lo tanto, menos accesible a la población y sujeta a los pacientes a una situación más incierta respecto a su salud.

La preocupación por presentar soluciones a los problemas de salud ha sido y será uno de los intereses permanentes de los gobiernos de todos los países, pero sólo a través de la definición de políticas claras respecto al tipo de atención que se debe proporcionar a la población y de la implementación de estrategias para su ejecución, es como pueden ordenarse los recursos en base a necesidades racionales; a este respecto se hace indispensable crear las medidas más adecuadas para proporcionar la atención primaria según las características de nuestros países, esto es: planear la formación de recursos humanos según nuestras propias exigencias y necesidades y utilizando para ello los clásicos conceptos de tres niveles de atención a la salud; una reconsideración a este hecho es la que hizo el Dr. Cháves,⁵ al analizar el documento de Resoluciones de la Reunión de Alma-Ata; donde observó que, de las veintidós recomendaciones formuladas sobre la Atención Primaria a la Salud, sólo en dos de ellas aparece la palabra "Médico" y en ninguna la palabra "Médico General" o, en su caso, "Médico de Atención Primaria"; aclara además que, el concepto de Atención Primaria de Alma-Ata, corresponde a una interpretación propia y no del todo coincidente con la distribución clásica por tres niveles de atención; dicha interpretación obliga a dividir a la Atención Primaria a la Salud en tres subniveles, y que nosotros hemos modificado con el objeto de introducir allí al profesional que proporciona la atención primaria. El primer subnivel en la pirámide está constituido por el propio paciente y o sus fa-

⁴ Rodríguez D.: Bases de política para desarrollo de un sistema de Medicina General y Familiar. Convenio Hipólito Unanue. Reunión de Ministros de Salud del Area Andina. Resolución, REMSAA 6/98; 1980. Mimeógrafo.

⁵ Cháves M.: Primary Care and Family Medicine in Latin America. Elements of a Strategy for a Medium-term Program (1979-1982). XXXIII Assembly of the World Medical Association, Caraballeda, Venezuela. Oct. 1979.



miliares, los cuales se encargan de la autoatención; el segundo subnivel es donde debiera ubicarse el personal auxiliar que proporciona atención a la salud y el tercero de ellos, donde debiera estar el personal de nivel profesional que proporcione atención médica primaria, además de algunas acciones de Atención Secundaria. Al finalizar estos subniveles continúan en forma ascendente el segundo y tercer nivel de atención llámense de especialidades y subespecialidades.

En la mayoría de nuestros países la atención primaria la hemos dejado a cargo de personal de salud auxiliar; es decir, se ha desarrollado con cierta amplitud el segundo subnivel y les llamamos de diversa manera: ayudantes en salud, promotores de salud rural, auxiliares de salud de la comunidad, etc.; mientras que, los del tercer subnivel o personal profesional, ha sido menos desarrollado en su impulso y aún no hallan una denominación común, el más representativo de ellos es el denominado

como "Médico Familiar"; le llamaron así el reporte Willard⁶ y el Consejo en Educación Médica de la Asociación Médica Americana;⁷ aunque otros estudios, como el Reporte Folson le llama "Médico Personal" y el Mills "Médico Primario".

El grado de desarrollo integral de un país condiciona el que se utilice personal profesional y/o auxiliar para proporcionar atención médica a la población; esto es, a mayor capacidad, hay mayores demandas de parte del público; de ahí que no es difícil inferir que, tarde o temprano todos nuestros países con seguridad solicitarán una atención médica de mejor calidad y de tipo profesional. En nuestra actualidad, sin embargo, los recursos humanos con que contamos aún están limitados a la existencia de médicos generales con reducida capacitación y con pavor al ejercicio profesional en áreas rurales; por la presión social de la extensión de la cobertura de servicios de salud se ha tenido que recurrir a personal no profesional. Nuestras escuelas y facultades de medicina poco están haciendo para formar un profesional médico capaz de proporcionar una adecuada atención médica primaria cuando egresan de sus escuelas, salvo algunas excepciones; como es el caso de el Plan de Medicina Integral A-36, desarrollado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, que persigue tener un médico, al final de sus estudios universitarios, con mayor capacidad para el diagnóstico y tratamiento continuo de un paciente, o de una familia; de ahí que, una estrategia a seguir por nuestros países, es facilitar la orientación universitaria de los médicos generales hacia la

atención primaria y limitar su formación en campos de atención secundaria y terciaria en las instituciones de salud. Para aquellos que buscan un campo de práctica médica amplia, de reto y satisfacción, abrirles las puertas de la Medicina Familiar; ya que este tipo de médico es considerado en la actualidad como un especialista, que utiliza varias áreas de la medicina y dá cuidados primarios, personales e integrales, con continuidad a todos los miembros de la familia, sin importar la edad sexo o enfermedad que se le presente y que gracias a un entrenamiento apropiado, es capaz de tratar en forma definitiva el 90% o más de los problemas de atención médica de primer contacto que se le presentan, tanto dentro como fuera de una unidad hospitalaria. Generalmente incluye a la obstetricia dentro de su práctica, así como a la cirugía menor, o "cirugía aplicable a las necesidades". Requiere de los recursos de la comunidad y especialistas de otros campos que le sirvan como consultantes cuando eso es necesario. Además está capacitado para manejar muchos problemas emocionales de sus pacientes, pues es sensible a la dinámica familiar, tanto en la salud como en la enfermedad.⁸ A diferencia de lo que sucede con otros tipos de especialistas cuyo perfil profesional es prácticamente igual en todos los países del mundo, su formación está condicionada a situaciones culturales, sociales y epidemiológicas de un país o de un lugar en particular; esto es, el Médico Familiar tiene características diferentes en diversos países, incluso puede ser diferente dentro del mismo, según sea la necesidad que de salud tenga la población en esta zona.

La planeación de servicios y recursos humanos para la salud en nuestros países que requieren de una Atención Primaria a la Salud Integral; es decir, que además de proporcionar atención médica de calidad; extienda la cobertura de servicios de salud;

⁶ William Ruhe, M.D.: The Willard Report-Revisited; paper presented in the First Leland B. Blanchard Memorial Lectures; before the Society of Teachers of Family y Medicine. 12 th Annual Spring Conference. Denver Colorado USA, May 6, 1979.

⁷ Meeting the challenge of family practice. The report of the Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of the Council on Medical Education. American Medical Association. September, 1966.

⁸ John P. Gayman.: The Modern Family Doctor and Changing Medical Practice; Chap. No. 3; Meredith Ed. 1971.

debe considerar el Médico Familiar dentro de un sistema donde puede no ser el único trabajador que provea atención primaria, ya que se ha visto que en algunos lugares este tipo de médico puede constituir un lujo⁹ y el cual puede ser sustituido por un trabajador de salud de menor nivel pero suficientemente capacitado, supervisado y remunerado; para que responsablemente realice actividades en áreas rurales remotas o de escasa cantidad de habitantes y que preferentemente esté bajo supervisión de un Médico Familiar, ya que éste será quien funcione como puente de enlace entre la atención primaria y los niveles de atención de mayor tecnificación. No debemos olvidar que el público está demandando servicios con médicos altamente competentes, entrenados en la medicina moderna, pero con la misma comprensión y empatía que caracterizaba a los médicos de antaño.¹⁰ La atención médica secundaria y terciaria está desarrollada en la cantidad suficiente en casi todos nuestros países, la atención primaria apenas empieza.

Conclusiones:

Parece existir un consenso que explica la "crisis" de la medicina contemporánea como consecuencia del exagerado énfasis puesto hacia la atención de la enfermedad y del órgano, con pérdida del interés deseable en la persona y en la comunidad; que ha traído elevación de los costos y fragmentación del paciente en el proceso de atención médica que al debilitar la relación médico-paciente ha visto reducida su eficacia. No hay pues discrepancias acerca de que estos problemas deben enfrentarse mediante un replanteamiento de los objetivos de la práctica médica, analizándolos a la luz de los conceptos aportados por las

⁹ Ragbeer M.: Tendencias mundiales en la utilización y entrenamiento de médicos familiares. Seminario y experiencias docente asistenciales en Medicina General/Familiar. México FEPAFEM; 1978.

¹⁰ Rice D.: A National Strategy to promote General/Family Medicine. XXXIII Assembly of the World Medical Association. Caraballeda, Venezuela. Oct. 1979.

ciencias sociales y de la conducta.

El proceso de salud-enfermedad debe entenderse dentro del contexto ecológico, en el cual se define como resultado de la interacción entre el hombre y su ambiente total; las acciones de salud, a su vez ya no pueden ser realizadas en forma efectiva por un solo individuo, es necesaria una amplia participación, tanto del médico como de otros diferentes tipos de personal de salud preparados en muy diversas disciplinas para que conjuntamente participen en la determinación del estado de salud del individuo y del núcleo social primario.

En lo que respecta a la formación de médicos resulta evidente que frente a estas situaciones se hace necesario un cambio en la programación de la enseñanza, con el objeto de producir profesionales capacitados para proporcionar una atención médica que resuelva un alto porcentaje de los problemas más frecuentes de la población; se hace por lo tanto conveniente un intercambio de experiencias y ayuda entre los países del continente para la formación de este profesional; se hace necesario también, buscar el desarrollo de nuevos modelos de prestación de servicios en nuestras instituciones. No es el especialista tradicional el que puede responder a las necesidades de atención primaria, sino un médico que tenga una concepción integral del individuo y de los problemas de salud a nivel individual, familiar y de la comunidad; y una institución o varias, que le brinden la facilidad de ejercerla; es este Médico Familiar sin lugar a dudas, la respuesta a la necesidad de atención primaria que tienen nuestros países.

Colofón:

Medicina General, Especializada y Familiar; diferencias:

Con el objeto de hacer una explicación menos teórica y a cambio más ilustrativa, de las diferencias que existen entre un Médico General, un Médico Especialista y un Médico Familiar; hemos desarrollado el siguiente caso clínico:

Se trata de una paciente del sexo femenino, de 45 años de edad, quien ha sido tratada por el médico general de una dolencia catalogada como úlcera gástrica; los signos y síntomas corroborados con algunos estudios radiográficos de tipo especializado, habían demostrado la existencia de nicho ulceroso. La terapéutica que el médico le estableció consistió en antiespasmódicos y gel de hidróxido de aluminio y magnesio; ingesta de lácteos en regulares cantidades y una dieta blanda. Dos meses después de haber iniciado el tratamiento la sintomatología no había disminuido y radiográficamente el nicho persistía en sus dimensiones iniciales.

Es aquí donde se hace clara la diferencia de técnicas utilizadas por los tres tipos de profesionales:

En el caso clínico que estamos ilustrando, al no existir respuesta adecuada al tratamiento, el médico recurre a clasificar a la paciente como un "caso problema", que le obliga a meditar y utilizar tres diferentes salidas: a) cambiarle medicamentos buscando nuevos en el vademecum más cercano; b) decirle a la paciente que continúe tomando los mismos medicamentos un mes más; (hasta que la paciente se canse y busque otro nuevo médico); c) referirla a un especialista, en este caso, un gastroenterólogo.

En el mejor de los casos, la paciente fue referida al especialista; está ahora en manos de un nuevo médico, quien tiene un arsenal de conocimientos específicos más amplios. Sin embargo, él no confía en el tratamiento instituido por el médico general e insiste en un tratamiento muy parecido al anterior; sólo ha cambiado un poco la posología y el nombre comercial de los medicamentos. La paciente parece tener durante las primeras semanas una respuesta satisfactoria, manifestada por la disminución de la sintomatología; quizás porque ella confía más en la capacidad técnica y profesional del especialista. Sin embargo, pasa el tiempo y el estado físico de la paciente decae y se reinicia la sintomatología,

la imagen del nicho en una nueva serie gastroduodenal, no muestra involución; se cambia el esquema terapéutico por otro medicamento del tipo de la carbenoxolona disódica, pero ya el gastroenterólogo piensa en una posible malignidad de la úlcera. Respecto a esta última sospecha se hacen estudios especiales de jugo y células gástricas, pero no son concluyentes; sin embargo se decide que el caso ahora debe ser valorado por un cirujano y de ser posible la paciente debe operarse.

Continuemos viendo la evolución de esta paciente: ahora ella está en manos de un tercer médico, el cirujano; el cual revisa todos sus antecedentes de tipo terapéutico así como la evolución del nicho ulceroso; concluye que es una paciente propicia para la cirugía. Se hace toda la rutina pre-quirúrgica y cinco meses después de que la paciente inició su padecimiento, es operada.

Llegamos aquí a la conclusión del caso; es decir, la paciente sale del quirófano sin úlcera, con una reducción de mucosa gástrica y con una gran posibilidad de que a corto plazo reincida en su padecimiento. Acaba aquí la primera historia de esta paciente.

Regresemos nuevamente al caso, cuando la paciente se encuentra en su inicio pero ahora es valorada por un Médico Familiar; clínicamente es catalogada como un caso de úlcera gástrica y se le instituye la misma rutina terapéutica que dieron tanto el gastroenterólogo como el médico general; pero además, este profesional hace un estudio de la dinámica familiar; en él descubre que dentro del contexto familiar de la paciente existen varias alteraciones: la paciente es viuda, sus escasos ingresos económicos están basados en una ayuda de pensión, razón por la cual ella hace algunas labores domésticas tales como el lavado y planchado de ropa para mejorar sus ingresos; tiene cinco hijos, la mayor es de sexo femenino y tiene 18 años de edad, hace tres semanas la paciente tuvo una discusión familiar importante con ella; todo había surgido por un comentario que la

Medicina general (concluye)

hija hiciera a la madre, ella había propuesto dedicarse a la prostitución para ayudar a solucionar las carencias económicas de la familia. El siguiente hijo es de sexo masculino, de 16 años de edad; ha tenido que suspender sus estudios por la misma situación económica, etc. Existen muchos otros datos y aspectos de interés encontrados dentro de la dinámica familiar, de los cuales sólo se mencionan aquellos que tienen relación probable con el padecimiento de la paciente.

El Médico Familiar en este caso planea una terapia para la familia; para ello dicho profesional se apoya en otros tipos de recursos humanos que le hacen más fácil su tarea, entre éstos se encuentra la Trabajadora Social y la Enfermera entrenadas en el campo de la Medicina Familiar. Este equipo se dedica a entrevistar a los miembros de la familia y hacen un diagnóstico de la situación, en forma conjunta proponen ciertas medidas para solucionar de alguna forma los problemas inmediatos o urgentes que están lesionando la dinámica familiar. Es concluyente que en la familia de la paciente hay un gran componente emotivo generado por la situación económica; he aquí que quien está viviendo los problemas, con menor facilidad halla las salidas. Todo paciente se encuentra en problemas y el equipo de salud debe ayudarlo a buscar las respuestas.

En este caso, bastó buscar en los periódicos del día, en aquella sección de solicitud de trabajadores, lo que podría ser adecuado para los hijos de la paciente. Había

uno ideal para la hija mayor: trabajaría en una florería. El otro hijo trabajaría en un taller mecánico. El médico, quizá la trabajadora social, alguien del equipo de salud familiar, habló con el encargado de la florería y con el dueño del taller mecánico, explicó la situación de necesidad de ayuda y ésta no fue negada. Existía la confianza en el equipo de salud de que a corto plazo los trastornos y angustias de la familia disminuyeran. Y así fue. El estudio clínico semanal de la paciente mostraba gradual mejoría, el último estudio radiográfico mostró involución del nicho. Casi fue factible para el equipo de salud familiar predecir el total restablecimiento de la paciente. Sin embargo, lo que alegró hoy a la trabajadora social, la enfermera y el médico, es haber recibido flores que le enviaron desde una florería. Fin de la segunda historia, de la misma paciente.

Como este ejemplo muchos más pudieran ser descritos; lo importante es contar con el profesional capacitado, no únicamente en los aspectos técnicos, clínicos y terapéuticos que exige la medicina moderna, sino que además favorezca una mejor relación entre el equipo de salud y los pacientes; para lograr ésto es necesario proporcionar a los integrantes de dicho equipo una capacitación específica que les permita manejar los problemas de dinámica familiar con mayor fluidez. Un atributo y característica de la atención primaria proporcionada por el Médico Familiar es la relación más profunda entre el médico y el paciente