

Rol del internista en los nuevos sistemas de salud

El momento de la atención primaria

JESÚS VÁZQUEZ¹

JOAQUÍN AVERVACH¹

OSCAR ALBERTO GIACOMANTONE²

¹SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA, CÁTEDRA LIBRE DE MEDICINA INTERNA
HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS DE MAR DEL PLATA

²CÁTEDRA DE MEDICINA INTERNA «A», FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Introducción

Este artículo analizará algunos aspectos de la actual situación de la atención de la salud y discutirá el rol que puede caberle al internista en los nuevos sistemas prestacionales.

En la primera parte analizaremos los factores que entendemos hacen a lo que denominamos la crisis actual de la medicina interna tradicional, evidenciada en la pérdida de su liderazgo dentro de los ámbitos asistenciales, docentes y académicos; en la pérdida de su prestigio en la sociedad como usuaria de los servicios médicos; y finalmente en el deterioro económico de quienes la practican.

En la segunda parte abordaremos la crisis actual de los sistemas de salud en algunos de sus aspectos como costos, calidad y satisfacción de usuarios. Creemos que esta crisis está fuertemente relacionada, en primer lugar, con la pérdida del médico que —con un pensamiento clínico, totalizador y científicamente fundado— actuaba como eje del sistema; y su reemplazo por la visión fragmentaria de la subespecialización y la medicina tecnológica. En segundo término, entendemos que esta crisis tiene que ver con la implementación inadecuada de las nuevas modalidades prestacionales, que apuntan a la contención del gasto y revalorizan el primer nivel de atención.

En la tercera parte consideraremos algunas de las soluciones que aporta la concepción de la atención primaria de la salud (APS), tal como fuera definida en Alma Ata, como la estrategia para el objetivo “Salud para Todos en el Año 2000”.

En la cuarta parte plantearemos algunas estrategias para la formación y reconversión del recurso humano, partiendo del modelo de la medicina interna tradicional, con el agregado de los contenidos necesarios para la atención médica primaria (AMP) y para el desempeño de un rol de gerenciamiento del sistema.

Finalmente intentaremos, en base a toda esta información, señalar las ventajas de una propuesta en la que los internistas, adecuadamente capacitados, puedan desempeñar un rol preponderante en los nuevos sistemas de salud, interés común de usuarios, prestadores y financiadores.

I. Crisis de la Medicina Interna

Una de las características inherentes a la formación en medicina interna y clínica médica (cuyas diferencias conceptuales no analizaremos en este artículo) fue el trabajo exclusivo o muy preponderante con pacientes horizontales. En los últimos años se han dado un serie de cambios significativos que han corrido el eje del trabajo del internista y el desafío intelectual de la medicina interna, desde la sala de internación al consultorio.

Algunas de las causas de esta situación son^[1]:

- cada vez mayor número de diagnósticos y tratamientos son hechos en el consultorio sin requerir internación;
- muchos pacientes son internados sólo para someterse a procedimientos indicados en el consultorio;
- gran parte de los pacientes son internados por patologías graves y/o agudas en cuidados intensivos;
- otra fracción de los internados es portadora de patologías crónicas o terminales, cuyo diagnóstico ya está hecho y cuyo tratamiento es muchas veces rutinario;
- la estadía hospitalaria tiene un costo cada vez más elevado;
- se prevé que en los próximos años las camas de cuidados intensivos se duplicarán, mientras que las camas generales se reducirán a la mitad.

Otra característica de los programas tradicionales de formación en medicina interna fue basarse fundamentalmente en la enseñanza de enfermedades —muchas veces las menos

prevalentes— descuidando la enseñanza de la metodología de solución de problemas, centrada en aquellos que mas comúnmente llevan al paciente a la consulta^[2, 3].

Paralelamente, la capacitación de internistas sufrió de una falta o superficialidad en el desarrollo de temas que hoy aparecen como fundamentales en su formación. Tanto desde la ausencia de estos contenidos como desde el «currículum oculto» —que representan los modelos docentes tradicionales—, los médicos descuidamos áreas fundamentales en la capacitación del agente de salud para el primer nivel de atención. Esta lista de contenidos no desarrollados incluye básicamente los aspectos psicosociales de la medicina —entre los que podemos mencionar entrevista clínica, educación para los cambios de hábitos de vida, interconsulta y derivación, motivos ocultos de consulta, adherencia al tratamiento, comunicación de malas noticias—; y los correspondientes al área de la epidemiología clínica —incluyendo entre otros temas la toma de decisiones basada en la evidencia, lectura crítica de la literatura, selección de métodos diagnósticos e investigación clínica—. Esta lista no se agota aquí. Áreas como la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud nunca fueron efectiva y suficientemente incorporadas a nuestra práctica. Otros aspectos fueron dejados de lado por no considerarse de nuestra incumbencia. Entre estos podemos mencionar la economía médica, los modelos de sistemas de salud, el entrenamiento necesario para el trabajo en equipo, la ética médica aplicada, el área asistencia! de la medicina del trabajo, etc.

La consecuencia de este tipo de formación fue la graduación de profesionales poco entrenados, y consecuentemente poco eficientes para la atención ambulatoria; lo que desencadenó a su vez una progresiva desjerarquización del trabajo de consultorio, haciendo del mismo una tarea muchas veces insatisfactoria o francamente frustrante, mal definida, poco reconocida y mal remunerada^[4].

Dadas estas circunstancias, muchos internistas buscaron la solución en la subespecialización. Aquellos que permanecieron dentro del espíritu de la medicina clínica, fracasaron muchas veces agobiados por una excesiva oferta de información que no sabían como jerarquizar, y por la falta de datos y conocimientos en áreas críticas para la solución de los problemas del paciente ambulatorio. Concomitantemente los usuarios comenzaron a autoderivarse a las subespecialidades. Esta situación llevó finalmente a que el clínico perdiera ante la comunidad su definido rol como médico de cabecera, cerrando así el círculo de lo que hemos denominado la crisis de la medicina interna tradicional.

En este punto creemos imprescindible aclarar que empleamos el término *crisis*, no con la concepción negativa con que suele utilizarse en estos tiempos, sino entendiendo como tal «un momento de cambio muy marcado, una dificultad o situación momentáneamente mala o difícil», tal como es definida la palabra en el diccionario^[5].

Resumiendo, algunos de los elementos que definen esta situación de crisis son:

- progresivo abandono de la utilización del método clínico como estrategia para el abordaje y solución de los problemas^[4];
- falta de docencia e investigación en Atención Primaria de la Salud^[6];
- desarrollo desmesurado de las subespecialidades^[7], ligado a la aparición de tecnologías diagnósticas y terapéuticas insuficientemente evaluadas en su eficacia^[8];
- disminución del número de aspirantes a las residencias de medicina interna, utilización de las mismas como primer nivel para subespecialización posterior, y progresiva disminución del número de profesionales que continúan ejerciendo la especialidad en los años del posgrado^[9, 10];
- insatisfacción médica; trabajo desjerarquizado y mal remunerado, escaso número de internistas exitosos que sirvan como modelo, en contraposición al creciente número de especialistas reconocidos^[11];
- creciente insatisfacción de los usuarios, que no encuentran un médico de cabecera capaz de solucionar la mayoría de sus problemas y guiarlos dentro del sistema de salud^[12];
- indefinición actual del rol del internista e incertidumbre acerca del lugar que le corresponde a la especialidad en la atención de la salud; escasa participación de los internistas en el aporte de soluciones a los problemas del sistema.

Quienes desde hace algunos años venimos observado estos inconvenientes hemos tratado de incorporar a los programas contenidos y estrategias para la solución de estas deficiencias. Estos son, fundamentalmente, la educación a través del método clínico, la epidemiología clínica, el desarrollo del área psicosocial, la medicina preventiva y la promoción de la salud.

A través de la adquisición de estas actitudes y aptitudes, el médico de atención primaria podrá actuar como un verdadero gerenciador del sistema, recuperando su rol preponderante de guía del paciente dentro del mismo.

II. Crisis de los Sistemas de Salud

Analizaremos la crisis actual de los sistemas de salud desde la óptica de la posible participación del internista en su solución.

Muchos de los aspectos de esta crisis se imbrican con la crisis de la medicina interna tradicional en cuanto a la falta de recurso humano capacitado para la atención de la salud en el primer nivel y la falta de los datos epidemiológicos necesarios para guiar las acciones dentro del

mismo. A nuestro criterio no pueden dejar de mencionarse como consecuencias de esta situación la baja calidad de la prestación en el primer nivel, el aumento desmesurado e inefectivo de los costos y la creciente insatisfacción de los usuarios^[13, 15].

Hace algunos años, cuando el incremento de los conocimientos y el desarrollo tecnológico comenzaron a acelerarse, hubo un notable aumento de la eficacia de la atención médica, evidenciable a través de variables concretas como el aumento de la expectativa de vida al nacer y la disminución de la mortalidad infantil. Es importante señalar que los primeros grandes cambios dependieron, fundamentalmente, de progresos en áreas no estrictamente médicas, como el saneamiento ambiental y la disposición de excretas^[16]. Posteriormente otros adelantos, más estrictamente médicos, como la vacunación, y luego la antibioticoterapia, tuvieron también un gran impacto. A pesar del importante aumento de los gastos que representaron estas innovaciones, todas ellas fueron acompañadas de una gran satisfacción de los usuarios.

Sin embargo, este rápido desarrollo no tardó en llevar a una deformación en la atención médica, alentada por el vertiginoso progreso tecnológico y por las presiones económicas de un mercado en expansión, que colocó a la industria de los métodos complementarios de diagnóstico y a la de los medicamentos en el tope de los negocios rentables.

Debido a esta nueva concepción, la medicina interna giró hacia la subespecialización y el hospitalocentrismo, y puso sus expectativas no ya en el método clínico, basado en el método científico con su planteo de hipótesis, sino en los resultados de estudios complementarios y en la utilización de métodos terapéuticos de utilidad muchas veces insuficientemente evaluada^[8, 17, 18].

Esta situación llevó a una distorsión de la práctica médica: el exceso de diagnósticos y tratamientos. Desde hace más de una década, un número cada vez mayor de pacientes es sometido a múltiples estudios que disminuyen escasamente la incertidumbre diagnóstica o solo añaden hallazgos inespecíficos o redundantes. Paradójicamente, cada vez más pacientes reciben tratamientos innecesarios o ineficaces. Estos pacientes han comenzado a recorrer los consultorios con un nuevo problema, derivado no de la falta sino del exceso de estudios y tratamientos. Esto nos ha llevado a describirlos como pacientes sobrestudiados y sobretratados, sin que de ello se derive la solución de sus problemas; en la jerga de las presentaciones de problemas con los residentes, pacientes «del changuito», haciendo referencia a que frecuentemente necesitan algún medio —carpeta, bolso, exageradamente un changuito— para transportar sus estudios y medicaciones.

Es necesario señalar que el desarrollo de esta desmesura diagnóstica y terapéutica llevó, paralelamente, a una situación de injusticia para gran parte de la población que no puede acceder a muchos servicios básicos, dado que el recurso en salud se despilfarra en la adquisición de tecnologías en cantidades excesivas, o bien francamente innecesarias.

Esta situación, sumada a la prolongación de la vida en muchas enfermedades crónicas, al envejecimiento progresivo de la población, a la aparición de nuevas patologías y finalmente al ejercicio de una medicina defensiva, llevó a un aumento desmesurado de los costos en salud^[20].

El problema de los costos puede sintetizarse hoy en el hecho de que proveer todo lo que se pida o existe, cueste lo que cueste, sirva o no^[21] es absolutamente imposible desde el punto de vista económico en cualquier sistema de salud, independientemente del grado de desarrollo del país o institución a cargo del programa; sin contar con las secuelas de iatrogenia, etiquetamiento y angustia^[22] que traen aparejadas este tipo de conductas.

Los siguientes datos servirán para ejemplificar estos conceptos: en 1992 el gasto en salud de los Estados Unidos fue del 14 % del producto bruto nacional (mayor que la suma del gasto en defensa y educación). De acuerdo a la tendencia actual, se ha calculado que en el año 2076 el gasto en salud sería del 100 % del producto bruto nacional. Otro dato interesante es que casi el 40 % de los gastos médicos se consumen en el último año de vida, y de estos el 28 % en los últimos tres meses^[21].

Obviamente, este aumento desmedido de los costos, sin un aumento proporcional de los beneficios para los usuarios, se acompañó de una creciente insatisfacción; evidenciable, entre otras cosas, por la desconfianza y el aumento de los juicios a profesionales de la salud. Esta insatisfacción de los usuarios fue seguida poco más tarde por una importante insatisfacción de muchos médicos, angustiados por el desprestigio de la profesión, la pauperización de sus ingresos y también por su dificultad para encontrar soluciones a esta situación. Algunos de estos prestadores tuvieron reacciones como el desarrollo de la medicina defensiva y la adherencia a seguros de mal praxis. Finalmente los financiadores se sumaron a la lista de disconformes, acuciados por las presiones de los usuarios y el aumento de los gastos, y respondieron con medidas como el recorte de servicios, el desarrollo de barreras burocráticas para la atención, etc.

Estas estrategias implementadas como respuesta a la situación de crisis del sistema de salud, podrían definirse de algún modo como «paliativas». Debemos tener en cuenta lo inadecuado de emplear estrategias paliativas en una afección potencialmente curable y de pronóstico sumamente grave librada a su evolución.

Consideramos que las siguientes actitudes —algunas de ellas ya mencionadas— son ejemplos claros de estrategias «paliativas»:

por parte de los Financiadores o Pagadores

- barreras de acceso, burocratización del sistema (tumos diferidos, autorizaciones, papelería complicada para desalentar la utilización, etc.);
- capacitación no proporcionada a los recursos;
- reducción indiscriminada de los gastos;

- captura de la demanda con ofertas desvinculadas de la calidad (equipamiento tecnológico indiscriminado, sistemas de ambulancias, etc.);
- normativas taxativas en función del gasto financiero con poca participación de criterios científicos;
- trabas arancelarias;
- descuido de la calidad.

por parte de los Usuarios

- juicios de mal praxis;
- definición de un perfil erróneo del médico socialmente más necesario;
- impugnación y desconfianza hacia los profesionales médicos;
- subutilización del primer nivel de atención;
- autoderivación, con exceso de demanda de especialistas.

por parte de los Prestadores

- subprestación en los sistemas capitados;
- sobrestación, sobreutilización de métodos diagnósticos y terapéuticos, y «retorno» en los sistemas de pago por acto médico;
- subespecialización, compra indiscriminada de tecnología diagnóstica y terapéutica;
- consecuente encarecimiento desmesurado de las prestaciones;
- aceptación de las estrategias paliativas de pagadores y financiadores;
- medicina defensiva.

Tal como las hemos definido, la utilización de estas estrategias «paliativas» no conducirá a reformas substanciales y sostenibles en los sistemas, y por ende tampoco a la solución de la crisis mencionada.

Como contrapartida, afirmamos que existen estrategias «curativas», algunas de las cuales son:

por parte de los Financiadores y Pagadores

- jerarquización del primer nivel de atención, utilización de recurso humano adecuadamente capacitado;
- participación en la capacitación del recurso humano;
- gerenciamiento del sistema a cargo del médico de atención primaria;
- adecuados sistemas de capitación;
- planificación del equipamiento en recursos de diagnóstico y tratamiento;
- normativas de diagnóstico y tratamiento consensuadas y científicamente fundadas;

- adecuada auditoría.

por parte de los Usuarios

- revalorización del médico de cabecera;
- educación para la salud;
- coparticipación responsable en los gastos;
- participación comunitaria en los sistemas de salud, la universidad y los colegios de profesionales.

por parte de los Prestadores

- cambio curricular, capacitación adecuada para la AMP y el gerenciamiento del sistema;
- participación en la organización del primer nivel de atención;
- certificación y recertificación;
- participación en el diseño de las normativas;
- revalorización del perfil del médico de cabecera, aumento del número de clínicos, generalistas, internistas generales o médicos de familia.

Existen pues, en la actualidad, necesidades comunes a todos los sectores involucrados en la salud.

Es posible que en este momento nuestro conocimiento haya alcanzado una comprensión más global de esta problemática, que permita optimizar el aprovechamiento de los recursos, mejorando la ecuación costo/efectiva y por ende la satisfacción de todos los involucrados, en otra vuelta cíclica de desarrollo y síntesis. Esta necesidad común tiene mucho que ver con la organización de la atención primaria de la salud.

En estas circunstancias, es importante que los médicos nos incorporemos al debate de los aspectos económicos de la atención de la salud, y abogemos por un uso racional de los recursos a través de herramientas como los consensos y las normativas, sumadas a un verdadero rol de gerenciamiento del sistema desde el primer nivel de atención^[23]. Si los prestadores no asumimos la responsabilidad de sumamos a la búsqueda de soluciones a la crisis económica del sistema, lo harán aisladamente otros sectores —presumiblemente los financiadores— con una concepción probablemente mucho mas parcial del problema^[24].

Una serie de trabajos han observado las diferencias entre los médicos de atención primaria y los subespecialistas, encontrando que los primeros —manteniendo la calidad de la asistencia^[23]— disminuyen los gastos^[26]. Entre otras cosas, los médicos de atención primaria

solicitan menos estudios por consulta^[26], realizan mejores derivaciones^[27], internan en menos oportunidades^[28] y brindan una atención mas continua y global^[30, 31]. Otros estudios han señalado que los subespecialistas se desempeñan muy bien en su área específica, pero que fuera de esta su eficacia disminuye^[29].

Sin duda, este nuevo rol de gerenciador del médico de atención primaria —en el sentido de administrador y coordinador— es un elemento fundamental en la solución de la crisis del sistema.

III. Atención Médica Primaria

Si bien la concepción de Atención Primaria de la Salud existe desde los primeros tiempos de la medicina, en este trabajo enfatizamos la importancia que la misma ha adquirido a partir de la declaración de Alma Ata, en 1978^[32], en la que se la señaló como la herramienta fundamental para lograr el objetivo "Salud para todos en el año 2000". En nuestra opinión la demora en el logro de este objetivo no se debe al fracaso de la filosofía de la APS, sino a las dificultades con que ha tropezado la implementación de sistemas realmente basados en sus características.

La APS, según la definición de OMS-UNICEF en Alma Ata, es «la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad —mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar— en todas las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria».

Las características de de la Atención Primaria pueden resumirse en que la misma sea^[16]:

- integral, en cuanto a la concepción biopsicosocial de la salud y la enfermedad y en cuanto a que debe incluir la promoción de la salud y la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad;
- accesible, o sea fácil y rápidamente disponible, con la máxima eliminación de barreras;
- continuada, en cada circunstancia de atención y a lo largo de la vida de los pacientes;
- responsable, en tanto el equipo de salud debe tener una actitud de servicio y estar comprometido con el logro de los resultados planteados;

- participativa, ya que el paciente y la comunidad deben ser parte activa en su planificación, ejecución y supervisión;
- programada y coordinada en el trabajo dentro del equipo de salud, e integrada en un sistema;
- docente e investigadora en su área específica.

La APS requiere sin duda del trabajo de un equipo interdisciplinario. Dada la escasa experiencia en modelos realmente interdisciplinarios en nuestro medio, este trabajo, escrito como un aporte desde la medicina interna, se refiere en especial y como punto de partida, a las características del accionar del profesional médico del equipo —Atención Médica Primaria—.

A lo largo de los últimos años han surgido una cantidad de mal entendidos respecto a la AMP. Existe confusión entre AMP y medicina económica, básica o sin recursos; hay quienes hacen sinónimo al médico de familia, al generalista y al internista general con el «todólogo», muchas veces definido como aquel que aprendió un poco de mucho y no hace bien nada, o peor aún, con aquel que nunca se capacitó en el posgrado. Por otra parte, hay quienes sostienen que la capacitación actual del internista es suficiente para su adecuado desempeño en el primer nivel de atención.

Volveremos sobre el perfil del profesional capacitado para la AMP cuando comentemos —en la siguiente sección— las estrategias para la formación del recurso humano. Intentaremos ahora aclarar las diferencias cualitativas que existen entre la atención ambulatoria tradicional, llevada a cabo en un consultorio de clínica médica y la AMP; diferencias que enumeramos sintéticamente en la siguiente tabla^[16, 34]:

Atención Ambulatoria

- tratamiento de enfermedades
- cuidado ocasional
- tratamiento de problemas biomédicos
- especialistas y subespecialistas
- exclusivamente médicos
- recepción pasiva de la atención
- control profesional exclusivo
- sector salud aislado

Atención Médica Primaria

- promoción de salud, prevención y tratamiento de enfermedades

- cuidado continuo
- cuidado biopsicosocial
- generalistas, internistas generales, médicos de familia
- trabajo en equipo interdisciplinario
- responsabilidad del paciente el médico y el sistema
- participación comunitaria
- colaboración intersectorial

IV. Formación del Recurso Humano

Como hemos mencionado, muchas de las actitudes y aptitudes necesarias para el médico del primer nivel no se adquieren a través del curriculum explícito ni a través de los modelos docentes de nuestro actual sistema educativo. El cambio curricular desde el pregrado supone el contacto temprano de los estudiantes con los problemas de la atención primaria, tal como está sucediendo en otras partes del mundo. Este es también un elemento clave para el aumento del número de aspirantes a los posgrados en atención primaria^[35, 37]. Otro elemento relevante es la existencia de un importante mercado de trabajo para este recurso humano una vez capacitado^[38]. Sin querer dejar de mencionar estos aspectos fundamentales para el éxito en la capacitación de los médicos para la atención primaria, nos centraremos en la discusión de los aportes que pueden hacerse desde la educación médica de posgrado.

Existe cierta indefinición en la utilización de los términos «médico de cabecera», «internista general», «generalista», «médico de familia», «clínico», «médico de atención primaria», etc. Esta confusión, en apariencia sólo semántica, revela cierto desconocimiento o superficialidad, que ha tenido su correlato en algunos intentos de formación de recursos humanos en manos de docentes no capacitados, sin inclusión de las temáticas centrales de la AMP y dentro de sistemas no coordinados. Este ha sido sin duda uno de los factores en el fracaso de la efectiva implementación de sistemas de APS, y también del desprestigio que esta modalidad de trabajo ha adquirido en algunos ámbitos.

Debemos mencionar aquí que existen varias propuestas con contenidos algo diferentes respecto a las características y el accionar de estos profesionales de la salud, que surgen de las experiencias tanto dentro como fuera del país. Aquí abordaremos lo que hace a la capacitación común a todos los médicos para la atención primaria, soslayando la discusión acerca de los contenidos específicos de cada una de las modalidades que se han propuesto: internistas generales, médicos de familia o generalistas. Creemos que la modalidad a adoptar debe ser definida en y para cada sistema, teniendo en cuenta elementos clave como las características

regionales, la idiosincrasia de los usuarios y los recursos económicos, docentes y asistenciales ya existentes.

En los Estados Unidos la capacitación en lo que dio en llamarse Medicina Interna General, recién fue oficializada con la creación de un área de Práctica General dentro de la Asociación Médica Americana en 1946. Un estudio de los departamentos de medicina de 123 facultades de los Estados Unidos mostró que en 1970, solo un 5 % tenía divisiones de Medicina Interna General, mientras que en 1990 el porcentaje llegaba al 99 %^[39]. Ya para entonces, las residencias de Medicina Interna Tradicional o Categórica habían comenzado a incluir en sus programas muchos de los contenidos y actividades de la atención primaria.

En cuanto a los médicos de familia, estos comenzaron a formarse en los Estados Unidos en la década del 40. Sin embargo, las estructuras académicas se opusieron en ese momento a que el gobierno financiara programas de residencia en medicina familiar, y estos esfuerzos fueron discontinuados por falta de recursos. La medicina familiar solo fue reconocida como especialidad en 1969^[40].

En nuestro país los primeros desarrollos tuvieron lugar en el ámbito de la medicina familiar y la medicina general. En la provincia de Neuquén funciona a partir de 1974 una residencia de medicina general con orientación rural, que se integró durante muchos años en forma eficaz al sistema de salud provincial.

En 1985 el CEMIC organizó un posgrado en medicina familiar. También en la década del 80 se crea la Asociación Argentina de Medicina Familiar, y aparecen residencias de medicina familiar en distintas provincias, entre ellas Salta —donde hubo un importante desarrollo en Orán desde 1987—. A partir del año 90 se abrieron residencias de medicina familiar en varios hospitales de la Capital Federal, como el Hospital Francés y el Hospital Italiano de Buenos Aires, y en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata^[41].

El Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires cuenta, desde 1986, con un programa de Medicina Interna General. La Sociedad Argentina de Medicina Interna General fue creada en 1989^[33].

Estos ejemplos no agotan en absoluto la lista de experiencias argentinas en la formación de recurso humano para la atención médica primaria. En los últimos años otros hospitales privados y del ámbito estatal han desarrollado residencias de este tipo, con diversos grados de éxito. Varias facultades de medicina, públicas y privadas, han desarrollado cátedras relacionadas con la atención primaria de la salud. Las sociedades de Medicina General, Medicina Interna General y Medicina Familiar son hoy núcleos organizados y activos cuyo número de miembros está creciendo año a año. Estas sociedades organizan sus congresos anuales, llevan a cabo diferentes actividades de formación, y han comenzado a desarrollar tareas de investigación en el ámbito de

la atención primaria. Hasta la fecha, sólo ha sido reconocido, en algunas provincias, el título de especialista en Medicina Familiar.

Independientemente de la definición última de las incumbencias de este profesional para la atención médica primaria, su perfil general puede definirse de la siguiente forma^[7, 16]:

- es capaz de funcionar como médico principal o médico de cabecera de sus pacientes;
- brinda una atención personalizada;
- tiene una visión totalizadora del paciente (enfoque biopsicosocial);
- sabe tratar adecuadamente los problemas de la práctica diaria de pacientes adultos, gerontes y adolescentes;
- actúa como coordinador primario, sirviendo de consultor al especialista y consultándolo cuando es pertinente;
- juzga su función no sólo en términos curativos sino también en términos de rehabilitación y prevención de la enfermedad y promoción de la salud;
- considera en su actuación la relación costo/efectividad;
- encuentra gratificación intelectual, afectiva y económica en su tarea;
- es capaz de trabajar integradamente dentro de un equipo interdisciplinario.

Creemos que en una primera etapa y en nuestro país, dada la experiencia y el recurso humano existente, los candidatos a hacerse cargo de la AMP de los pacientes adultos deben reunir, por un lado, los contenidos básicos de la enseñanza de la Medicina Clínica —redimensionando el énfasis en algunas áreas pero manteniendo fundamentalmente la utilización del método clínico basado en el método científico—; y por otro lado incorporar los contenidos de la capacitación en APS. Aunque pueda resultar repetitivo, queremos volver a señalar que en la enseñanza de la medicina interna se ha conservado y continuado desarrollando el método clínico como herramienta metodológica fundamental, siendo esto lo que marca hoy por hoy la diferencia básica con la enseñanza de la mayoría de las subespecialidades.

La estrategia de capacitación debe dar una respuesta práctica a la necesidad de formación del profesional requerido, partiendo del aprovechamiento del recurso existente (docente y asistencial), al que debe transformar y mejorar en tiempos acotados, continuando luego con un esquema de educación médica continuada ligado a la recertificación.

A nuestro entender, existen en la actualidad dos modalidades para la formación, desde el inicio, del médico para la APS: una residencia de clínica médica con especial énfasis en atención primaria; o bien una maestría posterior.

Como algunas estrategias generales, una residencia que pretenda formar recurso idóneo para la AMP debe incluir menos rotaciones por salas de subespecialidades, aumentando significativamente el tiempo programado en consultorios, con seguimiento continuo de pacientes propios^[2]. La actividad debe incluir básicamente entrenamiento en la estrategia de solución de problemas^[2, 3, 42, 43], con especial énfasis en los problemas ambulatorios más prevalentes, incluyendo tópicos de dermatología, ortopedia, urología, salud mental, ginecología, etc. También deben incorporarse actividades de entrenamiento en los aspectos psicosociales de la APS^[44], así como en medicina preventiva y promoción de la salud^[35]. La epidemiología clínica debe ser un área importante en la formación del residente, creando el hábito de la toma de decisiones basada en la evidencia^[45, 46] y el hábito de la investigación clínica. La incorporación de estas actividades y contenidos requiere de una prolongación de al menos un año en la duración de la residencia.

Las maestrías, similares a los modelos existentes para las residencias de segundo nivel, constituyen sistemas ideales de formación de recurso, con intensa carga horaria y retención de título durante la totalidad o parte de su duración. Sus actividades y contenidos son los mismos que se señalan para las residencias, pero en forma más exclusiva.

En la actual situación es necesario señalar que —dada la necesidad de contar con el recurso médico para el primer nivel de atención en un lapso acotado— los tiempos que demandan estos sistemas pueden resultar excesivamente largos. El Consejo de Educación Médica de Posgrado de los Estados Unidos estableció en 1992 que un objetivo inicial razonable sería contar con un 50 % de los médicos para la atención primaria^[47, 48]. Sin embargo, aun si el 100 % de los graduados hubiera comenzado a optar en 1993 por una capacitación de tipo generalista, este porcentaje del 50 % no se alcanzaría hasta el año 2004^[49]. Otro aspecto a considerar desde el punto de vista ético gremial, es el destino de los graduados que quedarán fuera del sistema. Por todas estas razones es necesario desarrollar cursos de formación de posgrado, tendientes a reconvertir el recurso médico existente.

Los cursos de especialización admiten varias modalidades, pero todas ellas deben estar fuertemente integradas a la práctica cotidiana, incluyendo educación en servicio, discusión de casos problema, tutorías personalizadas y modalidades de educación abierta para los aspectos teóricos. El cambio y/o adquisición de conductas y actitudes que implica el verdadero aprendizaje requiere de una participación activa del educando en actividades prácticas de solución de problemas. Otras estrategias más informativas, como las actividades teóricas presenciales o la educación a distancia, tienen mayor utilidad en los sistemas de educación médica continuada, ligados a la recertificación.

Entendemos que los siguientes contenidos son esenciales en cualquier tipo de plan para la capacitación de este recurso humano^[14, 50, 52]:

- entrenamiento en la solución de los problemas de consulta prevalentes (incluyendo problemas dermatológicos, ortopédicos, gineco-obstétricos, de salud mental, etc.);
- cuidado longitudinal (a lo largo de los ciclos vitales, desde planificación familiar hasta los cuidados terminales), con visión global (bio-psicosocial) y personalizada;
- historia clínica orientada al problema;
- énfasis en promoción y educación para la salud y en prevención de la enfermedad, incluidos en la consulta habitual;
- formación en epidemiología clínica (investigación, análisis crítico de la literatura médica, método clínico, toma de decisiones basada en la evidencia, selección de métodos diagnósticos, etc.);
- contenidos, destrezas y actitudes del área psico-social (paciente funcional, comunicación de malas noticias, adherencia al tratamiento, entrevista, enfermedades sociales, etc.);
- capacitación para la interconsulta y el trabajo interdisciplinario;
- contenidos de sistemas de salud y economía médica;
- ética médica aplicada (consentimiento informado, cuidados terminales, planificación familiar, etc.);
- destrezas en informática médica (historia clínica electrónica, bases de datos, estadísticas epidemiológicas básicas).

El desarrollo completo de los contenidos bosquejados constituye el curriculum básico en la capacitación de este recurso humano.

Conclusiones

La crisis de la Medicina Interna y de quienes la practican, las urgentes necesidades de los sistemas de salud de adecuar los costos manteniendo la calidad, así como la necesidad de los usuarios de volver a contar con un médico de cabecera, tienen una propuesta de solución eficaz en el modelo de la Atención Primaria de la Salud. Creemos que la efectiva puesta en práctica de este modelo favorecerá a todos los grupos interesados.

Los clínicos o internistas obtendrán muchos beneficios: mejorarán su capacitación para dar solución a los problemas de sus pacientes, aumentando así su campo laboral y reafirmando y rejerarquizando su rol profesional. Tendrán así un mayor prestigio, entendido como el reconocimiento social a una tarea necesaria y bien llevada a cabo; y consecuentemente una

mayor satisfacción personal y económica. Finalmente, podrán aportar activamente desde la docencia y la investigación a la mejora de los sistemas.

Los sistemas se beneficiarán gracias al gerenciamiento que llevan a cabo los médicos de atención primaria, optimizando la utilización de los recursos a través de una contención inteligente y una mejor distribución del gasto, preservando la calidad, y manteniendo o aumentando la satisfacción de los usuarios.

Los usuarios, por su lado, recuperarán la figura de un médico de cabecera capaz de dar solución a la mayoría de sus problemas de consulta, y a la vez de orientarlos y guiarlos dentro del sistema de salud.

A partir del diagnóstico de situación esbozado en la primera parte de este trabajo, entendemos que surge claramente la necesidad de priorizar la formación de un médico para la atención primaria, a través de las estrategias que hemos planteado. Resumiendo una vez más el perfil del recurso humano necesario para la AMP, diremos que es aquel médico con una visión totalizadora de la salud y la enfermedad, capacitado para desempeñarse como gerenciador del sistema, que actúa con calidad científica y brinda una atención comprehensiva, en el nivel primario de atención, encontrando satisfacción intelectual, emocional y económica en la tarea.

Hemos tratado de demostrar aquí que la implementación de la atención primaria, a cargo de un recurso humano adecuadamente capacitado, contribuirá a la solución de la actual crisis de la atención de la salud, que involucra tanto a los pacientes como a los médicos y a los financiadores.

Bibliografía

1. PEREZ-STABLE EJ: Atención Medica Primaria y Atención Medica Gerenciada. Ingredientes para la Reforma del Sistema de Salud en EEUU. Conferencia dada en el 5to Congreso Internacional de Medicina Interna del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina.UBA, 1994.
2. VAZQUEZ J, AVERBACH J: Propuesta Pedagógica y Orientación de la Enseñanza para la Residencia de Clínica Medica del Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata. 1986.
3. BERGOGLIO R: Las etapas del acto medico: metodología científica y estrategia pedagógica, en Infectología Razonada, en Ed. Panamericana: Infectología Razonada. 1982.
4. VAZQUEZ J, AVERBACH J: Educación médica de posgrado. Sistemas de especialización. Presentado en el 2º Congreso Inter-Universitario Argentino de Medicina Interna. Rosario, 1987.
5. MOLINER M: Diccionario de uso del español, Madrid, Gráficas Cóndor; 1986.
6. FRIED RA: Prevention in medical education: an uncertain future. J Gen Intern Med 1990;5 :S 108-11.
7. INSTITUTE OF MEDICINE. NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES. A manpower policy for primary health care. 1978.
8. RUTTEN FF, BONSEL GJ: High cost technology en health care: a benefit or a burden? Soc Sci Med 1992;35:567- 77.
9. LINZER M, SLAVIN T, MUTHA S, ET AL: Admission, Recruitmen, and retention: Finding and keeping the generalist-oriented student. J Gen Intern Med 1994;9:s14- s23.

10. ANDERSON R, LYTTLE C, KOHRMAN C, LEVEY G, CLEMENTS M: National study of internal medicine manpower: XIX. Trends in internal medicine residency training programs. *Ann Intern Med* 1992; 117:243-250.
11. LEWIS CE, PROUT DM, PREWITT CHALMERS E, LEAKE B: How satisfying is the practice of Internal Medicine? *Ann Intern Med* 1991; 114:1-5.
12. SANCHEZ-MENEGAY C, STALDER H: Do physicians take into account patients' expectations? *J Gen Intern Med* 1994;9:404-406.
13. JOOS SK, HICKAM DH, BORDERS LM: Patients' desires and satisfaction en general medicine clinics. *Public Health Rep* 1993;108:751-759.
14. M.GREENLICK MR: Educating physicians for the twenty-first century. *Acad Med* 1995;70:179-185.
15. STARFIELD B, SIMPSON L: Primary care as part of US health services reform. *JAMA* 1993; 269:3136-3139.
16. ZURRO MA, CANO PEREZ JF: Atención primaria de la salud, en Ediciones Doyma SA: Atención Primaria. Conceptos, organización y practica clínica. Tercera Edición. Madrid, España, 1994:3-13.
17. MOLD JM, STEIN H, F. The cascade effect in the clinical care of patients. *N Engl J Med* 1986;314:512-514.
18. PAUKER SG, KOPELMAN RI: Trapped by an incidental finding. *N Engl J Med* 1992;326:40-43.
19. GELJNS A, ROSENBERG N: The dynamics of technological change in medicine. *Health Aff (Millwood)* 1994;13:28-46.
20. PALKON DS: Health care reform: identifying some cost culprits. *AmJSurg* 1994;167:223-6.
21. PEREZ-STABLE E: Ética medica y costos en salud. *Communication Personal*. 1993.
22. SACKETT D, HAYNES B, GORDON H, TUGWELL P: *Clinical epidemiology: A basic science for clinical medicine*, Boston, Little,Brown and Company; 1991.
23. GODLEY E: MDs should assume more responsibility for managing health care, Royal College audience told. *Can Med Assoc J* 1994;150:76-7.
24. WELCH GH: Should the health care forest be selectively thinned by physicians or clear cut by payers?. *Annals of Internal Medicine* 1991; 115:223-226.
25. UDVERHELIY IS, JENNINSON K, EPSTEIN AM: Comparison of the quality of ambulatory care for fee-for-service and prepaid patients". *Ann Intern Med* 1991; 115:394-400.
26. GREENFIELD S, NELSON E, ZUBKOFF M: Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. *JAMA* 1992;267:1624-1630.
27. ROTHERT M, ROVNER D, ELSTEIN A: Differences in medical referral decisions for obesity among family practitioners, general internists and gynecologists. *Med Care* 1984;22:42-53.
28. MANNING WG, LEIBOWITZ A: A controller trial of the effect of prepaid group practice on use of services. *N Engl J Med* 1984;310:1505-1510.
29. RHEE S, LUKE R, LYONS T, PAYNE B: Domain of practice and the quality of physician performance. *Med Care* 1981;19:14-23.
30. WEINER J, STARFIELD B: Measurement of the primary care roles of office-based physicians. *Am J Public Health* 1982;666-671.
31. SPIEGEL J, RUBENSTEIN LV, SCOTT B, BROOK R: Who is the primary care physician? *N Engl J Med* 1983;308:1208- 1212.
32. OMS: Atención Primaria de la Salud. Conferencia Internacional de Alma Ata - Ginebra. 1978.
33. VAZQUEZ E, CASAL E, PEREZ-STABLE EJ, SILVER A, BOSCH S: El desarrollo de la medicina interna general en la Argentina. *Medicina y Sociedad* 1993; 16.
34. VUORI H: The relevance of primary health care for industrialized countries. *World Hosp* 1982; 18:23.
35. MEURER LN: Influence of medical school curriculum on primary care specialty choice: analysis and synthesis of the literature. *Acad Med* 1995;70:388-397.

36. OBBARD LC, EVANS DV, STERLING LM, TESSIER S, WEINSTEIN B, ZUCKERMAN RS: Medical student initiatives to promote the education of generalist physicians. *Acad Med* 1995;70:S81-5.
37. CARDELLE AJ: The preeminence of primary care within Cuban predoctoral medical education. *Int J Health Serv* 1994;24:421-429.
38. MOORE GT: Will the power of the marketplace produce the workforce we need? *Inquiry* 1994;31:276-82.
39. PEREZ-STABLE EJ: La Medicina Interna General en los Estados Unidos de América. Trabajo presentado en el 5to Congreso Internacional de Medicina Interna del Htal. de Clínicas de la Ciudad de Buenos Aires. 1994.
40. ALPERT JJ, FRIEDMAN RH, GREEN LA: Education of generalist. Three tries a century is all we get. *J Gen Intern Med* 1994;9:s4-s6.
41. CÁNTALE CR: Saludo para todos en el año 2000 ? *Genes* 1994;10:24-25.
42. KASSTRER JP: Diagnostic Reasoning. *Annals of Internal Medicine* 1989;110:893-890.
43. PEREZ MUÑOZ AH, LOPEZ BARCENA J, LIFSHITZ GUINZBERG A: El método científico y el razonamiento lógico en el diagnóstico clínico. *Rev Medica del Instituto Mejicano de S Social* 1985;23:
44. KEM DE, GRAYSON M, BARKER LR, ET AL: Residency training in interviewing skills and the psychosocial domain of medical practice [published erratum appears in *J Gen Intern Med* 1990 Mar-Apr;5(2):169]. *J Gen Intern Med* 1989;4:421-431.
45. ROSENBERG W, DONALD A: Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving *BMJ* 1995; 310: 1122-1126.
46. DAVIDOFF F, HAYNES B, SACKETT D, SMITH R: Evidence based medicine. *BMJ* 1995;310:1085-1086.
47. ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. AAMC policy on the generalist physician. *Acad Med* 1993; 68: 1-6.
48. COUNCIL ON GRADUATE MEDICAL EDUCATION. Third report of the Council. 1992;
49. KINDING DA, CULTICE JM, MULLAN F: The elusive generalist physician, *JAMA* 1993;270:1069-1073.
50. ODEGAARD CE, INUI TS: A 1992 manifesto for primary physicians *Pharos* 1992;55:2-6.
51. BURKE W, BARON RB, LEMON M, LOSH D, NOVACK A: Training generalist physicians: Structural elements of the Curriculum. *J Gen Intern Med* 1994;9:s23-s30.
52. NOBLE J, MACDONALD P, THANE M, ET AL: The core content of a generalist curriculum for general internal medicine, family practice and pediatrics.. *J Gen Intern Med* 1994;9:s31-s42.