

Medicina familiar y general en Argentina

M. Cecilia Vallese^a y Rubén Roa^b

A diferencia de otros países, el inicio de los programas de medicina familiar y medicina general en Argentina, a través de sistemas de residencia, no se realizó en un contexto de reformas sanitarias profundas, sino más bien de políticas erráticas, vinculado muchas veces a políticas particulares de las provincias, sin definiciones claras desde el Ministerio de Salud de la Nación. En términos históricos, el Ministerio ocupó ocasionalmente su lugar de rectoría en la formación de recursos humanos.

Las primeras residencias de medicina general aparecen a mediados de la década de los años sesenta, sin mucha información sobre ellas, ya que resultaron hechos aislados y limitados en el tiempo. La primera política al respecto se da con el SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud), que comienza a implementar políticas definidas en salud, ya sea en recursos humanos como en estrategias de organización de servicios públicos. Este hecho coincide con un momento particular de la Argentina de la década de los setenta, con la vuelta del peronismo y su líder al país, pero también se limita en el tiempo debido a la fortaleza de sectores sindicales que en Argentina constituyeron durante años los sistemas de seguridad social por rama de actividad (obras sociales), a partir de las cuales veían al sector público como una amenaza. De estas experiencias surgen en varias provincias programas de formación en atención primaria de la salud, que incluyeron algunas viejas experiencias también, como las de Orán (Salta), Olavarría (Buenos Aires), San Luis, y la más conocida, la de la provincia de Neuquén, que tuvo sus comienzos en 1973¹, que pudo sostenerse frente a la inestabilidad política de la época y mantener su continuidad incluso durante la dictadura militar.

Con la llegada de la democracia en 1983, varias provincias reabren sus residencias en medicina general o rural y, con ellas, la primera residencia de medicina familiar en el ámbito privado, en CEMIC bajo la dirección del Dr. Julio Ceitlin. También por esa época, una residencia vinculada a la iglesia evangelista abría un programa similar en Neuquén.

De regreso a la Argentina, después de desempeñarse durante más de una década en organismos internacionales, los Dres. Julio Ceitlin y Jorge Galperin refuerzan la necesidad de estos modelos y les imprimen un sello académico y humanista de excelencia. Contrariaron así las políticas en el área, que en general carecían, y muchas aún carecen, de un modelo claro y preciso de formación que supere lo estrictamente biológico e incluya un abordaje bio-psico-social, y trajeron el nombre de medicina familiar como distintivo de otras políticas de formación de recursos humanos.

En la década de los noventa surgen la mayoría de las residencias de medicina familiar con esta denominación, junto con la creación de nuevos servicios de la especialidad en instituciones privadas, como el Hospital Francés y el Hospital Italiano en Capital Federal, el Hospital Privado de la Comunidad, en Mar del Plata (Provincia de Buenos Aires). Entre todas esas experiencias se debe destacar la de la Obra Social del Personal de la Construcción (OSPeCon), precursora del modelo en el sistema de la seguridad social, la que basó su política de servicios de salud en la medicina familiar para la atención de sus afiliados en todo el país a través de los CEMAP (Centros Médicos de Atención Primaria); sobre esa base asistencial se creó un programa de residencias que llegó a tener sedes en cuatro provincias ajustándose muy bien a un modelo en el cual la institución forma sus propios profesionales.

Durante los últimos años, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (MSAL) ha querido promover la APS a través de varios programas y normas: el Plan Médico Obligatorio (o Paquete Básico de Servicios de Salud) en el que se estableció que la puerta de entrada al sistema de salud debía ser el médico general o de familia, el Plan Médicos Comunitarios y el Programa Nacional de Médicos para la Atención Primaria de la Salud, entre otros. Sin embargo, escasa ha sido la ingerencia de nuestros especialistas en la toma de decisiones sobre la formulación de estos programas. El caso del Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados, también conocido como PAMI (Programa de Asistencia Médica Integral), parecido al Medicare, es una excepción, ya que históricamente tuvo «médicos de cabecera», y a partir de la presencia del Dr. Humberto Jure (ex presidente de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General, FAMFyG), se está revisando el modelo de atención, adecuándolo a la presencia de verdaderos médi-

Médicos especialistas en Medicina Familiar.

^aMédico de plante de OSPECON-Construir Salud. Argentina.

^bConsultor del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Argentina.

cos de familia, y no de especialistas que actúan como tales, lo que ha sido la constante desde la fundación de dicho instituto en 1972.

Entre los años 2003 y 2004 se llevó a cabo el primer censo de residencias de medicina familiar y general, a través del cual se identificaron 94 residencias de medicina familiar y/o medicina general que responden a 8 denominaciones diferentes. De los 94 programas existentes, 70 son de medicina general y 24 de medicina familiar pero, a pesar de esta distinción, cada vez más programas incluyen dentro de su denominación la palabra «familiar» para ser reconocidos por el público². La duración de los programas para la formación de residentes en la especialidad varía entre 3 y 4 años. No todos cuentan con un servicio asistencial que los respalde, aunque en la gran mayoría, los docentes son médicos de familia y generalistas. Para la misma época, datos del MSAL indicaban que la cantidad total de cargos de residentes de medicina familiar y medicina general en todo el país ascendía a 876³.

Aunque con diferente intensidad, la medicina familiar ha podido insertarse en los tres subsectores de salud (público, privado y de la seguridad social). Sin embargo, este crecimiento, que había sido constante desde fines de la década de los ochenta, hoy se encuentra en una meseta que responde a varios intereses que escapan a la discusión de este artículo. Si bien, la medicina familiar en la Ciudad de Buenos Aires siempre ha estado presente en el ámbito privado, esto no es lo habitual en el resto del país, donde en algunas provincias ya estaba insertado en el sistema público desde la formulación de sus programas sanitarios.

En Argentina hay un total de 25 facultades de ciencias médicas o escuelas de medicina, 10 pertenecientes a universidades públicas y 15 privadas. Sólo en 17 de estas facultades se dicta la carrera de medicina. De ellas, sólo 4 incluyen la medicina familiar con el departamento o las cátedras correspondientes; entre ellas, la Universidad de Buenos Aires la ha introducido como parte del currículo de la carrera desde el año 1993, primero como materia opcional y luego como materia obligatoria en todos los planes de estudio, pero con una carga horaria bimestral por razones de volumen estudiantil. En esta facultad, en 1994, el Consejo Directivo aprobó un proyecto por el que se crea el Departamento de Medicina Familiar, del que dependen varias cátedras que continúan enseñando la materia hasta la actualidad. El resto de las facultades, excepto una, incluyen en sus planes de estudio alguna forma de introducción de herramientas en APS con cargas horarias totalmente disímiles. Algo sorprendente es que la única facultad que no cuenta con ningún acercamiento a la medicina familiar desde su plan de estudio (Universidad Católica de Córdoba) es la misma que en su misión plantea querer «formar médicos dentro de la APS y que estén capacitados para enfrentar la medicina general, la especialización y la docencia e investigación».

Los títulos de especialistas son expedidos por varias entidades: el Ministerio de Salud de la Nación, los ministerios

provinciales tienen autonomía para hacerlo, y también las universidades. En otras especialidades médicas, las asociaciones científicas respectivas tienen autoridad y habilitación para hacerlo, pero éste no es aún el caso de la medicina familiar. El Ministerio de Salud reconoció la medicina general y/o medicina de familia mediante una resolución ministerial en el año 1996, gracias a la gestión del Dr. Jorge Galperin; ésta se perdió a fines de 2001 y fue afortunadamente recuperada en 2002, año a partir del cual se extienden títulos otorgados directamente por esta entidad.

En la actualidad, cerca de un 60% de las residencias de medicina familiar entregan un título de especialista una vez finalizado su programa², pero este porcentaje es mucho menor para las residencias de medicina general, cuyos egresados en general cuentan con un certificado de compleción del programa que les permite acceder a algún examen de certificación para obtener un título.

Entre 1984 y 1985 se crean dos sociedades que hasta hace poco tiempo agruparon a los médicos de la atención primaria: la Asociación Argentina de Medicina Familiar (AAMF) y la Asociación Argentina de Medicina General (AAMG). Tras varios intentos de mancomunar esfuerzos, en el año 2000 quedó constituida la FAMFyG, en ese momento por 14 asociaciones de medicina familiar, general, comunitaria y rural de diferentes distritos del país, varias de ellas con muchos años de trayectoria. Poco después, hizo lo propio la Federación Argentina de Medicina General conformada por otras asociaciones regionales de medicina general. Ninguna de las dos asociaciones médicas ha sido reconocida aún por el MSAL como autorizada para extender títulos de especialistas con validez nacional. En la actualidad, ambas federaciones reúnen aproximadamente 2.500 médicos de familia y generales de los cuales se desconoce realmente cuántos cuentan con título de especialista.

El Consejo de Certificación de la FAMFyG se encuentra trabajando desde hace algunos años para lograr un proceso que permita la certificación y recertificación de profesionales en la especialidad, para así asegurar la excelencia en la formación y competencia clínica de quienes han egresado en diferentes centros de posgrado. Crear un proceso que permita dirimir la competencia de los profesionales de una manera coherente, apropiada y justa está encontrando su camino a través de metodologías innovadoras, como lo es la aplicación del Examen Clínico y Objetivo Estructurado (OSCE). Para ello, la FAMFyG, como miembro de la Confederación Iberoamericana de MF (WONCA-CIMF), ha participado de la formulación de documentos técnicos, entre ellos los generados en la I Reunión Iberoamericana de Expertos de Certificación Profesional y Acreditación de Programas de Medicina Familiar realizado en Venezuela en el 2003⁴, aunque hubo antecedentes previos como la Declaración de Sevilla (año 2002).

Un importante logro como especialidad está relacionado con la concreción de un esfuerzo de muchos profesionales

para aumentar la difusión de las actividades promovidas por la medicina familiar, tanto en el país como en otros países de Iberoamérica, a través de una publicación científica con altas aspiraciones como *Archivos de Medicina Familiar y General*, que próximamente ingresará al sistema de indexación LILACS para poder ser difundida a todo el mundo.

La medicina familiar se ha desarrollado mucho en estos últimos 20 años⁵⁻¹⁵; sin embargo, a pesar de la mayor conciencia sobre la necesidad de administrar los recursos de salud de una manera más racional y equitativa que permita una mejor calidad de vida para la comunidad, los intereses generados por múltiples sectores involucrados con el sector salud y ciertas diferencias propias que no se han podido resolver hacen que este crecimiento sea cada vez más lento, hasta el punto de poder detenerse y amenazar con un retroceso. Aún se siguen repitiendo los mismos conceptos que el Documento de Ontario planteó en 1994, y refrendados en la Declaración de Buenos Aires en el año 1996.

La discusión sobre el perfil del médico de familia se ha perdido estos últimos años, y sólo se sostiene a través de listas de correo; la falta de sentido de pertenencia de muchos, sumado a la visión elitista de otros programas, no es de gran ayuda. La impronta que le ha dado a la especialidad la medicina basada en pruebas es, sin duda, una limitación para avanzar sobre otras discusiones epistemológicas y otros campos, como el de ciencias de la conducta y una redefinición de la medicina social.

Esto no constituye un tema menor, ya que es en servicios muy prestigiosos, en los que no se atiende a niños ni embarazadas (a diferencia de otras residencias en las que incluso se realizan partos), donde la medicina basada en pruebas se vuelve hegemónica, hasta un punto tal que no hace más que reforzar el modelo reduccionista en detrimento de un modelo integral.

Esta discusión quizá no sea sólo patrimonio de nuestro país, sino una discusión que la propia especialidad debiera iniciar en todo el mundo, recuperando así el pensamiento de grandes pensadores de la medicina familiar, como Ian McWhinney, John Fry, Gayle Stephens, Lynn Carmichael, Michael Balint, Barbara Starfield, Macaran Baird, Pedro Iturbe, Thomas Owens, Julio Ceitlin y Jorge Galperin. Afortunadamente, se han incorporado a esta nueva línea de pensamiento personas como Rafael Bravo Toledo, Juan Gervas, Manuel Gálvez y Luis de la Revilla, entre otros.

La especialidad debe retomar su curso, haciéndose eco de nuevos pensamientos que superen el positivismo flexneriano, que incluyan la utilización de la incertidumbre, la teoría del caos, la teoría general de los sistemas, la cibernética, los estudios de Lorenz, la teoría de la comunicación humana, la programación neurolingüística, la teoría de los juegos, la dialéctica hegeliana, la superación de modelos deterministas como el psicoanálisis o los modelos bayesianos y, sin duda, aproximarse al naciente paradigma de la

epistemología de la complejidad de Edgar Morin. Y el reconocimiento a Iván Illich, con su *Némesis Médica*, al que muchos han olvidado, y el nuevo pensamiento epidemiológico de Naomar de Almeida-Filho o Mario Testa. Sin esta discusión es poco lo que nuestra especialidad puede aportar a un mundo que ya no es el de Flexner, y su proyecto financiado por la Fundación Rockefeller, quien notoriamente financió los primeros trabajos de Sackett. El hombre, su familia, su texto y su contexto no conocen de modelos lineales, y nuestra especie abandonó la naturaleza hace millones de años, para transformarse en un ser social y generar cultura. Tener en cuenta estos conceptos y redefinir el perfil de nuestra especialidad es el único camino que puede hacernos recuperar los conceptos de Ontario: responder a las necesidades de la gente, dentro de un nuevo paradigma emergente que, sin duda, supera los artificios del modelo reduccionista y da cuenta de una nueva realidad, de modo tal que podamos afirmar que, sin lugar a dudas, nuestra especialidad tiene algo para decir, y que puede marcar la diferencia.

Bibliografía

1. Roa R. Historia de la medicina familiar en la América Latina. En: Ceitlin J, Gómez Gastón T, editores. Medicina de familia: La clave de un nuevo modelo. semFYC y CIMF 1997. p. 137-53.
2. Vallese MC, Roa R. Primer Censo de Residencias de Medicina Familiar y General en la República Argentina. Archivos de Medicina Familiar y General. 2005;1:2:25-39 [accedido 11 Jul 2006]. Disponible en: http://www.famfyg.org.ar/revista/revista_famfyg/volumen1/numero2/v1_nro2_p25-39.pdf
3. Dirección de Recursos Humanos. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación; 2003.
4. I Reunión Iberoamericana de Expertos de Certificación Profesional y Acreditación de Programas en Medicina Familiar. WONCA-CIMF Mejorando la Calidad Profesional de los Médicos de Familia en Iberoamérica. Venezuela: Documentos técnicos; 2003.
5. Horgan J. El fin de la ciencia. Los límites del conocimiento en el declive de la era científica. Barcelona: Editorial Paidós; 1998.
6. Samaja J. Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. Barcelona: EUDEBA; 1993.
7. Morin E. El método. Las ideas. Madrid: Ediciones Cátedra; 1998.
8. Juez Martel, Díez Vega FJ. Probabilidad y estadística en medicina. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 1997.
9. Álvarez Cáceres R. El método científico en las ciencias de la salud. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 1996.
10. Morin E. El método. La naturaleza de la naturaleza. Madrid: Ediciones Cátedra; 1993.
11. Maturana RH, Varela GF. El árbol del conocimiento. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1998.
12. Toffler A. El shock del futuro. Barcelona: Plaza & Janes; 1993.
13. Prigogine I. El fin de las certidumbres. Santiago de Chile: Editorial Andres Bello; 1996.
14. George S. Informe Lugano. Barcelona: Editorial Intermón Oxfam; 1996.
15. De Almeida-Filho N. La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar; 2000.