

EL MEDICO GENERAL: PRESENTE Y FUTURO

E. OTERO

Este año se cumplen 10 años de haberse celebrado en Bogotá uno de los simposios más caudalosos de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, titulado "El médico general: una respuesta al futuro"(1). Mirando, sin embargo, lo alcanzado en estos 10 años, nos damos cuenta de que ha sido bien poco, que, a pesar de las recomendaciones surgidas con el consenso de las Facultades de Medicina y de las entidades líderes de la educación médica en Colombia, la orientación de las nuevas generaciones de médicos sigue virando inexorablemente hacia el campo de las especialidades y aún de las subespecialidades, lo que pudo verse muy bien en las sesiones que sobre este tema se llevaron a cabo en Cartagena en Agosto pasado en el X Congreso Colombiano de Medicina Interna.

¿Obedece el fenómeno a causas puramente locales o nacionales, o se trata más bien de un viraje de tipo mundial que afecta la esencia misma de la orientación médica, pese a que las necesidades cada vez mayores de las comunidades desprotegidas parecieran señalar la necesidad de médicos más generalistas y menos especializados? Trataremos, brevemente, de analizar las causas del problema sin tener la temeridad de señalar cuáles pueden ser las pautas para el futuro.

como una definición-marco del médico general se acató en aquel entonces la presentada por el delegado del Canadá y a su vez emanada de la Corporación Profesional de Médicos de Quebec, que decía textualmente: "El médico general debe: a) ser un médico de primera categoría; b) asumir usualmente la responsabilidad de la continuidad del cuidado médico; c) orientar la práctica de su profesión hacia el tratamiento y prevención de enfermedades y el mantenimiento de la salud y d) poner una atención especial tanto a la personalidad del paciente como a la del ambiente en que el paciente vive". Si uno mi-

ra los móviles, muy válidos por cierto, del Seminario de 1978, patrocinado por la Fundación Kellogg, encuentra que se dirigían hacia la promoción del médico familiar, que ha constituido uno de los programas bandera de dicha fundación en la última década (2).

La tendencia, muy laudable, emana quizás de una nostalgia que se tiene por el estilo de una práctica médica que prevaleció en el país casi que pudiéramos decir desde la conquista española y se prolongó hasta bien entrada la sexta década del presente siglo. Fue la del médico general que era además amigo y consejero de la familia, que atendía a los miembros de ésta rara vez en su consultorio y más frecuentemente en su casa de habitación y que podía resolver quizás más del 80% de los problemas de salud tratables en aquel entonces.

¿Por qué desapareció ese médico? Es la primera pregunta que nos debemos hacer en este examen. Si miramos con criterio exclusivamente histórico podemos notar que es en los dos decenios, el que antecede y el que sucede a la IIa. Guerra Mundial, la época en que la medicina pasa a volverse eminentemente curativa y casi que esencialmente científica. Para unos la época arrancarí­a con el descubrimiento de las sulfas y la penicilina, accesibles al público al finalizar los años treinta, para otros, con el descubrimiento del código genético y de los cromosomas humanos a fines de los cincuenta. De todas maneras, la enorme conflagración mundial dejó tras de sí enormes avances científicos y tecnológicos que se tradujeron, además de los antibióticos, en avances notables en la anestesia, la cirugía de emergencia y la atención del trauma, en el uso racional de líquidos y electrolitos; en la importancia mayor del diagnóstico etiológico y de laboratorio frente al puro diagnóstico clínico; y en los primeros intentos de imagenología, primero con medios de contraste y después con radioisótopos que después han desembocado en las numerosas técnicas de que hoy disponemos. Lo más importante que reveló esa medicina de guerra a

Dr. Efraim Otero Ruiz: Presidente, Sociedad Colombiana de Endocrinología. Conferencia dictada en el I Congreso de Actualización para Médicos Generales, Bogotá, Septiembre 17, 1988.

mi manera de ver, fue el demostrar que era posible acortar significativamente el tiempo entre el descubrimiento científico y su aplicación al diagnóstico y al tratamiento; en otras palabras, que de una base empírica del quehacer médico se pasaba rápidamente a una medicina de la que podía decirse que, mientras más científica y tecnológica, era más efectiva.

Todo esto trajo, como era de suponerse, una rápida evolución (casi que diría yo "revolución" si el término no fuese hoy un día tan trajinado) en el estilo de la práctica médica, que rompía con todo lo tradicionalmente establecido hasta entonces: puesto que esos cuidados, equipos y laboratorios estaban más accesibles en los hospitales, públicos o privados, la medicina se fue tornando más hospitalaria que domiciliaria; y puesto que dichas facilidades se daban más en las ciudades capitales o de mayor número de recursos o de habitantes, esa medicina de mejor calidad pasó a ser privilegio de los conglomerados urbanos importantes, a donde por necesidad habían de referirse los casos complicados o que requirieran de un tratamiento más especial.

Simultáneamente, en esos decenios se observa un fenómeno que yo no podía decir si ha sido causa o efecto del que venimos analizando y es el de la rápida urbanización de las poblaciones nacionales, en nuestro país y en otras naciones del mundo y del continente. De 40% urbana y 60% rural la población pasa en 4 ó 5 décadas a ser casi 70% urbana, con la consiguiente aglomeración que obliga a que los servicios de salud urbanos se tornen más concentrados y más expeditos. Y si a ello se agrega la medicina de los trabajadores, la del seguro social y la de las cajas de previsión, que requieren del médico asalariado un procesamiento rápido de tantos pacientes por unidad de tiempo, empezaremos a comprender cómo el tipo de médico que se requería era fundamentalmente diferente de aquel a que el país se había acostumbrado por generaciones.

Indudablemente fue la educación médica la primera en darse cuenta de la necesidad de esos fundamentales cambios. Se ha hablado mucho que la orientación flexneriana de la educación médica nos llegó un poco tarde, y que fueron justamente las recomendaciones de las misiones Humphreys y Lapham y la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle las que cambiaron para siempre esos derroteros, introduciendo como piedra fundamental el reforzamiento de las ciencias básicas y la orientación

hacia la especialización como corolario. Si bien es cierto que los cambios introducidos por Flexner datan de las primeras décadas del siglo, creo que su introducción a nuestro país y al medio latinoamericano en general obedece tanto a las necesidades evocadas por los cambios arriba anotados cuanto al cambio en la formación de los médicos y especialistas que, impedidos de viajar a Europa por el conflicto, debieron buscar su formación en los Estados Unidos donde ya las orientaciones flexnerianas llevaban bastantes años de recorrido (3).

Por ello no es coincidencia tampoco que la gran mayoría de las sociedades científicas de especialistas, que forman los primeros baluartes de las especialidades, daten justamente de esos años en torno al medio siglo. Pero en el campo de las especialidades existe otro factor evolutivo que incide, a mi modo de ver, de manera directa en la génesis de las mismas y es el crecimiento exponencial y monstruoso de la información médica. Quienquiera que lea alguno de los compendios de Medicina Interna publicados de 1950 ó 60 para acá, se dará cuenta que cada capítulo constituye apenas un esbozo, someramente tratado, de las patologías atinentes a cada órgano o sistema; y que si uno se dedica a seguir las citas bibliográficas del texto en todas sus ramificaciones pronto se encuentra con bibliografías de bibliografías que harían de cada capítulo un tratado incommensurable, a cuya comprensión habría que dedicarle toda una vida de trabajo y estudio.

De suerte que el joven médico de nuestros días encuentra que lo que le dio su educación médica, los semestres vertiginosos de las clases y las prácticas recibidas en su Facultad de Medicina, es apenas un boceto, somero y esquemático, de la fisiología y la patología encaminadas al diagnóstico y tratamiento de centenares de dolencias y enfermedades. Recibe tan solo un barniz de conocimientos que muy pronto, en el año rural, en el internado o en la residencia, encuentra que son bastante inadecuados para el tipo de práctica médica que el público espera. Y muy pronto también en esos años de residencia, encuentra que el medio circundante lo va empujando inexorablemente al terreno de la especialización, que vislumbra como la única alternativa en su futuro. Sin embargo, no puede adjudicarse toda la culpa a la educación médica. Con razón José Roberto Ferreira, un experto de la Organización Panamericana de la Salud en recursos humanos, ha dicho: "La tendencia a la especialización está

fundamentalmente relacionada con la posibilidad del ejercicio en grandes centros urbanos, con una práctica predominantemente hospitalaria y con un mayor ingreso económico; es decir, que la especialización está más influenciada por el patrón de la práctica de la medicina prevalente que por la propia orientación que se dé al proceso formativo"(4).

Mencioné las expectativas del público, pues este es otro factor que se suma al problema. Debido a que, por los fenómenos arriba analizados desde hace años se viene ofreciendo en ciertos centros hospitalarios de excelencia, públicos o privados, una medicina de nivel terciario o cuaternario, científica y tecnológicamente comparable a la de los países más desarrollados; y a que, por otra parte, los medios de comunicación, escritos, hablados o televisados, continuamente exaltan los méritos de esa medicina de nivel avanzado, el público, aun aquél de los estratos más desprotegidos, espera y demanda que se le aplique una medicina de la mejor calidad.

Nuestro joven graduado se encuentra, entonces, no sólo frente a la enorme brecha informática que los nuevos conocimientos en cualquier rama de la ciencia médica le imponen, sino también, quizás más preocupante, frente a una enorme y creciente brecha tecnológica que se acentúa más con las limitaciones económicas propias del subdesarrollo. Por qué, se pregunta, si las revistas y los textos mencionan ya como cosa corriente la tomografía por emisión de positrones, o la litotripsia ultrasónica extracorpórea, o la resonancia nuclear magnética, ¿por qué esas tecnologías no nos han llegado al país? Y mientras el público, o los casos clínicos, las exigen cada vez más, el médico tiene que prepararse para tener un conocimiento, así sea somero, de esas tecnologías y una comprensión de sus mecanismos de funcionamiento. Lo mismo, a otro nivel, lo exigen también las bases fisiopatológicas de las modernas pruebas funcionales o de laboratorio.

Todas estas consideraciones las hago no tanto para justificar el porqué de la tendencia hacia la especialización sino para demostrar que la idealización, un tanto simplista, del médico general, que prevaleció hace más o menos 10 años, ya no puede sostenerse con tanto ahínco. Con razón una de las voces más críticas del seminario de 1978, la del Dr. Alvaro Velásquez de la Universidad de Antioquia, decía textualmente: "Creemos que el médico general que necesita Colombia debe ser un profesional científicamente capacitado, con amplios conocimientos en los as-

pectos científicos y tecnológicos de su profesión, el cual esté, no sólo en capacidad de comprender las causas de las enfermedades sociales y la manera de combatirlas, sino que además sea capaz de diagnosticar, tratar, controlar u orientar el tratamiento en cualquiera otra enfermedad que se le presente, con el objeto de que pueda contribuir tanto en el proceso de transformación social como en la atención de la salud que nuestro pueblo se merece" (5).

Ese médico "de primera categoría" que pedían los canadienses o "científicamente capacitado" que exige nuestro colega antioqueño no puede formarse así, a la ligera, ni puede ser un enfermero de atención primaria como se pedía, en la China de Mao, para los médicos descalzos. Tiene que ser un experto en atención primaria pero ante todo ser un médico muy bien preparado y calificado. Por eso tiende uno más a pensar en el "internista-generalista" que se ha propuesto en el seno de la Asociación Colombiana de Medicina Interna, pero que requiere de todos modos los 3 a 5 años que se exigen para su calificación como internista. Porque su función no va a ser únicamente la de orientar los casos difíciles o complicados hacia los especialistas; su función tiene que ser decisoria en la mayoría de los casos, enfocando el diagnóstico y el tratamiento como la totalidad globalizante del acto médico.

No solamente su ejercicio profesional deberá estar adecuadamente remunerado, a la altura de cualquiera de los otros especialistas, sino que además del acceso domiciliario deberá tener privilegios y conexiones con instituciones hospitalarias de calidad, a donde pueda referir aquellos casos que no puedan atenderse a domicilio o que por razones médicas o quirúrgicas necesiten la aplicación de tecnologías avanzadas. Y para estar al tanto con el rápido progreso de las mismas deberá estar expuesto a programas permanentes y periódicos de educación continuada, que den los créditos respectivos, tales como los que ofrece hoy día la misma Asociación Colombiana de Medicina Interna. Y afiliado a sistemas de información por computadora, tales como los que ofrecen hoy OFA-Colciencias y varias instituciones en el país (6).

Pero, ante todo, deberá abrirse un espacio vital adecuado dentro de la profesión médica. En otras palabras, los programas de salud deberán establecer como cosa permanente y definida la necesidad de ese internista general como médico de familia, en la forma como ya tímidamente

lo ha iniciado el Instituto de Seguros Sociales en algunos lugares del país, extendido también a las cajas privadas o públicas de previsión social o de compensación familiar y probablemente también a los sistemas privados de seguros médicos. Y mediante campañas de promoción y difusión adecuadas, los sistemas de salud deberán convencer a las comunidades de la necesidad de ese elemento médico, tan importante no sólo en poblaciones pequeñas sino en centros urbanos de gran desarrollo.

Cuando a un panel de distinguidos decanos y profesores norteamericanos les pidió hace 4 años la Asociación Estadounidense de Facultades de Medicina (AAMC) dirigir una mirada hacia el futuro para redactar el informe que se tituló apropiadamente "Médicos para el Siglo XXI" hicieron, en su introducción, una serie de reflexiones futurísticas que bien valen la pena de ser consideradas cuando pensamos qué depara el porvenir a la profesión médica (7). Dicen ellos:

1. Se prevé que los avances, tanto en el conocimiento como en la tecnología biomédica continuarán aceleradamente.

2. Las tecnologías químicas, mecánicas y electrónicas de que se dispone para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades continuará haciéndose más complejas, poderosas, efectivas y hasta potencialmente peligrosas si no se dominan bien sus usos.

3. Por consiguiente, la práctica médica que haga uso de dichas tecnologías requerirá un más alto grado de especialización.

4. Se reconocerá en forma creciente que muchos factores que determinan la salud o la en-

fermedad no están directamente influidos por los sistemas de atención de salud sino que dependen más y más de las consecuencias del estilo de vida, de los factores ambientales y de la pobreza.

5. Las comunidades necesitarán y demandarán progresivamente más consejos y ayudas de parte de los médicos y demás profesionales de la salud sobre cómo utilizar los servicios médicos para mejorar y perpetuar la salud de las personas, interactuando con la familia, con la sociedad y con las agencias públicas o privada proveedoras de salud.

Ojalá que estas consideraciones, ajustadas a nuestras realidades inmediatas y venideras, nos sirvan de reflexión para el presente y de orientación para el porvenir.

REFERENCIAS

1. ASCOFAME. El médico general: una respuesta al futuro. Bogotá, Ed. Andes, 1979; 71-37.
2. CEITLIN J, (editor). Medicina de la Comunidad. Bogotá, FEPAFEM-Fundación W.K. Kellogg ed. 1978: 7-292.
3. ANDRADE VE. La cirugía en Colombia en el Siglo XX. Cirugía 1986; 1: 99-105.
4. FERREIRA JR. Visión general de la problemática latinoamericana en formación y utilización de recursos humanos. En ASCOFAME, ed. El médico general: una respuesta al futuro. Bogotá, Editorial Andes, 1976: 47-60.
5. VELASQUEZ A. Análisis de las políticas de ASCOFAME. Posición de la comisión de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. En ASCOFAME, ed.: El médico general: una respuesta al futuro. Bogotá: Editorial Andes: 1979: 237-248.
6. INFORMED. Un Programa OFA-COLCIENCIAS. Bogotá, FEPADEM, 1980: 1-8.
7. THE GREP REPORT: Physicians for the Twenty First Century. Ed. AAMC, Washington D.C. 1984: 1-48.