



*comité ejecutivo del
consejo directivo*

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

*grupo de trabajo del
comité regional*

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



92a Reunión
Washington, D.C.
Junio 1984

Tema 14 del programa provisional

CE92/17 (Esp.)
2 mayo 1984
ORIGINAL: INGLES

SITUACION DE LA MEDICINA FAMILIAR EN LAS AMERICAS

En su 91a Reunión (1983), el Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud solicitó al Director preparar un informe sobre la situación de la medicina familiar en la Región. Este informe tiene como objetivo generar discusión y análisis del tema.

I. INTRODUCCION

Al solicitar la preparación de un informe para ser presentado a los Cuerpos Directivos, el Comité Ejecutivo sugirió consultar a "las instituciones nacionales y organismos internacionales que estén trabajando en el campo de la medicina familiar".

En cumplimiento de la solicitud indicada, se diseñó y ejecutó un estudio orientado a lograr los siguientes objetivos de análisis del tema:

- Marco de referencia en el cual se inscriben los programas de medicina familiar en países seleccionados de la Región;
- Concepto de medicina familiar en cada uno de estos países;
- Formación y utilización del recurso humano (médico) dentro de los programas de medicina familiar respectivos.

El estudio fue planteado en dos niveles. Un nivel general, consistente en recopilación y análisis de la bibliografía existente y un nivel particular con dos actividades básicas:

- a) Revisión de la información proporcionada por un grupo de países seleccionados sobre el desarrollo de los programas de medicina familiar existentes, a través de un cuestionario guía;

- b) Visitas a tres países seleccionados con fines de observación de los programas y profundización de la información obtenida en la encuesta.

El cuestionario-guía fue enviado a un grupo de países de la Región, en donde se sabía previamente que existían programas de medicina familiar.* Para efectos de comparación se envió además el cuestionario a algunos países en donde se sabía que no existían dichos programas,** y se obtuvo información adicional de algunos otros países con programas similares.*** Para las visitas se seleccionaron tres países**** que han desarrollado modalidades diferentes en la forma de abordar la práctica familiar y por lo tanto en la formación y utilización del personal médico (pre o posgrado).

II. ANTECEDENTES

En la Región de las Américas, las primeras experiencias en medicina familiar se producen en México en 1953.

Un grupo de médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Laredo Tamaulipas, planteó la posibilidad de que se reestructurara el esquema de atención médica e iniciaron un ensayo tendiente a valorar en que forma determinados cambios en la práctica médica afectarían positivamente, tanto la atención brindada al paciente como el trabajo del médico, y al propio IMSS.¹

En 1954 el IMSS presentó en un seminario sobre seguridad social, celebrado en Panamá, un trabajo sobre lo que denominó "El médico de familia", en el se delimitan las características que debería tener este profesional, "sobresaliendo el hecho de que atendería núcleos de población bien determinada y que trabajaría en equipos médicos".^{1,2}

En 1955, basado en esta ponencia y otras evidencias, el IMSS dio su aprobación para que en dos clínicas de la ciudad de México se efectuara un experimento. "Los elementos mas notables que se introdujeron consistieron en la adscripción de una población definida a cada médico de familia, adscripción que incluía al recién nacido, al adulto y al anciano.

* Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, México, Panamá y Venezuela

** Brasil, Chile, Ecuador, Guatemala y Perú

*** Canadá y Estados Unidos de América

**** Brasil, Perú y México

Se implantó el sistema de cita previa y se definió que la visita domiciliaria era responsabilidad del médico familiar. Estos cambios fueron aparejados con modificaciones en el manejo del expediente clínico, del sistema de archivo, del mecanismo de adscripción, etc".²

En 1959 este nuevo enfoque de la práctica médica dentro del IMSS se consolida a nivel nacional y se subdivide la práctica en médico familiar de adultos y médico familiar de menores. En mayo de 1971, bajo la forma de una residencia médica, se inicia la especialización en medicina familiar, sin considerar la división artificial de médico familiar de adultos y médico familiar de menores.³ En 1974 la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) reconoce los estudios de posgrado de medicina familiar efectuados en el IMSS.

"En 1977 la Universidad de Nuevo León inicia un programa de residencia de dos años sostenido con recursos propios para incorporarlos posteriormente al mercado de trabajo".⁴ A partir de 1978, la UNAM entró en contacto con la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el Instituto de Seguridad Social de Trabajadores del Estado (ISSTE),⁵ para desarrollar un curso de especialización en medicina familiar. Este programa se inició en marzo de 1980.

El segundo país de la Región en realizar programas de medicina familiar fue el Canadá. Este país en 1966 estableció dos programas de residencia,⁶ patrocinados por el colegio de médicos familiares del Canadá y dos escuelas de medicina. Estos programas se iniciaron después de varios años de experiencia en educación continua a médicos generales. El Colegio de Médicos Familiares fue fundado en 1954, con el nombre de "Colegio de Médicos Generales", cambiando posteriormente su nombre al actual. A partir de 1969 se estableció el examen de certificación de la especialidad, del cual es responsable el Colegio, así como de la aprobación de los programas de adiestramiento de posgrado en el país.⁶

Hasta 1980 los médicos generales con "práctica familiar" eran elegibles para el examen de certificación pero, a partir de ese año, solo son elegibles los que han completado un programa de residencia aprobado. Todas las escuelas de medicina del Canadá tienen en la actualidad un departamento de medicina familiar que atiende las necesidades de pre y posgrado. Los primeros programas de residencia duraban tres años, pero en 1973 el Colegio de Médicos Familiares determinó que el prerequisite para el examen de certificación es de dos años de adiestramiento en una residencia aprobada; desde entonces los programas básicos duran dos años, con un tercer año opcional.

En los Estados Unidos de América el desarrollo de los programas de medicina familiar tiene un origen similar al del Canadá. Después de la segunda guerra mundial y como consecuencia del avance científico-tecnológico en el campo de la medicina, se incrementó el número de

especialidades médicas y de especialistas en el país, en detrimento del número de médicos generales. Como consecuencia de ello, la población de los Estados Unidos de América comenzó a quejarse tanto por el descenso en la disponibilidad de médicos generales, como por el creciente costo de la atención médica.⁷ A pesar de los programas federales iniciados en 1960 (Medicare y Medicaid) la disponibilidad de médicos generales era escasa, lo cual trajo como consecuencia la realización de un estudio por una comisión de la Asociación Médica Americana (Comisión Mills),⁸ la cual produjo un informe urgiendo el desarrollo de un programa de adiestramiento para "médicos de atención primaria". Simultáneamente esta misma Asociación inició un estudio a través de otra comisión sobre la educación médica graduada para la práctica de la medicina general. El informe de esta comisión se publicó en 1966 y se conoce con el nombre de "Informe Willard".⁹ Por otro lado la Universidad de Harvard, a través de otra comisión, efectuó un estudio sobre los servicios de salud en la comunidad y su informe se conoce con el nombre de "Informe Folson".¹⁰

Estos tres informes sirvieron de base para que la Academia Americana de Médicos Generales, fundada en 1947, propusiera en 1966 el desarrollo de una nueva especialidad, a la cual se denominó "Medicina Familiar", y la Academia cambió a su vez su nombre por "Academia Americana de Médicos de Familia". Aunque en 1960 se habían iniciado ya programas de adiestramiento de posgrado en medicina general que tenían dos años de duración y que propiciaban experiencias en medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia, no fue sino hasta 1969 cuando se estableció la especialidad de medicina familiar y se reconoció en todo el país como la 20a especialidad.¹¹

En América Latina y el Caribe, a partir de la década pasada, Argentina, Bolivia, Jamaica, Panamá, República Dominicana y Venezuela iniciaron programas de medicina familiar, también a nivel de posgrado. Otros países como el Brasil adoptaron la modalidad de residencia, pero para el desarrollo de la medicina general.

Con base en las conclusiones de reuniones subregionales auspiciadas por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM), varios países de América Latina, por el contrario, determinaron que las bases conceptuales de la medicina familiar son las mismas que deberían sustentar la formación del médico general en el pregrado y, por lo tanto, debería impulsarse una transformación global en su formación en una relación estrecha entre instituciones de servicio e instituciones de formación, que dé como resultado una transformación efectiva de la práctica médica, para lo cual se hace necesario un cambio simultáneo en la estructura de los servicios para que esta nueva práctica funcione.

La Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM) durante el primer semestre de 1979 preparó "un programa trienal 1979-1982 que pretende asumir un liderazgo en la región estimulando la formación del médico general/familiar en América Latina y el Caribe".¹² Este programa se pone en ejecución con el financiamiento de la Fundación W. K. Kellogg.

III. HALLAZGOS Y ANALISIS DE LA INFORMACION OBTENIDA

1. Marco en el cual se da la práctica de la medicina familiar en los países

En el contexto mundial y sobre todo en América Latina, la discusión sobre el tema de la medicina familiar parece envolver una serie de dudas, opiniones e hipótesis todavía no muy bien sustentadas sobre la validez o no de los programas de medicina familiar, y sobre todo en lo que toca al aspecto de formación de personal médico.

El marco en el cual se inscribe la práctica de medicina familiar en los países de las Américas es muy variado y responde por lo general a la práctica dominante de cada país.

En la mayor parte de los países latinoamericanos analizados, la práctica de la medicina familiar se inserta dentro de los programas de atención de salud de las instituciones de seguridad social. Sin embargo, hay algunas excepciones como la Argentina y Jamaica. En México, donde la práctica dominante es la institucional, y a través de la seguridad social, la medicina familiar ha alcanzado un alto grado de desarrollo dentro de esta institución. En el "Estudio Monográfico sobre Sistema Médico Familiar" publicado en 1958 por el Dr. Rubén Lavalle Argudín se explica la forma como nació este sistema de atención en el Seguro Social Mexicano, cuyos aspectos principales se expusieron en la sección de antecedentes.¹³⁻¹⁴ Como consecuencia del primer experimento en Nuevo Laredo y las posteriores experiencias en el IMSS, esta institución estableció una nueva organización de los servicios a la cual se denomina "Sistema de Medicina Familiar". Este nuevo sistema de organización, establecido con el propósito de extensión de la cobertura en la atención médica del IMSS, a la par que para racionalizar la utilización de los recursos y abaratar la atención, ha permitido, según Alárid (1984), avanzar en el logro de tales objetivos.¹³ Los médicos encargados de la atención directa a los pacientes en los consultorios de la institución se denominan "médicos familiares" y tienen asignada una población "derecho-habiente" que en la actualidad es de 2,400 por médico familiar. Hasta el 30 de septiembre de 1983 el sistema médico familiar incluye 1,454 centros organizados en la siguiente forma:

- 731 unidades de medicina familiar (UMF);
- 201 unidades de medicina familiar con hospitalización (UMFH);
- 104 hospitales generales de zona con medicina familiar (HGZMF);
- 69 unidades médicas rurales "esquemas modificados" (UMRM);
- 349 unidades auxiliares de medicina familiar (UAMF).

Valdés Durán (1983) indica que: "La operación de dichos centros descansa en 8,616 médicos familiares, de los cuales 2,013 son ya egresados de la residencia de medicina familiar".¹⁵ El resto son médicos generales no especializados o especialistas en otras ramas de la medicina, pero en función de médicos familiares.¹⁶

El médico familiar está contratado por ocho horas diarias, de las cuales seis se dedican a consultorios y dos a consulta domiciliaria. El trabajo se divide en dos jornadas, cuatro horas por la mañana y cuatro horas por la tarde. Por cada siete médicos familiares existe un odontólogo, y, por cada diez, dos trabajadores sociales. En algunos centros la consulta prenatal de bajo riesgo es atendida, a partir de la tercera consulta y hasta la penúltima antes de la fecha probable de parto, por enfermeras adiestradas al efecto y en estrecha colaboración con el médico familiar.¹⁶

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1979 inició un programa de medicina familiar en la clínica "Ignacio Chávez" del Distrito Federal con un plan experimental, y comenzó en 1980 la residencia de medicina familiar. Con los primeros egresados se fundó la clínica "Valle Aragón". El programa de medicina familiar en esta institución se reduce a estas dos clínicas. El médico familiar tiene jornada de seis horas diarias. La población se adscribe a consultorio y no al médico (450 familias por turno), el médico no efectúa visitas domiciliarias, el equipo de salud se amplía con una auxiliar de enfermería y el programa está vinculado a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).¹³

La Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) inició un programa de medicina familiar en 1981 en el Distrito Federal en unidades de atención médica con relación docencia-servicio, generalizándose luego este enfoque a todos los centros de salud de la capital en enero de 1982.

Estos programas que surgen como consecuencia de la implantación de la residencia de medicina familiar, en la actualidad se están llevando a cabo fundamentalmente en los centros comunitarios de tipo T-III-A de la Secretaría en la ciudad de México. El módulo de trabajo en estos centros

está constituido por un médico general-familiar, hasta de siete horas de contratación, una auxiliar de enfermería y un promotor de salud. El médico puede efectuar visitas domiciliarias y tiene una adscripción de 300 familias. En su mayoría, estas unidades funcionan por la mañana y de lunes a viernes.¹³

Existe en México otro programa de medicina familiar denominado "Plan Guadalupe". Este es un programa autónomo, que académicamente depende de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). El personal es pagado por la SSA o por el DIF (Sistema de Desarrollo Integral de la Familia), y el programa obtiene ayuda financiera de la Fundación Kellogg. La atención a las familias la llevan a cabo médicos residentes (de la residencia de medicina familiar), e integran el equipo estudiantes de enfermería y odontología. La adscripción por "casa de salud" (centros) es de hasta 500 familias. El residente acude al servicio por la mañana y por la tarde.¹³

En síntesis: En México, solamente el programa de medicina familiar del IMSS tiene una cobertura importante y esto sin duda es debido al cambio en la organización de la atención médica, más que a la existencia del programa de residencia de medicina familiar. Debe recordarse que solamente el 23.4% de los médicos familiares son egresados de la residencia¹⁵ (2,013 de 8,616).

Los médicos graduados de las residencias de medicina familiar en el IMSS son absorbidos en su totalidad por la institución, cosa que no sucede con los egresados de los otros programas.

De acuerdo con la información obtenida en el Brasil, no existen programas de medicina familiar como tal. Sin embargo, a partir de 1975 se iniciaron algunos programas de residencias en medicina general comunitaria en Catia, y en la actualidad existen 13 instituciones que ofrecen residencia de este tipo.¹⁷ Según lo expresado por algunos funcionarios de los Ministerios de Seguridad Social y de Educación, estas residencias equivalen a las residencias de medicina familiar de otros países; por lo cual, algunos funcionarios han sugerido el cambio de nombre.¹⁸ La medicina general comunitaria es vista como una "medicina de atención primaria de salud en donde la familia es la unidad funcional menor de la atención".¹⁹ La especialización en medicina general comunitaria, así como los programas de residencia, fueron autorizados oficialmente por el Ministerio de Educación el 12 de junio de 1981.²⁰

Como la práctica dominante en el país sigue siendo la práctica privada especializada y en las instituciones dependientes del Ministerio de Seguridad Social predomina la especialización, los médicos egresados de las residencias de medicina general comunitaria no tienen mercado de trabajo y por lo tanto la mayor parte de ellos son subutilizados o no utilizados.²¹ En las instituciones de seguridad social, que es el organismo estatal encargado de más del 40% de la atención médica oficial en el país, no existen prácticamente médicos generales.²¹

En el Perú no existe el concepto de medicina familiar, tal como se conceptualiza en los países que tienen este tipo de programas, por lo tanto no existen programas de esta naturaleza.²² Las personas entrevistadas en el país, exceptuando los directores de "segunda especialidad" (posgrado) de las Universidades de San Marcos y Cayetano Heredia, expresaron su desacuerdo con la especialización en medicina familiar y en medicina general, por considerar que es a nivel de pregrado que deben formarse los médicos generales que necesita el país. Por el contrario, los directores de los departamentos de "segunda especialidad" expresaron su acuerdo con la introducción en el país de programas de especialización en medicina familiar, por considerar que la familia debe ser la unidad de atención y los recién graduados de las universidades no están adecuadamente preparados para ello.²³ Sin embargo, la mayor parte de la atención médica en el Perú descansa en el Ministerio de Salud Pública y es ofrecida en un porcentaje mayor por médicos generales.^{22,23}

En la República Argentina existen experiencias aisladas de medicina familiar en las provincias de Neuquén y Jujuy y medicina general en el Chaco. Sin embargo, no existe hasta la fecha una decisión oficial al respecto.

A nivel del sector privado y bajo patrocinio del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC) y del Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF), se realizó el día 4 de noviembre de 1983 un seminario sobre medicina familiar en donde quedó constituido el comité promotor de la Asociación de Medicina Familiar.²⁴

En Chile no existen programas de medicina familiar y pareciera ser que los términos de médico general y médico familiar son sinónimos. El país tiene una larga trayectoria en la formación de especialistas. Como consecuencia de ello, a comienzos de la década de los 70 el 80% de los médicos eran especialistas y solamente el 20% continuaba en formación de médico general.

Según lo expresado por el Dr. Alberto Cristoffanini, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile, el primer análisis utilizado por las facultades de medicina chilenas sobre la formación del médico general en el posgrado comenzó por plantear la necesidad y justificación de un programa de educación continua en medicina general, que tendría como "objetivo" de formación lo siguiente:

- Reparar el olvido y la obsolescencia;
- Incorporar nuevos conocimientos y técnicas;
- Mejorar la capacidad operativa;
- Posibilitar la transmisión de la experiencia;
- Estimular las actividades de autoformación e investigación.²⁵

Por su parte el servicio nacional de salud, retomando este mismo enfoque, destaca como objetivo "mejorar la capacidad de resolución del médico en el nivel primario mediante la aplicación de un programa de capacitación orientado a las causas más frecuentes de consulta y principales causas de muerte en los diferentes grupos etáreos de la población".²⁵

Como características de cualquier programa de educación continua se destaca lo siguiente: que sea activo, que tenga continuidad, que pueda ser evaluado y que proporcione estímulos--"status", carrera funcionaria, reconocimiento académico, etc.²⁵

Se han planteado con respecto a la educación continua dos alternativas, aunque no necesariamente excluyentes:

- Programas de educación continua como tales;
- Programas destinados a la formación de "especialistas" o equivalentes en medicina general.

El Ministerio de Salud de Chile se ha pronunciado por la primera.

Sin embargo, desde hace varios años y en forma no muy sistemática se han desarrollado programas de formación de especialistas en medicina general, como el que desarrolla la Universidad Austral de Chile, con media jornada diaria por un lapso de cuatro años. De este programa se han graduado tres médicos.

Al contrario de lo que preconizan varios países, tales como Inglaterra, Australia y más recientemente Estados Unidos de América, Francia y otros, que consideran que el pregrado no es suficiente para garantizar un idóneo desempeño profesional en ese campo, Chile, al igual que otros países latinoamericanos, sustenta la posición que "si las facultades de medicina han alcanzado los logros que se han propuesto, todo médico cirujano titulado debe estar en condiciones de entregar idóneamente cuidados primarios (de salud). Lo anterior no invalida la necesidad de formación continua en ese campo. Muy por el contrario, la necesidad se hace claramente más visible y aparece como indispensable que ella se sistematice, que sus objetivos se precisen, y que esas experiencias de enseñanza aprendizaje contemplen alguna evaluación de sus logros".²⁶

En Panamá la medicina familiar se origina en 1976 por medio de un programa de residencia en el complejo hospitalario metropolitano de la Caja del Seguro Social, y un servicio de medicina general-familiar que a través de un comité de docencia promueve el aspecto académico de la especialidad. En 1983 se establece un programa homólogo a nivel del Hospital Rafael Hernández de la ciudad de David, en la provincia de Chiriquí, donde funciona un sistema integrado de salud.

Paralelamente, la facultad de medicina promovió la creación de un curso de medicina comunitaria y familiar dentro de su curriculum y una fase de trabajo en servicio con la comunidad, a nivel de pregrado.

Los profesores que tienen a su cargo el programa de pregrado son los mismos que dirigen y coordinan los programas de residencia en el posgrado. El adiestramiento a través de las residencias tiene, por lo tanto, el reconocimiento de la universidad.

Hasta la fecha se han graduado ocho especialistas en medicina familiar y todos han sido contratados posteriormente. Se considera que este grupo debe actuar como "grupo multiplicador, creador de incentivos y promotor de la medicina familiar y no de ampliación de cobertura".²⁷

En el Ecuador no existe actualmente práctica de medicina familiar en ninguna institución de salud del país. No se realiza formación de médicos familiares en pre ni en posgrado. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social tuvo intención de crear un programa de posgrado, pero nunca se llevó a cabo.²⁸

En el área del Caribe, la Universidad de West Indies, Jamaica, recibió en julio de 1980 un "grant" de la Fundación W. K. Kellogg, con el fin de iniciar un programa de adiestramiento de graduados de medicina familiar.

El programa tiene dos modalidades por el momento:

- Residencias a tiempo integral;
- Adiestramiento a tiempo parcial.

La modalidad a tiempo parcial es para médicos que por razones de su práctica no pueden dedicarle todo el tiempo al adiestramiento. Para ser aceptado en esta modalidad se requieren cuatro años de experiencia en medicina general o haber trabajado por tres años en disciplinas que sean parte del programa de residencia.²⁹⁻³⁰

El programa dio inicio en 1980 con un residente, quien hasta el momento es el único graduado; en 1981 ingresaron tres residentes más y en 1982 otros dos, y para 1983 se esperaba el ingreso de cuatro residentes.

La residencia dura tres años y un año adicional y optativo para la tesis. Durante el primer año dedican seis meses a medicina familiar y seis meses a una rotación hospitalaria en las especialidades de medicina interna y psiquiatría. Durante el segundo año rotan por las especialidades de ginecología, obstetricia, cirugía, ortopedia, pediatría, oftalmología y dermatología. Durante el tercer año dedican dos meses a medicina comunitaria, un mes a ciencias aplicadas, tres meses de un electivo y cuatro meses a medicina familiar. Al finalizar el adiestramiento se presentan a un examen y el cuarto año lo dedican a la preparación y presentación de un trabajo de tesis.²⁹

Una parte muy importante de la atención médica en Barbados es ofrecida, en forma privada, por "médicos de familia". De acuerdo a una encuesta realizada a 11 "médicos de familia" entre 1977 y 1978 se logró demostrar que estos médicos contribuían de manera importante a reducir la demanda especializada y hospitalaria en todo el país (cabe anotar que ningún "médico de familia" en Barbados tiene adiestramiento formal de posgrado). Los 11 médicos de la encuesta tenían experiencia práctica, que variaba desde 6 meses hasta 26 años, con un promedio de 9.7 años de práctica personal. Como consecuencia de este estudio, 52 médicos fueron incorporados como "médicos de familia" a tiempo completo.³¹

En los Estados Unidos de América la práctica familiar se inscribe dentro de la práctica privada de la medicina y de libre empresa, que es la modalidad dominante. Según McWhinney (1966), la medicina familiar surge como resultado de la presión social ante el encarecimiento de la atención médica por una parte y, por otra, como una respuesta de los médicos generales ante la pérdida de prestigio de la medicina general.³² En 1959 durante una reunión de la Asociación Médica Americana (AMA), un grupo de 10 médicos generales, miembros de dicha Asociación y de la Academia Americana de Medicina General (AAGP),* decidieron explorar la posibilidad de obtener una certificación de médicos familiares y constituyeron, con tal propósito, una organización para aplicar y obtener de la AMA el reconocimiento de la práctica de la medicina familiar como una nueva disciplina especializada.³²

Para que la AMA certifique una especialidad es necesario, sin embargo, un adiestramiento del graduado, que usualmente es de un mínimo de tres años en una residencia médica aprobada. Los médicos generales en su mayoría solo tenían como adiestramiento el internado rotatorio de un año de duración, y por tal razón desde 1956 la AMA había recomendado la formación de un comité de estudio para la práctica de la medicina general. Este último comité, que se conformó con delegados de la AMA, de la AAGP y de la Asociación Americana de Escuelas de Medicina, produjo un informe en 1959 en donde proponía un adiestramiento para médicos generales de dos años en hospitales seleccionados. De acuerdo con Geyman (1971), las bases que sustentaban estas propuestas son las mismas que después dieron origen a los programas de medicina familiar.³³ McWhinney (1966) señala que los fundadores de la especialidad de la medicina familiar encontraron necesario repudiar el nombre de medicina general** por causa de su asociación, con un tipo de práctica que es rechazado en los círculos académicos.³²

La práctica de la medicina familiar introdujo algunos cambios en la práctica médica en los Estados Unidos de América (el número de graduados sobrepasa los 60,000). Las evaluaciones hechas en algunos programas muestran que la mayor parte del tiempo que los médicos familiares dedican a la práctica se lleva a cabo en los consultorios (73-83% del

* American Academy of General Practice

** El subrayado, es nuestro.

tiempo semanal), en comparación con la situación anterior en la cual predominaba el trabajo hospitalario. Aunque la documentación básica sobre medicina familiar insiste en la importancia de la visita domiciliaria, las evaluaciones indican que esta actividad se cumple solo en una proporción muy baja (0.2-2% del trabajo semanal), en comparación con el tiempo dedicado al trabajo en el hospital (10.8-14.7%).³⁴⁻³⁸ Por otra parte, y esto debiera ser objeto de un estudio más profundo, el costo de la atención médica parece no haber variado sustancialmente.

En el Canadá, la práctica de la medicina familiar se inscribe dentro del Seguro Universal Estatal, y la mayor parte de los médicos familiares en dicho país se localizan en las áreas rurales.⁶ Esta es una diferencia importante con los Estados Unidos de América en donde los médicos familiares se encuentran principalmente en los centros urbanos y suburbanos.

2. El concepto de medicina familiar en los países analizados

Los varios autores consultados tratan de explicar las razones de tomar a la familia como la unidad de atención.³⁹⁻⁴² Otros, en cambio, hacen algún tipo de objeción ya sea al nombre,⁴³ a la práctica misma,⁴³⁻⁴⁶ o al adiestramiento del personal médico en medicina familiar como especialidad.^{43,48} Si se comparan los conceptos vertidos acerca de la medicina familiar y su práctica, no parece sin embargo haber diferencias con respecto a lo que han expresado las facultades de medicina en cuanto a la formación del médico general en el pregrado.

De acuerdo a la mayor parte de los autores consultados, la definición de médico familiar destaca los siguientes elementos:

- Sirve como médico de primer contacto con el paciente y de medio de entrada al sistema de atención de salud;
- Evalúa las necesidades totales del paciente, le provee cuidados médicos personales y lo refiere, cuando está indicado, hacia recursos especializados, preservando para sí la continuidad de la atención;
- Asume la responsabilidad de la atención del paciente en forma continua e integral, y actúa como coordinador del equipo de salud;
- Acepta la responsabilidad del cuidado total del paciente, dentro de su ambiente, incluyendo la comunidad y la familia;
- Atiende cualquier tipo de problemas, sin importar la edad y el sexo del paciente.^{1,13,41,49}

Estos elementos, presentes en las definiciones que dan los diferentes autores, coinciden básicamente con los postulados que preconizan las escuelas de medicina para la formación del médico general.

Esta misma situación se da cuando se analizan algunas publicaciones sobre las habilidades que debe poseer el médico familiar,^{13,49,50} así como las funciones que debe desempeñar,⁵¹ si se comparan con la definición y funciones del médico general, según un grupo de expertos de la OMS.⁵²

Sin embargo, quienes preconizan la medicina familiar establecen algunas diferencias entre la medicina general y la medicina familiar:

Alarid (1984) señala que:

Medicina general - "Es la atención médica individual, ocasional, episódica, discontinua, y por demanda no anticipativa. Atiende en la enfermedad con enfoque a los padecimientos. Actúa por excepción en el campo que deja el especialista. Su actividad es intramuros. Utiliza tecnología elemental. No hay evidencia de que produzca investigación. No hay médicos generales de prestigio. Sus practicantes no la promueven y evalúan. No se considera una especialidad. Se ejerce inmediatamente después de la graduación. El enfoque es individual y clínico-curativo. Es un estigma. Enfoque incompleto (biológico)".¹³

En contraste, el mismo autor indica:

Medicina familiar - "Es la atención médica al individuo en el contexto de la familia y la comunidad, en forma continua e integrada. Actúa durante el proceso de salud-enfermedad, con énfasis en la producción y conservación de la salud. Tiene un cuerpo de conocimientos propios. Su actividad es intra y extramural. Utiliza tecnología simple con métodos propios. Desarrolla investigación clínica y epidemiológica. Forma modelos en la práctica. Sus practicantes la promueven como especialidad. Es una especialidad con reconocimiento universitario. Se ejerce después de 3 años de adiestramiento. Es una actitud. Enfoque integral (bio-psico-social). Identifica riesgos y previene daños".¹³

En la revisión efectuada se encontraron autores que consignan apreciaciones similares (Geyman 1978),^{11,33} (McWhinney 1966),³² (Taylor 1983),⁴¹ (Ceitlin 1980).¹² Otros, por el contrario, no manifiestan diferencias entre una práctica y la otra.⁵²⁻⁵³

Cabe anotar, sin embargo, que estas manifestaciones teóricas no están sustentadas por estudios serios que demuestren su validez en la práctica. Los estudios de seguimiento efectuados en algunos programas de los Estados Unidos de América no analizan a profundidad el cumplimiento de estas premisas y no hacen comparación con las acciones de los médicos generales no especializados y, por otro lado, no existen estudios de seguimiento en otros países de la Región.

Sin embargo, en el IMSS (México) un estudio efectuado de la atención médica en las clínicas familiares demostró que no había diferencia entre la atención dada por los médicos familiares especializados y los no especializados,⁵⁴ lo cual haría pensar que el éxito en la extensión de cobertura se debería más a la organización de la atención que a la existencia en sí de médicos familiares.

3. Preparación y funciones de los médicos familiares

En los países analizados, en los cuales existen programas de medicina familiar, la especialización es prácticamente la regla. La especialización se lleva a cabo a través de residencias médicas con una duración que varía de 2 a 3 años, según el país.

En México y en los Estados Unidos de América, la especialización dura tres años, en el Canadá dos años, y un año adicional opcional. En el Brasil la especialización en medicina general y comunitaria dura dos años, con un año extra opcional.

En el curriculum elaborado por el IMSS en México el tiempo asignado a prácticas extra-hospitalarias constituye la mayor parte del tiempo (más del 50%); el último año es dedicado íntegramente a una práctica de servicio en el área rural.⁵⁵

El número de residencias y programas totales, para cualquier especialidad en México, es de 5,683. De estas, para medicina familiar hay 811 cupos, lo cual equivale al 14.27% del total de residencias y programas de posgrado.

Los programas de residencia en los Estados Unidos de América tienen un adiestramiento de alrededor del 70% en el área hospitalaria, y el resto en los centros comunitarios de medicina familiar.³⁴⁻³⁷

En la documentación analizada, las funciones del médico familiar son básicamente las siguientes:

- a) Mantenimiento de la salud individual y familiar;
- b) Prevención de enfermedades;
- c) Cuidado prolongado de enfermedades crónicas;
- d) Rehabilitación;
- f) Coordinación en el cuidado total de la salud incluyendo las consultas con otros especialistas de especialidades más limitadas;

- g) Utilización racional de los recursos disponibles en la comunidad para el cuidado de la salud;
- h) Ejecución de acciones terapéuticas más allá de la horas usuales de trabajo.

IV. COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

El análisis realizado muestra que el concepto de medicina familiar y sus aplicaciones es todavía un área de gran controversia. La información disponible para los países de América Latina no permite llegar a conclusiones satisfactorias, especialmente si estas han de servir como base de definiciones de política al respecto.

La revisión de la literatura sobre el tema, así como la de documentos e informes procedentes de los países sugiere, sin embargo, algunas consideraciones adicionales a lo anteriormente expuesto.

Hay argumentos y opiniones a favor y en contra de la medicina familiar, como práctica en sí y como especialización.

Quienes preconizan la especialización destacan que la medicina familiar es una disciplina académica, como cualquier otra especialidad. Se señala que las facultades de medicina no forman y no podrán formar este tipo de personal, ya que requiere ciertos conocimientos y habilidades que usualmente no se dan, ni se adquieren en el pregrado. Se indica que tales aspectos se refieren al manejo y conocimiento de ciencias de la conducta, ciencias sociales, epidemiología y administración, pero muy especialmente al conocimiento de la dinámica familiar y sus interrelaciones con el individuo y la sociedad. Por otro lado, se expresa que, para la atención de alta calidad, es necesario un período de práctica más allá de lo que proporciona el pregrado.^{12,32,33}

Existen opiniones importantes y bien fundamentadas que preconizan la formación en el pregrado de un médico con los conocimientos y habilidades que le permitan incorporarse a una práctica de medicina general organizada, tomando como núcleo la familia o grupos comunitarios. No obstante, parece haber una tendencia generalizada hacia la especialización. Esto se pone de manifiesto al estudiar el desarrollo de algunos programas de medicina general y medicina familiar en Europa, en donde la mayor parte de los países tienen especialización en estas ramas.

En los Estados Unidos de América la especialización parece tener gran importancia para el médico. Desde el momento que se decidió reconocer a la medicina familiar como especialidad, y que los egresados de ella serían los que se encarguen de "la atención primaria" en el país, se desarrollaron una serie de programas de residencia que condujeron a que en el lapso de 1972 a 1983 este tipo de adiestramiento adquiriera gran significación y que los graduados en medicina familiar constituyan uno de los cuerpos más numeroso de especialistas en el país.

Sin embargo, no todo parece estar resuelto en el desarrollo de esta especialidad. Las residencias médicas en los Estados Unidos de América se sostienen en gran parte por fondos que genera la práctica de las especialidades correspondientes. Por la forma en que trabaja la medicina familiar, no genera fondos suficientes para que, por sí sola, pueda sostener los programas de residencia en esta rama. Por lo tanto, un buen porcentaje de los fondos provienen del estado, a través de recursos federales, estatales y municipales, o bien de fundaciones como Kellogg, etc.

Hasta el momento, todos los egresados de las escuelas de medicina de los Estados Unidos de América pueden acceder a las residencias. Stephens (1983), sin embargo, ha llamado la atención sobre el crecimiento de escuelas de medicina, y por lo tanto de egresados, dentro como fuera del país (referido exclusivamente a ciudadanos norteamericanos), lo cual sugeriría una tendencia a que muchos médicos egresados se queden en un futuro no muy lejano sin la posibilidad de especialización.⁵⁶

En los países latinoamericanos analizados, el problema parecería ser aún más serio. En la hipótesis de que se continuara optando por la especialización, lo cual plantea interrogantes serios respecto a la adecuación de tales enfoques en el contexto de la realidad socioeconómica de los países, surgen claramente dudas en relación a la capacidad que tendrían los países de absorber a través de las residencias el número total de graduados. No existe relación entre el crecimiento de número de graduados y creación de nuevas residencias. Un ejemplo es el Brasil, que tiene 76 facultades de medicina que gradúan más de 8,000 médicos al año y cuenta solo con un número restringido de residencias que absorbería solo un porcentaje del 40% de la población graduada.⁵⁷ Esto con referencia a residencias de todas las especialidades. En el caso de la residencia de medicina general y comunitaria, que solo existe en 13 lugares con un número total de residentes de primer año de 68, las limitaciones serían aún mucho mayores. A este tipo de programas solo podría acceder menos del 1% de los recién graduados. El costo de incrementar estos programas sería por otra parte cuestionable en relación con las necesidades de la formación médica y de la cobertura de los servicios de salud.

Algo similar, aunque en menor escala, podría ocurrir en situaciones como la de México. El número de graduados en este país fue cerca de 50,000 en los últimos tres años.⁵⁷ El número de residencias y la capacidad instalada para programas de adiestramiento en especialidades, aun cuando es mayor, no alcanzaría a proporcionar posibilidades de adiestramiento a un porcentaje muy alto de la población médica recién egresada del pregrado. En estas condiciones, buena parte de la práctica general tendría que continuar con médicos familiares no especializados, lo cual reforzaría los argumentos de que, si las facultades y escuelas de medicina no producen el médico adecuado para la atención primaria, no sería lógico intentar corregir estas deficiencias a través del posgrado. En el fondo de toda situación en que se entrelazan y confunden aspectos de "status" y reivindicación gremial y profesional, con tendencias

- La estrategia de atención primaria está orientada a la ampliación de cobertura pero también a mejorar los servicios de salud de la población y la calidad de la atención misma. Por lo tanto, el personal médico encargado de ella debe estar preparado adecuadamente y con motivación suficiente para superarse. ¿No podría conseguirse esto a través de la educación continua y el desarrollo de la carrera del médico a través de estímulos y ascensos?

educativas y modalidades de organización de servicios, parece, sin embargo, surgir con claridad la existencia de una disociación entre las prácticas de la atención de salud y la formación médica, las cuales requerirían esfuerzos armónicos de readecuación. Los intentos unilaterales en cualquiera de estos dos campos solo contribuirían a profundizar las diferencias. Como apunta muy bien Ferreira "la rigidez en los patrones de la práctica médica son los factores que condicionan la resistencia al cambio en el interior de las escuelas de medicina".⁵⁸ Los cambios logrados por algunas instituciones no obedecen tanto a la formación de nuevo personal, como a la forma en que se organizan los servicios y se cambia la práctica médica; este es posiblemente el caso del Seguro Social Mexicano.

Los hallazgos de los análisis realizados que aquí se comentan señalan sin ninguna duda que este tema necesita estudios en mayor profundidad que permitan obtener mejores y más amplios elementos de juicio a los países y a la Organización para adoptar decisiones al respecto. Tales estudios deberían ofrecer respuestas a interrogantes tales como:

- ¿Es válido el concepto de tomar a la familia como unidad de atención?
- O ¿el individuo como unidad de atención dentro de la familia?
- O como preconizan otros ¿al individuo en forma integral y en el contexto social?
- ¿Se cumplen los postulados teóricos en la práctica de la medicina familiar?
- Si se promueve una práctica general para ampliar la cobertura y bajar los costos de la atención, ¿es válido promoverla a través de una especialización?
- En el caso que se promovieran las residencias médicas, ¿qué solución se le daría a la gran cantidad de médicos que no lograrán una especialización? o ¿es esta una forma de limitar o retardar el ejercicio profesional?
- ¿Tendrán los países de la Región la capacidad económica y de infraestructura para proporcionar especialización en medicina familiar o medicina general a la mayor parte de los graduados de las facultades de medicina?
- Si las facultades de medicina en la Región no producen el médico que necesita el país correspondiente, ¿es a través del posgrado que debe corregirse? o, en todo caso, ¿debiera aumentarse los años de pregrado? o ¿reformular los currícula de acuerdo a las necesidades de salud existentes en cada país y en colaboración con los servicios?

REFERENCIAS

1. Cárdenas de la Peña, Enrique: "Medicina Familiar en México, Historia". IMSS México, 1974.
2. Navarro R., José: "La Medicina Familiar en México" Capítulo Segundo de: "¿Qué es la Medicina Familiar?" Ceitlin, Julio, FEPAFEM/Kellogg. Editorial Arte, Caracas, Venezuela, 1980, pág. 57.
3. Residencia de Medicina Familiar. Programa IMSS, México, 1974.
4. Programa de Salud Guadalupe: Universidad Autónoma de Nuevo León, Secretaría de Salubridad y Asistencia.
5. Alárid, Humberto Jaime. "La Medicina Familiar en México", Informe OPS/OMS, 1984.
6. Mc Whinney, Ian: "La Medicina Familiar en Canada" Capítulo Tercero de "¿Qué es la Medicina Familiar?". Ceitling, Julio, FEPAFEM/Kellogg, Editorial Arte, Caracas, Venezuela, 1980.
7. Young, Paul: "La medicina familiar en los Estados Unidos de Norteamérica", Capítulo cuarto de "¿Qué es la medicina familiar?". Ceitlin, Julio, FEPAFEM/Kellogg, Editorial Arte, Caracas, Venezuela, 1980, pág. 98.
8. Citizens' Commission on Graduate Medical Education: "The Graduate Education of Physicians". Chicago, American Medical Association, 1966.
9. Meeting the Challenge of Family Practice: The Report of the Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of the Council on Medical Education. Chicago, American Medical Association, 1966.
10. National Commission on Community Health Services: "Health is a Community Affair". Cambridge, Harvard University Press, 1966.
11. Geyman, John P., "Family Practice in Evolution: Progress, Problems and Projections." The N. England J. of Med. Vol. 298, 11:593-601, 1978.
12. Ceitlin, Julio: "¿Qué es la Medicina Familiar?", FEPAFEM/Kellogg. Editorial Arte, Caracas, Venezuela, 1980, Capítulo Quinto, pág. 111-138.
13. Alárid, Humberto Jaime: "La medicina familiar en México", Informe OPS/OMS, 1984.

14. Cárdenas de la Peña, Enrique: "Medicina Familiar en México, Historia". IMSS, México, 1974.
15. Valdés Durán, José C.: "La Medicina Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social". Rev. Med. IMSS, México, 21:524-526, 1983.
16. Comunicación personal durante la visita realizada para preparación de este informe.
17. Medicina General Comunitaria. Residencias. Fotocopia anexa, Informe Brasil, OPS/OMS.
18. Comunicación personal durante la visita realizada para preparación de este informe.
19. Abbath, Guilherme: "Informe preliminar sobre medicina familiar en Brasil". OPS/OMS, 1984.
20. Ministerio de Educação, Secretario de Ensino Superior. Resolução No. 07/81. Brasília, Brasil.
21. Comunicación personal durante la visita realizada para preparación de este informe.
22. Zamora Castañeda, Rosa María: "La medicina familiar en el Perú". Informe Lima, Perú, 1984. OPS/OMS, 1984.
23. Comunicación personal durante la visita realizada para preparación de este informe.
24. Carta informativa a la representación de los Dres. Julio Ceitlin y Jorge A. Montenegro. Diciembre 20, 1983.
25. Cristoffanini, Alberto P.: "Documento base de discusión sobre programas de educación continuada en medicina general: Responsabilidades y aportes de las facultades de medicina". Mimeografiado, Chile, 1983.
26. Cristoffanini, Alberto P.: "Conceptos generales sobre formas de organizar programas de educación continuada en medicina". Ponencia para iniciar la discusión del tema en sesión de la Comisión Nacional Docente Asistencial (CONDAS), abril 1983.
27. Informe sobre la medicina familiar en Panamá. Representación de la OPS/OMS en Panamá, 1984.
28. Comunicación enviada por el Representante en el País.

29. Family Medicine University of the West Indies, Residents Handbook, Kellogg Foundation Grant 1980-83. Kingston, Jamaica, 1982.
30. Información proporcionada por el Dr. Winsome Segree, Coordinator, Family Medicine Program. Family Medicine University of West Indies, Kingston, Jamaica, 1984.
31. Hoyos, J.E. y col.: "Family Practice in Barbados". Bull. Pan American Health Organization 15:3-10, 1981.
32. McWhinney, Ian R: "General Practice as an Academic Discipline". The Lancet, febrero 1966, págs. 419-423.
33. Geyman, John P.: "Family Medicine as an Academic Discipline". J. of Med. Ed. 46:815-820, 1971.
34. Hecht, Rudolph C.: "Graduate Follow-Up in the University of Wisconsin Family Practice Residency Programs." The J. of Fam. Pract. 14:549-555, 1982.
35. Report of a Committee of Directors of Research of New York State Family Medicine Residency Programs, "Graduates of Family Practice Residency Programs in New York State". The J. of Fam. Pract. 11:753-760, 1980.
36. Ciriacy, Edward W. y col.: Graduate Follow-Up in the University of Minnesota Affiliated Hospitals Residency Training Program in Family Practice and Community Health. The J. of Fam. Pract. 11:719-730, 1980.
37. Geyman, John P. y col.: "Graduate Follow-Up in the University of Washington Family Practice Residency Network." The J. of Fam. Pract. 11:743-752, 1980.
38. Mayo, Fitzhugh: "Graduate Follow-Up in the Medical College of Virginia/Virginia Commonwealth University Family Practice Residency System". The J. of Fam. Pract. 11:731-742, 1980.
39. Curry, Hiram B.: "The Family as Our Patient". The J. of Fam. Pract., mayo de 1974, págs. 70-71.
40. Rakel, R.: "Principles of Family Medicine". Philadelphia, W.B. Saunders, 1977.
41. Taylor, R.B. y col.: "Family Medicine, Principles and Practice", New York-Heilderberg Berlin, Springler-Verlag, Segunda edición, 1983.
42. Geyman, John P.: "The Family as the Object of Care in Family Practice". The J. of Fam. Pract. 5:571-575, 1977.

43. Menkel, William T.: "The Family and Family Medicine: Should this Marriage be Saved?". The J. of Fam. Pract. 17:857-862, 1983.
44. Ramson, Donald C., y Vandervoort, Herbert E.: "The Development of Fam. Med. Problematic Trends". JAMA 225:1098-1102, 1973.
45. Schwenk, Thomas L., y Hughes, Charles C.: "The Family as Patient in Family Medicine. Rhetoric or Reality". Soc. Sci. Med. 17:1-16, 1983.
46. Stone, Robert S.: "The Family Practitioner: A Product of Orthogenesis or Natural Selection? Editorial". J. of Med. Ed. 46:813-814, 1971.
47. Petersdorf, Robert G.: "Internal Medicine and Family Practice: Controversies, Conflicts and Compromise". The New England J. of Med. 293:326-332, 1975.
48. Authier, Jerry, y Land, Trudy: "Family: The Unique Component of Family Medicine". J. of Fam. Pract. 7:1066-1068, 1978.
49. Ceitlin, Julio; Iturbe, Pedro; Owens, Tomás; de Carpio, Carmen C. y Ruiz Guzman, José: "La seguridad social y la medicina familiar". Ponencia en Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Fotocopia OPS.
50. Baker, Collin: "What's Different about Family Medicine?" J. of Med. Ed. 49:229-235, 1974.
51. Sañz Janini, José Manuel: "Funciones del médico general en el sistema de atención médica". Bol. Med. IMSS, México, 20:191-196, 1978.
52. Organización Mundial de la Salud: "La Medicina General: Informe de un Comité de Expertos". Serie de Informes Técnicos No. 267, Ginebra, 1964.
53. Organización Mundial de la Salud: "La formación del médico familiar: 11° Informe del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar". Serie de Informes Técnicos No. 257, Ginebra, 1963.
54. Comunicación personal durante la visita realizada para preparación de este informe.
55. Instituto Mexicano del Seguro Social: "Programa del Curso de Especialización en Medicina Familiar", México, 1982.

56. Stephens, G. Gayle: "Unemployed Physicians". Cont. Ed., marzo 1983, págs. 235-236.
57. Comunicación personal.
58. Ferreira, José Roberto: "Capacitación de personal para la meta de salud del año 2000: Una propuesta metodológica". Ed. Med. y Salud, OPS/OMS 17:54-68, 1983.