

El papel de la medicina general en el sistema nacional de salud.

Dr. Raymundo Paredes Sierra
Dr. Octavio Rivero Serrano
Seminario "El ejercicio actual de la medicina"
Facultad de Medicina
Posgrado, mayo 25, 2001

1.- El concepto de médico general.

El médico general es el profesional de la medicina que cuenta con los conocimientos y las destrezas necesarias para diagnosticar y resolver con tratamiento médico y con procedimientos sencillos la mayoría de los padecimientos que el ser humano sufre en su vida, desde niño hasta la vejez, con acciones frecuentemente realizadas en el consultorio del médico o en la casa del enfermo. En la última fase de la vida, donde predominan las enfermedades degenerativas que por su cronicidad hacen más necesarios los cuidados permanentes, el apoyo y una buena relación con un médico de familia puede ser la solución sencilla y de bajo costo de la mayoría de estos casos.

La medicina general ha sido durante centurias la base de la atención de los enfermos. Este hecho conocido y reconocido por autoridades educativas y por los encargados de organizar los sistemas de atención

a la salud no ha desembocado en que esta forma de ejercicio sea la parte más importante, por lo menos desde el punto de vista académico y de su capacidad de solución de los problemas médicos cotidianos, del sistema de atención a la salud en México; así es, aún reconociendo los esfuerzos que en los últimos lustros han realizado instituciones tan importantes como el IMSS y el ISSSTE en este sentido. Si se analizan las cifras de inversión destinadas a la medicina de segundo y tercer nivel son incomparablemente mayores que las destinadas al primero. Estos últimos segmentos de la atención medica seguirán recargados de trabajo mientras no se organice una buena medicina de primer nivel.

2.- Tendencias históricas del ejercicio de la medicina general.

En México la medicina general fue el principal recurso de atención medica durante el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX. No solo por el volumen de pacientes atendidos sino por la calidad académica de los médicos generales. Ellos concibieron y organizaron la Academia Nacional de Medicina, la presidieron durante sus primeros lustros de vida; el alto nivel y el prestigio que pudieron darle a esta corporación determinó su permanencia en la vida médica nacional, logrando una

vida continua durante y después de la lucha armada de principios del siglo XX.

A mediados del siglo pasado, las tendencias a la medicina especializada, que ya se daba en los albores del siglo, cobró importancia, formándose especialistas y subespecialistas que en la segunda mitad del siglo acapararon el manejo de los enfermos, las posiciones académicas, los presupuestos de las instituciones de salud, el ejercicio de la medicina privada y los proyectos de enseñanza de posgrado, así como los esfuerzos de una educación médica continua, cuyo defecto de ser verbalista, con predominio de la información sobre las destrezas formativas, defecto menos notorio en la que se ofrece a los especialistas y prácticamente la única a que puede acceder el médico general.

Este desbalance en la formación de especialistas se debe a varias razones. Por una parte, el trabajo de estos es mejor remunerado tanto en la medicina institucional como en el ejercicio privado de la medicina; en oportunidades académicas hay mejores perspectivas para el recién graduado; los estudios de posgrado en residencias les permite numerosas posibilidades; en el mercado de trabajo médico privado la sociedad informada de manera imprecisa busca, a la menor molestia física al especialista; por otra parte, no ha existido un plan nacional de

estudios de posgrado que organice estos de acuerdo a las necesidades del país, tanto las institucionales como las que se pueden encontrar en el ejercicio privado de la profesión, de tal forma que la mayoría de los egresados no tiene más limitación para acceder a estudios de especialidad que su propia capacidad, teniendo esta selección un resultado secundario negativo: el ingreso a las residencias de especialidades selecciona a los mejores egresados de la licenciatura, hecho que ocasiona una selección negativa; los menos capacitados se quedan para ejercer alguna forma de medicina general.

En el caso de la medicina general, durante la segunda mitad del siglo XX, no solo se ha insistido en su importancia, sino que ha habido proyectos que teóricamente debían impulsarla; en la UNAM tanto el Programa A-36 que se inició a principios de los setentas, como el posgrado en Medicina Familiar que aprobó el Consejo Universitario en 1981, fueron esfuerzos de la Facultad de Medicina tendientes a impulsar la medicina general. En la misma década de los setentas la apertura de Escuelas de Medicina en la ENEP Iztacala, en la ENEP Zaragoza y en la UAM, tenían como objetivo principal formar médicos generales. (1,2)

Es posible remontarse aún a esfuerzos anteriores: los del Instituto Politécnico Nacional que en la década de los cincuentas organizó la Escuela Superior de Medicina Rural.

Muchas otras escuelas de medicina del país se abrieron en la segunda mitad del siglo pasado con la idea de formar médicos generales. En muchas reuniones se convirtió en estribillo hablar del “perfil de médico que el país necesita”, dando a entender que su currículo se orientaría a formar médicos generales.

Hay en todo este devenir aspectos de error en el concepto y de una gran ingenuidad.

El error de concepto es que deba formarse un médico con perfil distinto si va a ser especialista o general. El médico que hay que formar es uno bueno, bien preparado, vaya a ser especialista o generalista; bien entrenado en como acceder a la información médica, ejercitado en las destrezas indispensables de diagnóstico y tratamiento; atento a defenderse de las intromisiones de los mercaderes de la medicina, sean estos vendedores de medicamentos y otros insumos o administradores del ejercicio médico.

La gran ingenuidad ha sido creer que se va a impulsar la medicina general a través del currículo de las escuelas. La Medicina General, así con mayúsculas, podrá convertirse en la base de nuestros sistemas de

salud –o en uno único si esto fuera posible y conveniente—cuando el sistema o los sistemas, privilegien la medicina general. Cuando al médico general se le ofrezcan posiciones académicas de buen nivel, remuneraciones mejores que al especialista –la labor de un buen médico general puede ser más difícil que muchas especialidades--, oportunidades de destacarse en la vida profesional y social, estímulos para superarse en las instituciones, incentivos económicos por buen desempeño; presupuestos para dedicar parte de su esfuerzo y su tiempo a la investigación y a la enseñanza; cuando la sociedad este bien informada y no caiga en la tentación de exigir la aplicación de tecnologías complicadas para problemas sencillos. Las universidades, las escuelas, pueden participar de un plan para lograrlo, pero no servirá lo que realicen mientras los sistemas de salud del país no hagan su parte.

Cuando todo esto se dé, los alumnos al terminar la licenciatura buscaran prepararse como buenos médicos generales y el acceso a las especialidades podrá regularse de acuerdo a las necesidades del país.

3.- La formación y el ejercicio de médicos generales en México.

Las escuelas de medicina han proliferado en las últimas décadas y han licenciado un número importante de médicos. Según cifras oficiales de la Dirección General de Profesiones de la SEP de 1960 a 1999 se

registraron en esa dependencia 208 765 profesionistas médicos (3). Si calculamos que es razonable suponer que los que se recibieron en 1960 tendrían alrededor de 24 años de edad, será lícito pensar que en 1999, a los 64 años de edad, la mayoría de los registrados en Profesiones en el lapso indicado han estado en posibilidades de ejercer la medicina. La Academia Nacional de Medicina tiene registrados cerca de 50 000 especialistas certificados por los consejos de especialidad, pero se calcula que pueden existir unos 30 000 más que ejercen alguna especialidad sin certificarse (4). Esto da un total aproximado de 80 000 especialistas en el país. Si restamos esta cifra de los 208 000 registrados el remanente es de 128 000. Este es el número de médicos que ha ejercido alguna forma de medicina general en estos cuarenta años. ¿Cuántos habrá ejerciendo la medicina general en la actualidad? Es difícil saberlo con precisión; pero si nos atenemos a pensar que probablemente dos terceras partes de este estimado lo realicen nos da la respetable cifra de 85 000 médicos. Es una fuerza de trabajo nada despreciable. Es un recurso que bien preparado puede ser la primera línea de defensa para prevenir y tratar las enfermedades de la mayoría de los habitantes del país.

El problema consiste en que la mayoría de ellos no tienen mas preparación, ni más estudios, ni más actualización en destrezas de diagnóstico y tratamiento que las que pudieron obtener en la escuela. Al

conocer los resultados del programa de acreditación de Escuelas y Facultades de Medicina de la AMFEM es lícito suponer que la preparación de estos egresados es muy irregular (5).

Ahora, un programa de calidad para la medicina mexicana, con esta primera línea de ejercicio médico en las condiciones en que está, es poco menos que una utopía.

4.- La preparación académica del medico general.

La preparación de un buen médico a nivel de las escuelas de medicina tiene limitaciones que el propio crecimiento de los conocimientos y las destrezas en la medicina actual han impuesto. Hace cincuenta años era mas alto el porcentaje de conocimientos y destrezas que se podían obtener en los seis años de escuela, porque era mucho menor el cúmulo de sabiduría y destrezas que existían comparadas con las que hoy existen en la medicina moderna. Los conocimientos ahora son tan amplios que es una fantasía pensar que la escuela se los puede entregar al alumno. Del armamentarium actual, en lo que se refiere a recursos tecnológicos de diagnóstico y tratamiento los alumnos deben ahora aprender, no solo de su existencia, sino del peligro de su uso indiscriminado.

Por ello es del todo importante que los alumnos reciban muchos aspectos formativos; deben prepararse en conocer y manejar las formas modernas de acceder a la información, distinguir los canales de la tendenciosa que la mercadotecnia de la industria médica actual utiliza, de los canales serios, confiables, que les proporcionen conocimientos sólidos y comprobados; es decir información veraz y oportuna. Es imposible darles digerida la ciencia médica actual, así que debe enseñárseles a buscarla.

Debe insistirse más en entregarles las destrezas y la actitud necesaria para esta profesión de servicio. El crecimiento en destrezas es tan grande como el de conocimientos y estas no se obtienen en una aula.

La escuela sí puede, sin necesidad de cambios curriculares, insistir a los alumnos en la necesidad de prepararse con especial interés en aquellos problemas que la epidemiología nos enseña son actuales y crecientes. Un alumno al licenciarse debería manejar con fluidez todos los aspectos de medicina preventiva que han sido tan útiles para lograr el descenso de la morbimortalidad infantil; y deberán tener los conocimientos y destrezas necesarias para diagnosticar oportunamente el cáncer en cualquiera de sus formas, la diabetes, la hipertensión arterial, las enfermedades del corazón y saber como actuar ante un

accidente. Los cursos de ATLS y ACLS deberían ser obligatorios en todas las escuelas.

En el capítulo de las destrezas de diagnóstico y tratamiento, la escuela necesita modificar lo que realiza. Es uno de los aspectos en que ha progresado más la medicina en los últimos lustros y se dedica menos tiempo del necesario. Hace cincuenta años existían alrededor de cien sustancias activas útiles en terapéutica; ahora son varios cientos; si el alumno no las conoce en la escuela, los laboratorios se encargarán de promoverlas en su ejercicio. Igual o peor sucede con otros insumos. La mayor deficiencia de los graduados de licenciatura es en conocer, manejar bien, utilizar sensatamente los modernos recursos de diagnóstico y tratamiento.

Así como en la escuela, los programas de educación médica continua deberán considerar los mecanismos para continuar adquiriendo estas destrezas como su tarea principal.

5.- La medicina general y el crecimiento en los costos de la atención médica. Una solución razonable.

El crecimiento, al parecer incontenible, en los costos de la atención médica se debe a varias razones.

Una es la deficiente preparación de los médicos. Al no conocer el valor real de muchos insumos —medicamentos, auxiliares de diagnóstico, procedimientos tecnológicos de tratamiento—, al recibir la presión de una sociedad informada tendenciosamente por los representantes de la industria de insumos y la de quienes los producen y venden, los utilizan en demasía. Se da más cuando los pacientes gozan de alguna forma de prepago; entonces les impulsa la necesidad de desquitar algo de lo invertido. En ocasiones el médico, al recibir el enfermo pide un exceso de exámenes de laboratorio y gabinete para orientar su diagnóstico; no son utilizados para corroborarlo sino para suplir la deficiencia en conocimientos.

Una variante de esta situación son los recursos utilizados en la medicina defensiva. La industria de la medicina, la medicina administrada como una parte de esta industria, tiene como una de sus repercusiones negativas la pérdida de la buena relación, la de confianza, entre el paciente con su médico. La desconfianza lleva al paciente a devaluar las acciones del médico y a éste a emplear más recursos de los indispensables para protegerse de una reclamación. (6)

Otra causa muy importante, es que la medicina de segundo y sobre todo la de tercer nivel, atiende un cúmulo de situaciones que deberían resolverse en un nivel más sencillo y menos costoso. En este

escenario, sin necesidad de explicarse la utilización de recursos en demasía por ignorancia, sin caer en la medicina defensiva; un especialista consultado tiende por razón casi natural a realizar mas estudios que un generalista. Esta obligado a descartar posibilidades que no deberían pasar desapercibidas por raras que fueran. Por ello, esta medicina necesariamente más costosa, debería reservarse a casos que por su complejidad lo ameritaran; pero no es así en la medicina actual.

Muchos son los medios que se han invocado para contener los costos. Los cuadros básicos; los gastos compartidos; las cortas estancias hospitalarias; las muy diversas formas de medicina administrada, con la crítica de que en estas situaciones es un ordenamiento económico el que controla el gasto y no la sabiduría del médico. Con la experiencia de que la intermediación en algunos países—Colombia es el más notorio— solo ha trasladado las ganancias de la carestía a los intermediarios.(7)

Otra causa que se ha señalado con cifras es la sobreadministración del acto médico. En Norteamérica el crecimiento de los gastos en administración de la medicina han rebasado a los del acto médico en sí. (8)

Si se quisiera pensar en una causa que englobara a las que se han mencionado, podría hablarse de la repercusión de la medicina convertida en industria.

Un recurso que es impecable desde el punto de vista académico y ético es organizar una medicina general de calidad que resuelva a mucho menor costo la mayoría de los problemas médicos. En cualquier esquema de organización de un sistema médico es una solución viable a la carestía.

Sin embargo es necesario insistir que esto no lo van a lograr solas las escuelas de medicina por mas que se afanen; es una responsabilidad y a la vez un recurso de los sistemas de salud del país; las escuelas pueden participar de programas conjuntos.

6.- La excelencia académica en la preparación del medico general.

Una propuesta.

Considero que es inalcanzable, por el estado actual del arte en la medicina, dado el cúmulo enorme de conocimientos y destrezas que se requieren, que las escuelas de medicina produzcan un médico general de alta calidad. Uniformar siquiera el nivel de las escuelas existentes parece muy difícil de lograr por problemas políticos.

La preparación completa del médico general se debe dar después de salir de la escuela. No necesariamente en cursos de posgrado. No hay las plazas suficientes para lograrlo.

Debería pensarse en un esquema semejante al que ha logrado la preparación de especialistas en México, que los produce de calidad comparable a los mejores del mundo. Los mejores especialistas en varias ramas se han formado en los Institutos Nacionales de Salud, o en sitios similares en el interior del país o en el extranjero.

Del mismo modo, para lograr un ejercito de médicos generales bien preparados, podría pensarse en instalar en cada entidad federativa del país, una especie de **Instituto de Medicina General**; donde las funciones asistenciales de calidad estuvieran reforzadas por proyectos de investigación y de enseñanza que la apoyaran. Donde los médicos, bien pagados, hicieran asistencia, docencia e investigación de buen nivel, que los llevará a situarse en la misma jerarquía académica, social y económica que los especialistas.

La inversión en un proyecto como este redituaría en una mejor calidad de medicina a menores costos. La medicina especializada, costosa y complicada se quedará para los casos difíciles y complicados que la requieran.

Los proyectos de medicina administrada, que se basan en un buen primer nivel de atención, tendrán serias dificultades con una medicina general de bajo nivel académico.

7.- La medicina general como escalón inmediato de la medicina preventiva.

Un asunto que casi no se ha explorado es la utilización de la medicina de primer nivel como recurso de medicina preventiva. Aquí también podrán alcanzarse logros ofreciendo incentivos para el médico general. Una sobrepaga por acciones demostradas de medicina preventiva han sido utilizadas con éxito en otros sistemas de salud para impulsar al médico en esta actitud distinta de la que comúnmente sienten como obligación ante los enfermos. Otra vez, si se quieren incluir medidas preventivas en los contratos de medicina administrada, en manos del médico de primer nivel, es necesario una preparación que en este momento los egresados de las escuelas de medicina no tienen.

8.- La certificación de conocimientos y destrezas del médico general.

Se supone y así ha sucedido en la realidad, que los alumnos preparados en las numerosas escuelas de medicina del país están facultados para ejercer la medicina al salir de la escuela. Difiere sustancialmente de lo que sucede en otros países; las escuelas

acreditan que el alumno ha cursado satisfactoriamente los estudios; puede ejercerla cuando un grupo colegiado certifica su capacidad para realizarlo.

Este no es un concepto nuevo. Ni es una idea que haya surgido de los Boards Norteamericanos que así lo realizan. El Consejo Superior de Salubridad, en las postrimerías del siglo XIX permitía el ejercicio de la medicina a los médicos titulados en la Escuela Nacional de Medicina, solo después de haber aprobado el examen del Consejo.

Siendo tan importante la labor del médico general como primera barrera de lucha para prevenir y tratar la enfermedad, está plenamente justificado plantear la necesidad inaplazable de la certificación y Recertificación de ellos (9).

Para realizar este propósito será necesario uniformar de alguna manera los esfuerzos de educación medica continua que será la forma de recertificarse; la Norma Mexicana de Educación Médica Continua debe incluir más acciones desempeñadas por el propio sujeto, más reconocimiento a acciones que puedan actualizar sus destrezas, más acciones que demuestren que esta dedicado a seguir preparándose personalmente en refrescar sus conocimientos (10).

Bibliografía

1. Plan A-3. Plan de estudios.
Rev. Fac. Med. UNAM 1975.
2. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala UNAM. Plan de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano 1989.
3. Dirección General de Profesiones SEP. Médicos registrados 1960-1999.
4. Directorio de Consejos de Especialidades Médicas con reconocimiento de idoneidad y de médicos certificados. Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas. ANM-AMC-2000.
5. Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM) Escuelas verificadas y acreditadas.
<http://www.AMFEM.edu.mx/esc.acr.html>.2000.
6. Summenton. N. Positive and Negative factors in Defensive Medicine. BMJ. 310(6971):27-9;1995.
7. Ley 100 de 1993: Reforma y crisis de la salud. Impacto de la reforma, de la seguridad social sobre la medicina como profesión y como ciencia. Patiño. R. JF. Comisión de Salud Academia Nacional de Medicina de Colombia. Feb. 1999.
8. Costs of Care and Administration at for-profit and other Hospitals in The United States. Woolhandder S. Himmelstein D.V. N. Engl. J. Med, Vol. 336 (11) March 13, 1997.
9. Rizo R. P. La Certificación de Médicos Generales.
Seminario “El ejercicio actual de la medicina” Junio. 2000
10. Educación Médica Continua. Proyecto de NOM.
Dirección General de Enseñanza en Salud – SSA. Mex. 1999.