

ascofame 

CENTRO DE DOCUMENTACION
CALLE 45-A No. 9-77 P. 8 BOGOTA COLOMBIA

Elementos

para un LIBRO BLANCO

sobre el MEDICO GENERAL/FAMILIAR

en AMERICA LATINA

Julio Ceitlin

editor

PRESENTACION

Los trabajos incluidos en este volumen constituyen como su nombre lo indica, los elementos que integrarán un futuro Libro Blanco, para usar un término muy común en diplomacia internacional, ó dicho de otro modo, una descripción de la situación actual y la toma de posición de la Federación en un problema de tanta trascendencia para la educación médica de la región como es la formación de lo que se ha dado en llamar Médico General ó Médico Familiar, haciendo uso de las dos expresiones más comunes en los países del Continente. Este resurgimiento del antiguo personaje está dentro de los esquemas utilizados en la actualidad para reforzar lo que se denomina la atención primaria que constituye la estrategia más estimulada, impulsada y recomendada por los organismos líderes de la atención médica para lograr un efectivo y real aumento de la cobertura de los servicios de salud.

Determinar el papel que cabe a las Facultades de Medicina del Continente, en especial a las de América Latina, donde tanto hay por hacer todavía para incorporar el sistema formador de recursos médicos a este movimiento, es lo que se persigue como resultado final del proceso en que estamos empeñados.

La Federación con el apoyo generoso de la Fundación W. K. Kellogg dedicó el año 1978 para estudiar el problema. Organizó para ello una serie de actividades de diverso tipo para conocer cuál es la situación del Médico General/Familiar en América Latina y cuáles son las tendencias y las perspectivas de este personaje dentro del enfoque de atención primaria. Este conjunto de actividades fué coordinado bajo el nombre de Programa Transicional, porque está ubicado cronológicamente entre un programa ya finalizado el de Enseñanza de Medicina de la Comunidad, que tuvo lugar en el quinquenio 1972/1977 y otro nuevo que sobre el problema de la formación y utilización del Médico General/Familiar se intentará desarrollar en el período 1979/1983.

Los elementos que se incluyen en esta publicación son los resultados de las actividades mencionadas, así es que tenemos los informes finales de los Seminarios Nacionales-Regionales que tuvieron lugar en Campinas, Brasil; Bogotá, Colombia; Ciudad de México y Caracas, Venezuela. Se incluyen también Estudios Especiales realizados por encargo en Argentina, Chile y Costa Rica y un trabajo bibliográfico sobre las Tendencias Mundiales en la utilización y formación del Médico Familiar.

La posición final de la Federación como institución internacional, la de las Asociaciones de Facultades de Medicina y de las mismas Facultades y Escuelas que ellas representan, se obtendrá a la luz de lo que se discuta, recomiende y concluya en la VII Conferencia Panamericana de New Orleans donde este documento será el material básico de discusión.

Unas 500 personas, líderes de los campos de la atención y la educación médica participaron en los cuatro Seminarios Nacionales-Regionales realizados en Brasil, Colombia, México y Venezuela. Allí se discutió no sólo la parte conceptual referida al Médico General/Familiar en esos 4 países, sino también las perspectivas de este personal a la luz de sus propias ideas y experiencias.

Durante el presente año se produjeron estimulados por nuestro programa más trabajos y contribuciones que en la década anterior, engrosándose así apreciablemente la literatura sobre el tema.

En las páginas siguientes tratamos de presentar una síntesis de los conceptos, las discusiones, los acuerdos y los desacuerdos planteados durante todo el proceso desarrollado durante el presente año. Además tratamos de exponer con toda objetividad, los puntos de vista del Grupo Internacional Asesor y los de la Dirección del Programa, de acuerdo con la literatura puesta a nuestro alcance, los estudios de campo y la reflexión sobre los problemas que atañen a este tema que penetra medularmente en la integración entre servicios y formación médica.

Aspiramos que este material sea de utilidad para las discusiones en la VII Conferencia Panamericana de Educación Médica, sobre los "Médicos Generales/Familiares para responder a las necesidades de la atención primaria en el hemisferio occidental."

Julio Ceitlin

INTRODUCCION

La educación médica no puede escapar a la influencia de un movimiento tan universal como el que constituye actualmente la Atención Primaria de la Salud, vista como la estrategia más adecuada para lograr las coberturas totales de los Servicios de Salud para las poblaciones.

A principios de Septiembre tuvo lugar una Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud en Alma Ata (URSS) donde concurren representantes de todos los países del mundo. En el Informe conjunto del Director de la OMS y el Director Ejecutivo de la UNICEF, presentado en dicha reunión, se puede leer el siguiente concepto:

" La atención primaria de la salud es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable, en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos, y con su plena participación. Ese concepto ha evolucionado con los años, en parte gracias a la experiencia positiva y negativa, acumulada en varios países en materia de servicios básicos de salud. Pero la atención primaria de salud es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud; abarca factores sociales y de desarrollo y si se aplica de manera apropiada influirá en el funcionamiento del resto del sistema." (1)

La Atención Primaria tiende a constituirse hoy en la base de todo el sistema de Servicios de Salud por oposición a la tradicional atención basada en el hospital y representa una verdadera revolución en el concepto de Atención de la Salud que tendrá profundas implicaciones sociales, presupuestarias, profesionales y educativas.

En un trabajo de Alpert y Charney (2) se definió atención primaria como medicina del primer contacto, que asume la responsabilidad longitudinal del paciente prescindiendo de la presencia o ausencia de

categoría de personal que debe atenderle en las ciudades primarias. Esto sucede actualmente con el "feldscher" ruso, que tiende a ser visto como un médico de "segunda clase" por lo que está evolucionando a ser parte de un equipo encabezado por el médico distrital. El mismo fenómeno se observó en los Estados Unidos y Canadá entre el Médico General tradicional (con solo estudios de pregrado y, a lo sumo, un internado de un año) y el nuevo Médico Familiar.

Hay países, por lo tanto, en que la atención primaria a cargo de profesionales médicos ó incluso de enfermeras, es un lujo no teniendo otra alternativa por el momento que la de utilizar personal con muy poco adiestramiento. En otros, la atención primaria a cargo de médicos, trabajando ya sea solos, en grupos o con equipos interdisciplinarios, puede ser lograda siempre que se amalgamen algunos elementos en un esfuerzo de reorientación del sistema de atención de la salud y del sistema formador del recurso humano médico.

En América Latina los países se han fijado metas concretas. Entre las más ambiciosas figura la extensión de la cobertura de servicios a toda la población y dentro de las estrategias utilizadas para lograrlas están la organización de sistemas nacionales de salud, y especialmente el énfasis en la atención primaria. Planteáse entonces ¿ cuál será el papel del médico en dicho proceso?

Es necesario establecer qué influencia tendrá esta corriente de atención primaria sobre la educación médica y todo el sistema formador del recurso profesional, lo que lleva al planteo de varias cuestiones importantes, entre otras, las siguientes:

- ¿ Qué funciones tiene un médico en la atención primaria de la Salud?
- ¿ Qué tipo de médico puede desempeñar esas funciones?
- ¿ Cómo debe formarse dicho profesional?

- ¿ Qué relación debe tener con los especialistas?
- ¿ Es dicho profesional un especialista?
- ¿ Qué curriculum es necesario para formarlo?
- ¿ La formación será en pregrado, en postgrado ó en ambas?
- Si se lo considera un especialista, ¿ cuál es la denominación más adecuada para este profesional?

No es casual que en un gran número de países se esté revalorizando de diferentes maneras el papel de la medicina general, medicina familiar, medicina comunitaria, medicina de atención primaria y como consecuencia el del personal encargado de ejecutar dichas acciones. Se plantea con mucho vigor qué tipo de preparación, qué funciones y qué ubicaciones en la escala de valores socio-médicos y en la comunidad deben tener este tipo de profesionales. De allí que sea del mayor interés tanto de los organismos utilizadores de médicos como de los responsables de su formación, tener una amplia participación en la dilucidación de estas cuestiones.

Es opinión de muchos líderes de la educación médica y del sistema de servicios de salud que las facultades de medicina deben participar en el análisis y solución de esos problemas y en el proceso que ello genera.

Se trata de buscar en esta etapa el marco conceptual y la filosofía, y establecer las estrategias más adecuadas para el programa que habrá de seguir. Dentro de aquello se incluye determinar cuáles deben ser las características de un Médico General, ó Familiar, que se responsabilice de la atención de las comunidades latinoamericanas, y cuáles serán el rol y las funciones dentro del nuevo enfoque de los sistemas nacionales de salud y de la extensión de la cobertura, que dicho profesional debe desempeñar.

Durante el corriente año se organizaron actividades de diverso tipo para conocer cuál es la situación en América Latina del Médico General/Familiar y cuáles son las tendencias y las perspectivas, dentro de este enfoque de atención primaria. La Conferencia Panamericana de Educación Médica constituye la coronación de esta etapa, después de la cual pensamos que se debe pasar a un período de vigorosa acción.

Se describen a continuación en forma resumida los eventos realizados dentro del Programa Transicional:

Seminarios Nacionales Regionales

El primero de ellos tuvo lugar en Campinas, Brasil los días 24 al 27 de Mayo con una asistencia de 80 representantes de las Escuelas de Medicina brasileñas y líderes del sector Salud y Educación. Asistieron representantes de Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. La organización estuvo a cargo de la Asociación Brasileña de Educación Médica.

El segundo Seminario tuvo lugar en Bogotá, Colombia, los días 7 al 10 de Junio y contó con la asistencia de unas 250 personas provenientes de los campos de la Salud, Seguridad Social y Educación Médica, así como representantes de México, Venezuela, Ecuador, Perú y Bolivia y representantes de la OPS y el Convenio Hipólito Unanue. La organización estuvo a cargo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

Siguió luego el Seminario Mexicano los días 30 de Junio y 1º de Julio que fué organizado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia con la asistencia de 33 participantes provenientes de las instituciones de Seguridad Social de ese país, la Asociación Mexicana de Facultades de Medicina y representantes de Escuelas de Medicina que están desarrollando programas innovadores relacionados con la formación del Médico General/Familiar.

Por último los días 26 al 29 de Julio tuvo lugar el Seminario Venezolano al cual concurrieron más de 100 profesionales locales provenientes de los sectores Salud, Seguridad Social y Universitario con la asistencia de 20 representantes de otros tantos países de América Latina y el Caribe.

En cada uno de los Seminarios realizados hubo presentaciones relativas a los temas Utilización, Formación y Futuro del Médico General/Familiar en los respectivos países, produciéndose en cada caso un informe final que se incluye como anexo en este trabajo.

Estudios Especiales

Los Estudios Especiales se realizaron en Argentina, Chile y Costa Rica. El Dr. Oscar Gómez Poviña, Vicepresidente de la Asociación Argentina de Educación Médica se encargó de la preparación del Informe correspondiente a ese país. (Anexo VI). La Doctora Carmen Velasco entonces Presidente de la Asociación Chilena de Facultades de Medicina tuvo a su cargo el estudio referente a Chile (Anexo V).

El Informe de Costa Rica fué elaborado por los Drs. Oscar Fallas Camacho, Director de los Servicios Médicos de la Caja Costarricense del Seguro Social y Guido Miranda, Jefe de Sección Medicina Hospital México, de la Caja Costarricense de Seguro Social (Anexo VII). El Dr. Mohan Ragbeer, Ex-Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de West Indies, Jamaica, y actualmente profesor de la Universidad de McMaster, Canadá, preparó a pedido de la Dirección del Programa un trabajo titulado Tendencias Mundiales en la Utilización y Entrenamiento de Médicos Familiares (Anexo VIII).

Seminarios Viajeros

Es una actividad diseñada para dar oportunidad a líderes de la educación médica y de los servicios de salud de América Latina, de ponerse en contacto con organismos universitarios y científicos de Canadá

y Estados Unidos que están desarrollando programas de formación de médicos familiares. Adquiere particular relevancia la labor desarrollada en este campo por la AAFP (American Academy of Family Physicians).

Durante el mes de Abril tuvo lugar el 1er. Seminario Viajero, en el que participaron 12 profesionales universitarios de Brasil, Colombia, México y Venezuela.

El 2º Seminario Viajero se realizó en Octubre y el grupo estuvo integrado por igual número de médicos de los cuatro países mencionados.

La riqueza de la experiencia permitió a los integrantes estudiar específicamente: el papel de los Departamentos de Medicina Familiar en la Escuela de Medicina y en la educación de pre y postgrado; el papel del departamento de Medicina Familiar en el hospital y, a su vez, el del hospital en la formación de los médicos familiares. También pudieron observar el desempeño relevante de las asociaciones profesionales y académicas en todo el movimiento de la medicina familiar en Canadá y Estados Unidos; y la influencia de los cambios que ocurren en los sistemas de servicios de salud, sobre la educación médica.

Los Seminarios fueron evaluados, en cuanto a su utilidad para los participantes, en el plano de la motivación y de su disposición a aplicar lo aprendido en la medida que fuera adaptable a sus propios países, habiéndose establecido a través de una encuesta de opinión la positividad de los elementos mencionados.

La organización de los Seminarios Viajeros contó, además de la Federación, con el concurso de la Family Health Found, y la American Academy of Family Physicians (AAFP) de Estados Unidos, de la Escuela de Medicina de la Universidad de McMaster (Canadá) y las insti-

tuciones que se visitaron en cada caso. Ambos Seminarios fueron posibles por la generosa contribución de la Fundación W. K. Kellogg.

Grupo Internacional Asesor. (Task Force)

Este grupo tuvo su primera reunión en Washington los días 12 al 14 de Abril, en el local de la Asociación Americana de Escuelas de Medicina, y la segunda en Septiembre 11 al 13 en Ciudad de México, en el local de la Sub-Secretaría de Planeación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Su constitución es la siguiente:

Mohan Ragbeer, Universidad de McMaster, Canadá; Dr. Jorge Prieto, Universidad de Illinois, Chicago; Dr. Fernando Bevilacqua, Universidad Federal de Rio de Janeiro, Brasil; Dr. José Rodríguez Domínguez Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, y Dr. Carlos E. Varela Rueda, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); Coordinador, Dr. Julio Ceitlin, FEPAFEM.

El grupo tuvo oportunidad de revisar toda la marcha del Programa Transicional desde su programación hasta los resultados de las actividades ya realizadas.

Muchas de las consideraciones que se hacen en este trabajo son el resultado de sus sugerencias y conclusiones.

VII Conferencia Panamericana de Educación Médica

Constituye en todo el proceso descrito, el acontecimiento cumbre, de sus conclusiones se obtendrá el consenso de los educadores médicos del continente para un programa de largo alcance en la región, que pueda utilizar la experiencia acumulada por los países más avanzados en beneficio de las metas que se han propuesto aquellos que están en etapas más tempranas de desarrollo.

DEFINICIONES

Dado que existe una gran confusión en general sobre los términos Mé dico General, Médico Familiar, Médico de Atención Primaria, Médico de primera línea y en general con respecto a la denominación y funciones del personal encargado de la atención primaria de la salud, es necesario tratar de proporcionar una serie de definiciones tomadas de las fuentes de creación de estos tipos de personal.

Debemos puntualizar previamente que los conceptos, atención prima - ria, atención de primer contacto, práctica familiar ó práctica gene - ral (esta última es la más conocida) surgen de una gran presión del público especialmente en los países más desarrollados. En los países en desarrollo también el público tiene cada vez más conciencia de que la medicina que se le está proporcionando es una medicina frag - mentaria y deshumanizada. Menos consciente probablemente es, del pro - blema costos aunque lo padece también como otra de las consecuencias de la organización moderna de la atención médica.

Esta presión social para obtener los beneficios de una atención por médicos, con un gran respeto por la relación interpersonal, médico - paciente, por la preocupación del paciente como un ser integral, oo - mo un todo y no como un órgano o sistema, se hace sentir en círcu - los profesionales que interpretan las necesidades sociales cambian - tes de estos momentos e, incluso, en las esferas políticas por ejem - plo en Estados Unidos, dando origen a una legislación especial al respecto.

Es así que varios Comités en Estados Unidos fueron describiendo una serie de personajes y de funciones para cada uno de ellos originan - do determinados perfiles profesionales capaces de proporcionar al público una medicina en condiciones ideales. El personaje más exito - so en este sentido fué el denominado Médico Familiar (Family Phy - sician) que adquiere la categoría de un especialista en el cabal sentido de la palabra.

" Una de las calificaciones del médico que proporciona cuidados com
prensivos es el completo conocimiento de, y acceso a, la gama total
de servicios médicos de la comunidad. Por lo tanto él puede llamar
 rápidamente y obtener las habilidades especiales de otros cuando
 ellos pueden ayudar a sus pacientes. Lo que se quiere es cuidados de
la salud integrales y continuos incluyendo no solo el diagnóstico y
 tratamiento de la enfermedad sino también su prevención y los cuida-
 dos de sostén y rehabilitadores que ayudan a una persona a mantener-
 se o a retornar al más alto nivel de salud física y mental y bienes-
 tar que él pueda alcanzar. Ni el hospital ni cualquiera de los espe-
 cialistas existentes está preparado o es capaz de asumir esta respon-
 sabilidad integral y continua; y muy pocos de los actuales médicos
generales están calificados para hacerlo. Es necesario un médico de
 clase diferente."

" Sugerimos que sea llamado Médico de Atención Primaria (Primary Phy-
 sician); él debería usualmente estar primero, en el sentido del pri -
 mer contacto. Servirá como recurso médico principal y como consejero
 para un individuo o una familia. Cuando un paciente necesite hospita-
 lización, los servicios de especialistas, u otra asistencia médica ó
 paramédica, el médico de atención primaria cuidará que sean hechos
 los arreglos necesarios, dando dicha responsabilidad a otros si ello
 fuera apropiado y reteniendo su propia responsabilidad en cuanto a
 la continuidad e integridad de la atención." (4)

Como se vé en los enunciados anteriores las definiciones tienen conte-
 nidos muy similares en ambos casos aunque denominaciones diferentes.

Veamos a continuación el significado de las expresiones "Médico Fami-
 liar" y " Médico General".

Médico Familiar. Un Comité ad-hoc sobre Educación para la Medicina
 Familiar, del Consejo de Educación Médica de la Asociación Médica
 Americana, en un informe cuya elaboración le demandó dos años de tra-

C Ó N T E N I D O

PRESENTACION

INTRODUCCION	36 pags.	Dr. Julio Ceitlin
ANEXO I	10 pags.	
"La Formación del Médico Generalista" Relato final del Seminario de Campinas		Dr. Rubens Maciel Dr. Manoel J. Ferreira Dr. Murillo Villela B.
ANEXO II	22 pags.	
"El Médico General una respuesta al Futuro" Relato final del Seminario de Bogotá		Dr. Rafael de Zubiría
ANEXO III	10 pags.	
✓ "Experiencias Docentes Asistenciales en el desarrollo de la Medicina General/Familiar" Relato final del Seminario de México		Dr. José Rodríguez Domínguez
ANEXO IV	26 pags.	
"Utilización y formación del Médico General" Relato final del Seminario de Caracas		Dr. Tibaldo Garrido
ANEXO V	30 pags.	
"Situación del Médico General en Chile"		Dra. Carmen Velasco
ANEXO VI	26 pags.	
"El Médico General/Familiar en la República Argentina"		Dr. Oscar Gómez Poviña
ANEXO VII	36 pags.	
"Panorama sobre Condiciones Sanitarias y Organización de los Servicios de Salud. Recursos humanos del sector, su papel y su desarrollo en Costa Rica, 1978"		Dr. Oscar R. Fallas C. Dr. Guido Miranda
ANEXO VIII	47 pags.	
"Tendencias Mundiales en la Utilización y Entrenamiento de Médicos Familiares" (inglés)		Dr. Mohan Ragbeer

Un médico en la atención primaria, para desempeñar adecuadamente los nuevos roles que le impone una medicina moderna tecnificada, dentro de la actual concepción de los sistemas de salud, debe caracterizarse por actuar en términos de solución de problemas y más que diagnóstico, de pronóstico sobre cómo los problemas afectan al individuo y su familia. Esto como se verá más adelante, tiene claras implicaciones educativas.

Lugar donde se desarrolla la atención primaria

Existe consenso unánime de que el médico familiar/general puede desarrollar su tarea en el domicilio del paciente, en su consultorio privado, en el departamento de pacientes externos de un establecimiento que atiende el primer nivel del sistema. Algunos agregan a los anteriores su desempeño en las escuelas donde tienen a su alcance la posibilidad de influir en la salud de la niñez de su comunidad, y en los lugares de trabajo.

Más discutido ha sido su desempeño en el hospital, para la atención de sus pacientes una vez internados, aunque en estos momentos quienes como en Inglaterra habían marginado a los G.P. de la actividad hospitalaria están revisando la posición como manera de propender el mejoramiento del sistema.

El Médico General/Familiar. ¿Especialista?

En las discusiones que tuvieron lugar en los Seminarios de Brasil, Colombia y Venezuela, se trató con mucho apasionamiento este punto. Ser o no especialista puede ser considerado desde varios ángulos: el académico, social, económico, situación dentro de la profesión, etc.; aunque todos ellos están íntimamente relacionados.

Con respecto a la situación social y económica, y en relación a los empleadores, Ministerio de Salud, Seguros Sociales, se recomendó enfáticamente:

" Exigir (el médico generalista) ser considerado con la categoría de cualquier especialista". (Seminario Venezolano)

" Desarrollo (para el médico general) de posibilidades de progreso profesional y/o académico equiparable a las propiciadas a los profesionales especializados". (Seminario Brasileño).

En el caso de México como se expresó anteriormente los máximos organismos de atención médica y educación médica consideran al médico familiar un especialista y al médico general el producto del currículum de pregrado.

Lo que ocurre es que quienes tienen preparación de médicos familiares adquirida a través de una residencia de post-grado, tienen su empleo asegurado y aún cuando no, obviamente, dicha preparación les dá ventajas sobre quien tiene solo el título profesional.

Gran Bretaña por medio del Acta del SNS de 1976 creó como una obligación para todos los futuros Médicos Generales (GP) un curso de 3 años de entrenamiento vocacional con el que se mejorará la calidad de la práctica general.

Es evidente que el "status" social y la consideración dentro de la profesión médica, del médico general, están vinculados a su preparación académica. No es lo mismo a los ojos de sus pares ni a los del público quien pueda exhibir una maestría, una especialización ó un doctorado con respecto a aquel que solo tiene el título universitario básico.

Precisamente estas fueron algunas de las consideraciones que llevaron a la situación actual la medicina familiar en Canadá y Estados Unidos. La preparación académica es condición " sine qua non" para lo demás.

El Dr. Donald I. Rice, del Colegio de Médicos Familiares del Canadá dijo una vez que "los cambios que se efectúan en el seno de la medicina general y de la medicina familiar en muchos países del mundo han sido descritos como cambios revolucionarios", y a continuación se preguntaba "¿por qué el Médico General/Familiar ha sido salvado de una posición de extinción para asumir una de liderazgo dentro del sistema de atención para la salud en muchos países? ¿Por qué la disciplina de la medicina general hasta hace poco tiempo migaja de la educación médica, es ahora la moda dentro de las disciplinas académicas de diversas escuelas de medicina?".

"¿Por qué los estudiantes de medicina que hace pocos años desechaban la medicina general y se inclinaban por las especialidades y subespecialidades, escogen ahora la medicina general como carrera?".

"Creo, respondió, que los cambios creativos y los de tipo permanente so lo pueden ocurrir ante la presencia de una necesidad verdadera. Mientras los cambios que ocurren por el celo evangélico de individuos y grupos que creen en una causa tienden a durar poco y solo persisten mientras dura la motivación y perseverancia de las personas que inician esos cambios".

Estos cambios han sido tan profundos en los países donde se ha adoptado que han hecho que el Médico Familiar sea reconocido y aceptado dentro de la principal corriente de los sistemas que tienen responsabilidad en la atención de la salud, no como un remanente de segunda clase del adiestramiento de especialistas, sino como un especialista calificado cuyas funciones en una sociedad cambiante han sido perfectamente definidas.

Aspectos Académicos

En Canadá la Medicina Familiar se ha definido como un cuerpo de conocimientos que reúne las cinco disciplinas principales: Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Psiquiatría, combinadas con elementos de las ciencias sociales y de la conducta relativas a la salud y a la enfermedad.

La práctica de la medicina familiar es la aplicación de ese cuerpo de conocimientos a las necesidades de la comunidad y médico familiar es el nombre del profesional que utiliza y se sirve de ese cuerpo de conocimientos en beneficio de sus pacientes.

La influencia de esta conceptualización en el currículo médico es tan evidente que todas las escuelas de medicina canadienses tienen departamentos de medicina familiar.

La medicina familiar se enseña como una disciplina en el pregrado y en el postgrado, y está a cargo de personal académico que tiene el título de médico familiar, y por médicos familiares de la comunidad, es decir, que tienen función docente.

La mayoría de los estudiantes de medicina están seleccionando la medicina familiar como opción de su carrera.

En los Estados Unidos la medicina familiar se ha transformado en una disciplina y el ejercicio de la misma es la que ellos denominan "Family Practice" es decir: "Práctica de la Medicina Familiar". El título de Médico Familiar se obtiene después de hacer una residencia de postgrado de tres años de duración para la cual existen unas directivas aprobadas por un Comité de Residencias para la Medicina Familiar de la Academia Americana de Médicos Familiares (AAFP), las cuales están contenidas en un documento titulado "Essentials for Residency Training in Family Practice". Para obtener la licencia para ejercer como médico familiar debe rendirse un examen controlado por el "board" de medicina familiar.

Los contenidos de esta residencia comprenden Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría, Psiquiatría y Ciencias del comportamiento. Obstetricia y Ginecología, Cirugía, Medicina Comunitaria, y entrenamiento complementario en algunas otras disciplinas obligatorias y electivas. Se está estimulando también la investigación en este campo.

Como resultado de la transformación de la Medicina General hacia la Medicina Familiar y el establecimiento y reconocimiento de esta última como la vigésima especialidad, han proliferado en 10 años los departamentos de Medicina Familiar en las Escuelas de Medicina y las residencias de Medicina Familiar para obtener dicho título. Una idea de la fuerza de este movimiento la da el que el número de residentes en Medicina Familiar ha crecido de 290 en 1970 a 4,675 en 1976; el número de residencias pasó de 49 a 288 en el mismo lapso y el 86% de las escuelas de medicina contaban con departamentos de Medicina Familiar en 1976.

En un importante trabajo de Giacalone y Hudson (6) se evalúan las tendencias de las escuelas de medicina de EE.UU. en atención primaria, encontrándose que el 84% de las escuelas, en 1976, tenían actividades curriculares obligatorias en Medicina Ambulatoria, para los estudiantes de pre-grado y se preveía en ese momento que el 90% de las escuelas tendrían en breve tiempo programas de residencias en Medicina Familiar.

En México a partir de una reestructuración de los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1960, en el que se creó el sistema de Médico Familiar, hubo que "contratar primero médicos que carecían del adiestramiento específico requerido para poder actuar satisfactoriamente como Médico Familiar".(7) Luego de una experiencia de varios años de utilizar ese personal se decidió la organización de un programa docente de post-grado para formar especialistas en Medicina Familiar. En 6 años han egresado 1800 médicos especialistas en Medicina Familiar y a partir de 1974 el programa está aprobado por las Facultades de Medicina de las Universidades Autónoma de México y la Autónoma de Nuevo León. En estos momentos la residencia pasa de 2 a 3 años de duración., jerarquiza a la especialidad en igualdad de condiciones con las demás, y define metas educativas claras.

Excluyendo México, en los países de América Latina donde se han desarrollado actividades dentro del programa de estudio sobre el médico general/familiar, la situación es la siguiente, en cuanto a los aspectos académicos:

Tanto en Brasil, como en Colombia y Venezuela los Seminarios adoptaron la posición de que el médico general, con las características deseadas para la atención primaria, debe formarse en el pregrado, lo que se condicionó a profundas reformas curriculares y a la integración docente-asistencial. Una minoría se pronunció por su preparación en postgrado y en el grupo colombiano surgió una posición intermedia, la de utilizar el año de internado rotatorio y el de Servicio Rural obligatorio (2 años en total) para lograr dicha formación.

En los tres países mencionados todos los participantes estuvieron de acuerdo en que no se estaba formando el médico que las instituciones de servicio necesitan, lo que en cierto modo significaba que los tremendos esfuerzos de reforma curricular o bien, no habían dado resultado ó sencillamente no había habido tales cambios.

Durante los últimos veinte años se ha venido hablando en todos los foros de educación médica de cambios en los currículos y sin embargo solo un cinco por ciento de las escuelas de medicina de América Latina pueden exhibir verdaderas innovaciones curriculares, lo que señala principalmente las enormes dificultades que conllevan las reformas de los estudios de pregrado.

Hay algunas otras observaciones que pueden hacerse. La primera es que, aún aceptando que el nuevo tipo de médico general se forme en un curso de pregrado, tardarían seis a siete años en salir al mercado de trabajo. Con cursos de post-grado, solamente tres.

Por otra parte, una de las más grandes dificultades es la de desarrollar, en el currículo de pregrado que existe en la mayoría de las escuelas, experiencias educativas mediante las cuales los estudiantes adquieran las destrezas, conocimientos y actitudes necesarias para cumplir las funciones que caracterizan un médico, cualquiera sea su calificación, dedicado a la atención primaria de la salud: integridad, continuidad y coordinación de la atención.

Para ello será necesario diseñar experiencias educativas que permitan al futuro médico general ó familiar responsabilizarse por la atención de la salud y el seguimiento de una serie de familias durante un lapso lo suficientemente prolongado como para atender todo tipo de problemas; para referir pacientes a niveles más complejos; retomar pacientes que ya han estado en niveles complejos y que deben continuar con tratamientos de sostenimiento o rehabilitadores. Uno se pregunta: ¿ existe tiempo curricular disponible (1 a 2 años) que se pueda dedicar a este tipo de experiencias en las condiciones actuales?.

¿ Quién sería responsable de estas experiencias si no existen departamentos de medicina general/familiar en las facultades de medicina y no existen modelos de médicos generales abocados a una atención primaria en la forma en que se esta requiriendo?.

En las residencias de medicina familiar el estudiante de postgrado tiene las atribuciones legales para atender a pacientes, seguirlos, referirlos, recetar. En el pregrado existirán impedimentos legales, inclusive, porque ese tipo de adiestramiento significa el ejercicio de una medicina con responsabilidad plena, evaluado y supervisado por el tutor o el departamento de medicina general ó familiar.

Este punto nos ha llevado a otro problema que también ha sido discutido en los seminarios y que de hecho sigue siendo un problema aún en los países más avanzados en la materia: el de los profesores de medicina general ó familiar.

El profesor de medicina familiar o medicina general debe ser un modelo es decir, un médico que ejerza la medicina familiar o la medicina general con todos sus atributos así como no se concibe que enseñe cardiología quien no sea cardiólogo, ó cirugía, quien no sea cirujano, etc. La no existencia de arquetipos dentro de las estructuras actuales de las facultades de medicina, que permitan dar un modelo de comportamiento médico al estudiante, es uno de los escollos más severos para la producción de un médico general.

Se ha dicho muchas veces que las escuelas de medicina en América Latina pretenden formar un médico general a través de su pasaje por diversos compartmentos separados entre sí, que son los compartmentos de las especialidades; es decir, es un médico general formado por profesores especialistas con lo cual el resultado, como alguien lo denominara, es " un poliminespecialista" que es lo que en realidad se está formando.

La no existencia de departamentos de medicina general o de medicina familiar impide de hecho la enseñanza correcta de esa disciplina.

Como dice Gómez Poviña en su trabajo (ver Anexo VI) "no se puede admitir la posibilidad de aplicar conocimientos si no han existido experiencias educacionales en las que el estudiante ha ejercitado esa aplicación". Y luego expresa, que "un egresado no puede sin prepara-ción previa, actuar como médico de familia, ya que le va a faltar el conocimiento necesario en cuanto a comunicación médico-paciente, en cuanto a patología más prevalente; en cuanto a manejo de una instru-mentación simple (en los hospitales universitarios la instrumentación diagnóstica y de tratamiento puede llegar a ser muy sofisticada); desconocerá los recursos del contacto primario, dependerá del personal y del equipo accesorio especializado y de la protección que le brinda el hospital, ya que durante sus estudios no le fué dada responsabili-dad, la que es difícil de asumir; por último desconocerá por no haber lo vivido, la medicina integral, que es la que él debe realizar aunque pueda tener conocimientos y aún vivencias de la medicina pre-ventiva a la que verá como algo separado y casi especializado. En re-sumen no podrá, luego al egresar, actuar como médico de familia".

Como se dijo más arriba la formación de profesores de medicina general/familiar es uno de los problemas más importantes en este proceso educativo. En tanto no existan médicos generales/familiares desempeñándose con todas las características que modernamente deben tener habrá una etapa transicional en que las escuelas de medicina deberán apelar a la colaboración de profesionales que de alguna manera están haciendo atención primaria de la salud, tales como internistas, pediatras, y ginecobstetras, a los que mediante cursos especialmente diseñados habrá que formar en los aspectos ya definidos de la medicina general/familiar actual, y además, en los de planificación docente y administración de departamentos y programas de medicina general/familiar, tanto en pre como en postgrado.

Departamentos de Medicina General/Familiar

Cae de su propio peso la importancia de crear unidades académicas dedicadas a la organización de la enseñanza en estas disciplinas. En Estados Unidos en los últimos 10 años casi todas las escuelas tienen ya departamento de medicina familiar y la mayor parte de los centros médicos poseen también el departamento de práctica familiar.

En Canadá todas las Escuelas de Medicina tienen también su departamento de Medicina Familiar y en Gran Bretaña, la mayor parte de las Universidades están organizando departamentos de medicina general, teniendo los "General Practitioner" acceso a las cátedras.

En México la escuela de Medicina de la UNAM, la más grande del país, creó también el departamento de medicina general, familiar y comunitaria y la escuela de Nuevo León creó también una unidad académica para desarrollar un curso de postgrado.

En general los departamentos en el pregrado, tienen como su más importante misión, la de presentar a los estudiantes a través de experiencias educativas adecuadas el modelo de práctica de la medicina familiar, de tal manera que puedan ser sensibilizados en esta disciplina,

por lo menos con la misma oportunidad que los departamentos de especialidades clásicas. Este es aparentemente uno de los factores que hace que actualmente tan grande número de estudiantes se incline por la especialidad de la medicina general/familiar, en los países avanzados.

Relación entre especialistas y generalistas

Tal como se va presentando el proceso en los países que están adelantados, el incremento y el énfasis en la atención primaria, a través ya sea de generalistas o médicos familiares, va creando una nueva relación entre éstos y los especialistas clásicos. En un trabajo del Dr. J.P. Horder titulado "Médicos y doctores de familia: una nueva relación," publicado hace poco en Inglaterra, el autor analiza la relación futura entre generalistas y especialistas sosteniendo que deberá ser la que existe entre dos clases de doctores que tienen funciones diferentes, pero complementarias y en el mismo nivel.

Es la tendencia universal: equiparar el valor de los generalistas con el de los especialistas pero a través de la equiparación de su caudal científico logrado mediante una preparación adicional al curso universitario de pregrado. No se trata, el de la medicina general/familiar, de un movimiento anti-especialistas, sino de que en un sistema de salud bien estructurado los médicos dedicados a la atención primaria han de solucionar la mayor parte de los casos y los especialistas serán los consultores. Dentro de este interjuego los especialistas deberán ser cada vez más especialistas para poder desempeñar bien su papel consultor y ejecutor de técnicas complejas, profundas, sofisticadas sobre una gama mucho menor de padecimientos que la que atiende el generalista.

Dentro de este punto cabe analizar el importantísimo papel que desempeñan las asociaciones profesionales en los países donde se ha incrementado o se piensa incrementar, decisivamente la atención primaria a cargo de médicos. Es así que en los Estados Unidos, la AAFP (American

gran trascendencia para la salud de las comunidades y, principalmente, el perfeccionamiento continuo de quienes desempeñan ese papel, para sustentar la posición de jerarquía que deben ocupar en la escala de valores profesionales y sociales.

Políticas Nacionales

Hemos dejado para el final este punto dentro del presente análisis, por supuesto no exhaustivo, del tema. Y ello para destacar su importancia primordial ya que podríamos decir que sin una política nacional de la atención primaria, formulada en sus detalles tanto en el área de los servicios como en el de la formación del recurso, el movimiento hacia una medicina personalizada, integral y más humana no tendría éxito.

En tal sentido el documento mencionado al principio de este informe del Director General de la OMS y del Director Ejecutivo de la UNICEF (1) dice en sus párrafos 126 y 129 lo siguiente: "El pleno desarrollo del programa de atención primaria de salud y la consecución de sus objetivos básicos exigen mucho tiempo, y la estrategia debe tener en cuenta este hecho. Es necesario ir recogiendo los nuevos conocimientos adquiridos en el curso de las actividades nacionales e internacionales de las investigaciones. Por consiguiente conviene que todos los países establezcan mecanismos que les ayuden a asimilar la información sobre la experiencia relativa a la atención primaria de salud. Habrá que readaptar constantemente la estrategia en función de esta información, de la propia experiencia del país y de los cambios sociales que inevitablemente se produzcan a lo largo del tiempo."

"Si bien la idea básica de la atención primaria de salud es de carácter universal, no existe ninguna fórmula que sea universalmente aplicable a los programas de atención primaria, ya que cada uno de ellos representa un esfuerzo nacional especialmente destinado a hacer frente a

Academy of Family Physicians) es el centro técnico científico por excelencia, habiendo prestado un enorme apoyo, no solo al "status" científico, al legal y a la interrelación con las demás asociaciones de especialistas, sino a la educación continua de los médicos familiares, a través de programas que tienen un desarrollo creciente y un control de calidad cada vez más exigente. Ha llegado en menos de una década a ser la única especialidad en que para conservar la certificación se debe rendir un examen cada seis años, es decir que tiene un reciclaje obligatorio, mecanismo que son los primeros en aplicar. Esto asegura la calidad científica permanente del especialista, lo jerarquiza más ante sus colegas de otras especialidades y, sobre todo, garantiza al público la idoneidad y capacidad del profesional de atención primaria que lo atiende.

En Canadá, la existencia del Colegio de Médicos Familiares también ha prestado un impulso científico, profesional, educacional, etc. al movimiento de medicina familiar. Lo mismo sucede en Gran Bretaña en el Colegio de Médicos Generales.

Además, existe dentro de la estructura de la Asociación Americana de Escuelas de Medicina la Asociación de Profesores de Medicina Familiar, que pueden agruparse así y plantear sus problemas específicos dando así jerarquía académica al movimiento.

En México se ha formado la Asociación de Médicos Generales/Familiares que despliega una singular actividad y existe una Asociación Nacional de Residentes de Medicina Familiar.

En Brasil, durante el Seminario realizado en Campinas, el presidente de la Asociación Médica Brasileira anunció la creación de la Asociación Brasileira de Médicos Generales y de Familia.

A nivel mundial existe un organismo - WONCA - que agrupa a todas las asociaciones nacionales, cuya preocupación fundamental es la difusión de la filosofía de la medicina general/familiar como un enfoque de

En los Estados Unidos se estima que el 20% de la población cambia de residencia cada año, mientras que la familia promedio se muda más ó menos cada 7 años. Bajo estas condiciones y con la compleja gama de recursos de salud disponibles actualmente, la continuidad del cuidado del paciente a través de un médico no es siempre posible. Sin embargo, aún al paciente móvil se le puede proveer una razonable continuidad mediante una apropiada organización de la práctica y de los registros médicos.

En muchas instancias la continuidad puede ser provista por diferentes médicos trabajando juntos en asociación formal o informal, teniendo cada miembro acceso a los registros de los pacientes. La continuidad puede ser facilitada por el uso apropiado de enfermeras y otro personal de salud bajo una apropiada supervisión en aquellas situaciones en las que la atención por el mismo médico no sea posible.

Sin embargo, el Comité cree que el mejor cuidado es provisto si el paciente tiene una relación continua con un médico familiar. Aún cuando un grupo de médicos esté a cargo del cuidado total, uno de ellos debería ser responsable por la integridad y la continuidad del mismo para cada paciente.

Pueden resumirse las funciones del médico familiar en la atención de los pacientes de la siguiente manera:

1. El Médico Familiar es el primer contacto para los pacientes facilitando su acceso a la atención médica y al sistema de cuidados de salud.
2. El Médico Familiar es la llave para el proceso de referencia por problemas que están más allá de su espectro de práctica y competencia.
3. El Médico Familiar es el integrador de los Servicios de Salud recibidos por su paciente.
4. El Médico Familiar asegura la continuidad e integridad del cuidado médico. Esta es una de sus funciones más importantes.

Un Médico General provee cuidado médico en varias disciplinas de la medicina. Pero que él funcione como un Médico Familiar más que como un Médico General depende de que asuma la responsabilidad de un cuidado continuo e integral para sus pacientes en el contexto de un grupo familiar. La mayoría de los médicos prácticos funcionan como médicos familiares pero muchos otros no.

En Canadá se ha definido al Médico General como "aquel que ha sido entrenado para proporcionar atención primaria, continua e integral a los miembros de la familia, utilizando a consultores y a otros profesionales de la salud para asegurar la atención correcta del paciente". Esta definición condujo naturalmente al cambio de medicina general por el de medicina familiar y de médico general por el de médico familiar que es el que permanece actualmente. Condujo también al desarrollo de una nueva disciplina académica, la medicina familiar.

Puede afirmarse que la medicina familiar se refiere a la función del médico mientras que la medicina general se refiere al contenido de dicha práctica.

Algunos de los problemas que han demandado mayor discusión en los seminarios latinoamericanos y fueron también en su momento motivo de controversia en Canadá, Estados Unidos y México, por citar países de nuestro continente, son los siguientes:

Responsabilidades del Médico General/Familiar en la atención de la salud

Bajo este rubro todo el mundo está de acuerdo en que el médico en atención primaria debe constituirse en un recurso de salud accesible y disponible. Esto quiere decir que quien practique la medicina gene

una situación determinada. Lo que se hace en un país no siempre se puede trasplantar a otro para lograr en él los mismos resultados. No obstante, de las experiencias nacionales surgen ciertos factores que pueden servir de guía en otras partes, por lo que la cooperación internacional en este sector puede ser provechosa."

Siguiendo esta línea de pensamiento, es importante señalar que el éxito del movimiento de medicina general/familiar dentro de la atención primaria en los Estados Unidos, Canadá y México, por referirnos a los de nuestro Continente, ha sido en gran medida fruto de ciertas políticas nacionales. En los Estados Unidos el Gobierno Federal, respondiendo a un gran clamor de lo que se denomina dentro de su ámbito, "los consumidores" y entre nosotros el público, la población, la comunidad; respondiendo a ese clamor de una medicina accesible, disponible, humanizada, continua, aprobó una serie de leyes federales que llevaron consigo un instrumento sumamente práctico para imponer esta nueva filosofía dentro de un sistema liberal y privado como es el de dicho país: la orientación preferente de los fondos federales hacia las escuelas de medicina que crearan departamentos de medicina familiar y que impulsaran la especialización a través de residencias de medicina familiar. Se condicionó además dicho apoyo financiero a un número determinado y creciente de plazas para programas formativos de personal de atención primaria. En Canadá ha sucedido lo mismo; en un régimen donde las provincias tienen su autonomía, por ejemplo en Ontario, el Gobierno pidió a las escuelas de medicina que asumieran las estrategias y los programas necesarios para que por lo menos el 50% de los estudiantes se inclinaran por un derrotero de atención primaria, la medicina familiar. En el caso de México sucedió lo mismo, es la política de la Secretaría de Salud y Asistencia y del Seguro Social la que creó las oportunidades de trabajo y como consecuencia la necesidad de un personal que a posteriori fué formado a través de mecanismos educativos que se han ido perfeccionando con el tiempo. Es decir, ha sido una clara decisión, de los más altos organismos de la medicina institucional de México, lo que ha llevado a esta etapa evolutiva, la medicina

de atención primaria en ese país.

Por lo anterior, pensamos que tiene la mayor prioridad el diseño de una política nacional de utilización, refiriéndonos con ésto a la creación de cargos y de funciones de tipo médico general/familiar, y de formación de este tipo de personal con las características ya señaladas más arriba. Esto contribuye también a jerarquizar al personal y a la función de quienes se desempeñan en la atención primaria.

Como escribió una vez el Dr. Mario Chaves (8), la evolución o el progreso, tiene tres grados según la rapidez o la profundidad de los cambios: el mejoramiento, la modernización o racionalización, y la innovación. Nosotros creemos que lo aprobado en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud, y que es en este momento la tónica de todos los países del Continente (9): cobertura de servicios, atención primaria y participación de la comunidad, constituye una verdadera innovación. De cómo la educación médica y las estructuras que a ella responden, es decir las escuelas de medicina, enfrentan este desafío, este cambio en los sistemas de atención de la salud, dependerá que ellas también entren en una etapa verdaderamente innovativa.

Como lo expresamos hace poco el programa de Medicina de la Comunidad que llevó adelante la Federación durante 5 años "podrá transformarse en una estrategia que aborde en profundidad facetas que no han sido desarrolladas, o sufrir una metamorfosis de adecuación." (10) "Algo que se destaca con nitidez es la necesidad de encarar un proceso que lleve a la definición de un perfil de médico general, que sirva como recurso humano profesional dentro de los sistemas nacionales de salud. Muy rápidamente los gobiernos deberán definir la estructura del recurso humano necesaria para los sistemas nacionales de salud, y dentro de aquélla, funciones y características que deberán tener los médicos que soporten la mayor carga de servicios. El terreno fértil que encontré en las universidades el programa de Medicina de la Comunidad indica que las escuelas de medicina de América Latina

están maduras para asumir la nueva responsabilidad de armonizar sus acciones con los requerimientos que los sistemas de salud del Continente tienen en esta hora"

La VII Conferencia Panamericana de Educación Médica puede marcar un hito en el desarrollo de este proceso.

B I B L I O G R A F I A

1. Atención Primaria de Salud - Informe Conjunto del Director General de la OMS y del Director Ejecutivo de la UNICEF - Publicación de la OMS - Ginebra - Nueva York 1978.
2. Alpert, J.J. and Charney, E. The education of Physicians for Primary Care - Publication No. (HRA) 74-3113. Washington D.C.: Department of Health, Education and Welfare, 1973.
3. Simposio Internacional de Medicina General/Familiar y Comunitaria. Publicación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México - 1978.
4. Meeting the Challenge of family practice. Report of the Ad hoc Committee on Education for Family Practice of the Council on Medical Education. AMA - Chicago, USA - 1966.
5. Sayeg, W. A formação do medico generalista e a medicina especializada - Revista Brasileira de Educação Medica - Supl. No. 1, 81-111, 1978
6. Giacalone H. and Hudson, J.J. Primary Care Education trends in U.S. Medical Schools and teaching hospitals - Journal of Medical Education. Vol. 52, 971-981; 1977.
7. Varela Rueda, C.E. Formación del Médico Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social - Presentación del Seminario: "Experiencias docente-asistenciales en el desarrollo de la Medicina General/Familiar: el caso de México. Junio 30 - Julio 10., 1978 (mimeografiado)
8. Chaves, M. Strategies for Improving Health in Latin America - Publication of the W.K.Kellogg Foundation - USA; 1976.
9. Informe del Director - Cuadrienal 1974-1977 - Publicación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Documento Oficial No. 158 - Washington D.C.; 1978.
10. Ceitlin J., Medicina de la Comunidad - Publicación de FEPAFEM - Caracas, 1978.

A N E X O I

SEMINARIO DE CAMPINAS - BRASIL
" LA FORMACION DEL MEDICO GENERALISTA "

Relato Final

Redactado por:

Dr. Rubens Maciel (Coordinador)

Dr. Manoel José Ferreira

Dr. Murillo Villela Bastos

Mayo 24-27 de 1978

Durante tres sesiones realizadas en la mañana y tarde del día 25 y en la mañana del día 26 de Mayo, los participantes, divididos en seis grupos de trabajo debatieron el temario, tomando como base los documentos preparados por la Comisión Coordinadora del Seminario. Cuatro de los grupos tomaron como base de discusión los tópicos sugeridos para cada una de las sesiones. Los otros dos grupos centraron sus discusiones en torno a la serie de preguntas elaboradas por la Comisión Coordinadora.

El intercambio inicial de opiniones y de experiencias dejó claro que había consenso unánime en que la evolución de la atención y de la práctica médica entre nosotros, se han hecho siguiendo un énfasis creciente en la especialización. Analizando las causas motivadoras de esa tendencia, fueron enumeradas como principales las siguientes:

- a) la extraordinaria ampliación y continua renovación de los conocimientos científicos, que limitan cada vez más los campos en que un solo individuo puede sentirse seguro en cuanto a la calidad de la información que maneja y al dominio de las técnicas correspondientes;
- b) la tendencia del espíritu humano, a lo largo de una vida, de limitar sus campos de interés y acción, para explorarlos con más profundidad y seguridad;
- c) la escala de valores aceptada en las sociedades tecnológicas, en que la tendencia predominante es la diversificación de las tareas con diferenciación profesional creciente;
- d) el hecho de que el progreso de la medicina no evolucionó de manera uniforme y global, sino como una sucesión desigual de avances en cada uno de los ramos y sub-ramos especializados, lo que confiere al especialista mayor prestigio y mayores posibilidades de incentivos, inclusive materiales, colocándolo en evidente ventaja en relación a sus colegas de actividades más generales y menos diferenciadas;

- e) las condiciones de un mercado de trabajo que favorece al especialista, ya sea en el ejercicio de la actividad privada como en el reclutamiento de personal médico por las instituciones utilizadoras;
- f) la aceptación implícita de un tal estado de cosas por los órganos formadores de médicos, esto es, las universidades y facultades de medicina, las cuales, aunque formalmente se declaren dispuestas a la formación de un médico general, en verdad favorecen la especialización, por la fragmentación de la enseñanza y el desarrollo desigual de las diferentes áreas, por el predominio de profesores con formación y actividades especializadas y por la forma de atención hospitalaria;
- g) los criterios de promoción vigentes en la carrera del profesorado en los cuales la justa valorización de los aspectos científicos no es contrabalanceada por la correcta apreciación de las actividades de interés social y comunitario;
- h) la falta de un sistema nacional de salud integrado con sus niveles primario, secundario y terciario;
- i) la influencia de modelos alienígenos, desarrollados en condiciones epidemiológicas, socioeconómicas y culturales muy distintas de las nuestras.

Fué aceptado que no hay una relación adecuada entre el sistema formador de médicos y el sistema que los absorbe y utiliza, lo que hace que la preparación ofrecida por el primero se muestre inadecuada en muchos puntos, a la demanda de conocimientos habilidades técnicas y conductas exigidas por el segundo. Por otra parte el sistema utilizador ha desarrollado criterios propios de prestación de servicios, ignorando la valiosa contribución que le podría ser ofrecida por la gran suma de conocimientos y capacidad creativa concentrada en las Universidades.

Los grupos consideraron que las actuales tendencias del mercado de trabajo ofrecen menor capacidad de absorción profesional de actividades primarias de lo que seguramente sería deseable, pero que esa es una situación dinámica, en la que la actuación de los médicos individualmente y a través de sus instituciones formadoras y profesionales puede llevar a una rectificación de criterios con corrección de las distor-ciones existentes.

Al formular tales conceptos los grupos dejaron claro, en sus relatos o en las discusiones que les dieron origen, que reconocían el papel positivo y altamente benéfico, desempeñado por la especialización en el progreso científico y técnico de la medicina brasileña; que cualquier modelo de atención no prescinde de especialistas cuya calificación se desea al más alto nivel posible, y que la finalidad buscada es solo la corrección de un desequilibrio y la estructuración de un sistema de atención médica que permita la máxima utilización de los recursos humanos disponibles con los menores costos materiales y sociales.

En la etapa siguiente los grupos concentraron sus actividades en la caracterización de la figura del profesional objeto del Seminario. Fue ron analizados los conceptos implícitos en las denominaciones corrientes de "Médico Generalista"; "Médico de Familia"; "Médico de cuidados primarios"; "Médico de cuidados de primera línea"; etc. Llegóse a la conclusión de que esas diferentes expresiones no son todas sinónimas y que pueden implicar capacitación profesional y líneas de acción diversas para cada tipo, sobre todo teniendo en cuenta el sistema de aten-ción de la salud en que estarían insertos. Ninguna de las denominaciones obtuvo aceptación unánime de los grupos: tres de ellos optaron por la designación de "Médico", simplemente; uno aceptó la expresión "Médico Generalista", otro prefirió "Médico General", y el último propuso que de acuerdo con la tradición vigente se utilice la expresión "Clínico General", aunque aclarando que el nuevo profesional no debería ser confundido con los que existen con esa denominación, por mero reconocimiento popular.

En lo tocante a la extensión del proceso formativo, cuatro grupos entendieron que tal tipo de médico ya debería salir formado del curso de graduación, y que el gran objetivo de éste sería realmente formar el médico, en el sentido en que la mitad de los grupos empleó la expresión y con las características que más adelante se describen. Uno de los grupos consignó la divergencia existente en su seno, entre una mayoría que juzgó posible terminar la formación de ese profesional de salud en el curso de graduación y una minoría que prefirió extenderla hasta el nivel de postgraduación a través de la residencia. Un grupo optó por una primera fase experimental, en que la formación sería hecha en la postgraduación pudiendo la experiencia recogida servir para una etapa posterior en que ya en la graduación se ultimase la formación pretendida.

Todos los grupos que optaron por la formación en el nivel de graduación dejaron bien claro que debería seguirse, como en todos los demás ramos de diferenciación médica, etapas de acreditación académica creciente a través de diferentes tipos de cursos de postgraduación en el sentido estricto o lato.

Se insistió en que la adquisición de conocimientos, el aprendizaje de las técnicas y la formación de actitudes necesarias para la formación del nuevo profesional, solo podrán obtenerse en el tiempo actualmente disponible para el curso de graduación si hubiera un mejor aprovechamiento de éste y una reestructuración de los currículos que se oriente hacia la formación del médico desde sus primeras fases en el sentido del objetivo perseguido. Fué recordado en diferentes grupos, que esto implicaría también un esfuerzo para el cambio de actitudes de los actuales cuerpos docentes; en la utilización del sistema de atención de la salud mediante una auténtica y cuidadosa integración docente-asistencial; y una ampliación dentro del currículo y sin perjuicio de su duración, del período destinado al internado cuyo carácter rotatorio por las cuatro áreas básicas fué enfatizado por los grupos y con una continua vigilancia para resguardar las modificaciones capaces de corregir las distorsiones del sistema tradicional.

En relación a los contenidos comprendidos en la formación descrita se remarcó también que no puede haber un plan uniforme dado que se trata de la formación de profesionales adaptables a las realidades y contingencias de los medios donde van a actuar, los cuales, en un país de las proporciones del nuestro, son necesariamente muy diversos de una a otra región.

Todos los grupos concordaron en enumerar la medicina interna, cirugía, pediatría y tocoginecología como las cuatro áreas básicas indispensables. A ellas fueron agregadas psiquiatría, traumatoortopedia, medicina preventiva y comunitaria, primeros auxilios, epidemiología y saneamiento, conocimiento de ciencias humanas y sociales, economía médica, genética, demografía y desarrollo de la capacidad de adiestramiento y utilización de personal auxiliar.

Uno de los grupos especificó que a nivel de postgraduación, a las anteriores deberían ser agregadas, administración y más específicamente, sociología y antropología. Buscando delimitar las atribuciones y responsabilidades del nuevo profesional y delinear su perfil ocupacional, los grupos concordaron en que sus actividades se desarrollarían en la franja de los cuidados primarios de salud reservándole las funciones médicas inherentes a ese tipo de atención y la de coordinador del equipo de salud.

Los grupos tuvieron dificultades en delimitar con precisión los límites de la franja de actividades del nuevo profesional. Fué remarcada la prioridad de su actuación en la atención de los casos menos complejos, en los cuidados de la patología prevalente en la región, en la solución de las emergencias y en la asistencia activa a las comunidades.

Reconociendo que la mayor dificultad residiría en una formación a nivel de graduación, que incluyese la capacidad de ejecutar actos quirúrgicos más elaborados, los grupos optaron por una solución de compromiso, en que la extensión de las habilidades quirúrgicas dependería de la inclinación del estudiante y también de las posibilidades de proporcionarle formación adecuada.

Se destacó que la mejor solución para resolver tales dificultades es la jerarquización de los servicios de atención a la salud en forma de proporcionar la transferencia de los casos de uno a otro nivel de atención.

Al volver a considerar la necesidad de coordinación entre los servicios de salud y los programas de formación de recursos humanos, se señaló que tal coordinación representa una ventaja para el estudiante, que aprenderá tanto más cuanto mejor sea el sistema asistencial en el cual esté integrado y también para la sociedad que, no solo por el aspecto económico de costo-beneficio sino por el ideal de integración de todas sus partes en un todo armónico, puede exigir que Ministerios y Secretarías de Salud, la Previsión Social y demás instituciones prestadoras de servicios, las universidades y escuelas de medicina, y finalmente la clase médica, conjuguen sus esfuerzos y compatibilicen sus actividades de forma de asegurar a nuestro pueblo una cobertura de salud tan amplia y eficiente cuanto sea posible.

Fué objeto de cuidadosa atención de todos los grupos la necesidad de incentivos que aseguren "status" adecuado al nuevo profesional y permitan su reclutamiento no solo entre los jóvenes estudiantes sino también entre profesionales ya en ejercicio que deseen a través del reciclaje ingresar en este tipo de actividad o revertir a ella. Entre tales incentivos, fueron enumerados:

- a) Desarrollo de posibilidades de progreso profesional y/o académico equiparable a las propiciadas a los profesionales especializados;
- b) seguridad de reciclaje y perfeccionamiento, mediante programas de educación continuada;
- c) esclarecimiento de la población en relación al valor de este tipo de profesional y al patrón elevado de su formación;
- d) garantía de su aprovechamiento por la Previsión Social y por los demás órganos federales, estatales y municipales de salud;

- e) creación de un sistema flexible de evaluación del desempeño profesional, que debería recibir valorización adecuada, para los propósitos de retomar estudios ó de progreso académico;
- f) su inclusión en la carrera respectiva por el órgano competente del servicio público;
- g) fortalecimiento a nivel de la Asociación Médica Brasileña, de la recientemente creada Sociedad Brasileña de Clínicos Generales y Médicos de Familia;
- h) otras medidas indicadas por las circunstancias nacionales, regionales o locales.

Fué señalado que varias de esas medidas ganarían en fuerza y alcance con la implantación efectiva del sistema nacional de salud y la consiguiente jerarquización de sus servicios asentados sobre una amplia base de cuidados primarios.

En la tercera etapa de trabajo los grupos buscaron definir las responsabilidades y formas de actuación de las instituciones y órganos interesados en el problema con respecto a la implantación de un plan de acción coherente y eficaz. Como principios orientadores de la acción a desarrollar los grupos resaltaron la significación de los conceptos contenidos en el presente relato. En relación a la estrategia a seguir- y sin pretender desarrollarla en un verdadero plan- los grupos recomendaron:

- a) promoción de una imagen adecuada del nuevo profesional, a través de la divulgación de una ideología de asistencia médica que valore su trabajo; por el fortalecimiento de su imagen en la comunidad mediante campañas de esclarecimiento; por la creación de posibilidades de ascenso profesional y académico, y mediante el reconocimiento de su diferenciación por las entidades de clase e instituciones utilizadoras de servicios médicos;

- b) movilización de docentes y alumnos en el proceso de formación y promoción del nuevo profesional con preparación de liderazgos académicos que tomen a su cargo las necesarias modificaciones estructurales y de filosofía y la adaptación del aparato formador;
- c) creación de sistemas permanentes de educación continuada en cuya programación y desarrollo deberían intervenir las entidades docentes, las asociaciones profesionales, los órganos utilizadores de servicios médicos y los propios profesionales a que se destinan:
- d) captación, para financiamiento de programas de capacitación de recursos oriundos de instituciones públicas y privadas, destacándose entre todas la Previsión Social:
- e) concentración de esfuerzos en la aplicación de los incentivos ya enumerados y de cuantos otros las circunstancias indiquen.

En relación a las responsabilidades institucionales fueron focalizadas en primer lugar las que se refieren a las instituciones prestadoras de servicios y utilizadoras de trabajo médico a las cuales se recomienda:

- 1) estructuración de sus servicios según las líneas propuestas, asegurando la jerarquización de los niveles de atención con fortalecimiento del sector primario;
- 2) modificaciones en los criterios de admisión y promoción del personal médico, de modo de contribuir al fortalecimiento del mercado de trabajo;
- 3) desarrollo de estudios destinados a la creación, implementación y evaluación de programas que utilicen al nuevo profesional.

En relación a las Universidades, Facultades de Medicina y el propio Ministerio de Educación y Cultura, fué recomendado:

- 1) Elaboración de bases conceptuales y directrices que den una orientación y respaldo a la formación pretendida.
- 2) Adecuación de los preceptos legales, reglamentarios y administrativos existentes, de modo que faciliten la promoción y el desarrollo de la idea.
- 3) Apoyo, en su ámbito de acción a todas las iniciativas que contribuyan al fortalecimiento del programa.

A las Asociaciones de clase les fué recomendado que reconozcan la importancia del tipo de profesional que se pretende formar, den su apoyo al desarrollo de ese propósito y contribuyan a su divulgación.

Considerando específicamente las posibilidades de actuación de la Asociación Brasileña de Educación Médica, fué sugerido:

- 1) que promueva ó de apoyo a la creación de un Comité Permanente, que venga a responsabilizarse de la operacionalización de las recomendaciones del Seminario;
- 2) que elabore los conceptos y planes operacionales necesarios para la implementación del programa;
- 3) que promueva su divulgación junto a otras entidades e instituciones y participe del intercambio con instituciones congéneres a nivel internacional, para aprovechar la experiencia que se viene acumulando en otros países y al mismo tiempo colabore en el proceso de adaptación de esa experiencia a las reales necesidades y posibilidades nacionales.

Los grupos no se consideran habilitados para fijar un calendario de actividades para los próximos años, pero las discusiones indicaron el deseo de que la Asociación Brasileña de Educación Médica considere el asunto como una de sus líneas fundamentales de acción; lleve adelante su participación en las actividades desarrolladas al respecto por la

Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina y, de esa forma y por los medios convenientes, estructure el plan de acción y calendario de actividades solicitados.

Fueron presentadas felicitaciones a las entidades promotoras por la iniciativa de la realización del Seminario, y elogiado el interés y la participación de las diferentes entidades representadas, en especial, de los órganos de la Previsión Social.

SEMINARIO DE BOGOTA - COLOMBIA

" EL MEDICO GENERAL UNA RESPUESTA AL FUTURO "

Relato Final

Preparado por:

Dr. Rafael de Zubiría Gómez

Junio 7-10 de 1978

I. INTRODUCCION

En el Hotel Hilton de la ciudad de Bogotá, Colombia, tuvo lugar el Seminario "El Médico General una respuesta al futuro", entre los días 7 y 10 de Junio de 1978. El Seminario fué organizado por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina-ASCOFA - ME- con el auspicio del Ministerio de Salud Pública de Colombia y el patrocinio de la Fundación W. K. Kellogg y la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina-FEPAFEM-.

Las actividades programadas se desarrollaron de acuerdo con las normas contenidas en el reglamento interno y comprendieron una sesión inaugural, sesiones plenarias, conferencias, mesas redondas, discusiones en grupos de trabajo y una sesión de clausura, de acuerdo con el programa de temas, especialmente preparado.

Los participantes se dividieron en cuatro grupos de trabajo, los cuales discutieron sobre los dos temas básicos del Seminario, después de las conferencias introductorias donde los diferentes ponentes resumieron los documentos básicos que habían sido elaborados y repartidos previamente a los participantes.

El informe final reúne los relatos parciales de los grupos así como las demás opiniones expresadas en las diferentes actividades cumplidas en el Seminario.

El Relator General estimó procedente mantener en este informe el mismo orden en que se cumplieron las actividades programadas, dejando para el final el informe consolidado referente al análisis de los dos temas básicos del Seminario, que fueron los siguientes:

TEMA I - Análisis crítico de la formación y utilización del Médico General en Colombia.

TEMA II - Integración docente-asistencial en la formación del Médico General.

II. ANTECEDENTES

Uno de los problemas que más seriamente ha comprometido los esfuerzos de las facultades de medicina del país, ha sido el de identificar y promover la formación de un médico general que responda efectivamente a las necesidades de salud de las comunidades colombianas.

En la Asamblea de ASCOFAME reunida en 1963 en Cartagena, este tema fué tratado a fondo y fué seguido por el Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica que mostró por primera vez en el país un análisis científico sobre las calidades que debía reunir un médico útil para la solución de los problemas nacionales de salud.

Para no mencionar sino algunas actividades principales, los Seminarios de objetivos para la formación de un Médico General que ASCOFAME reunió en 1970 y la Asamblea Nacional de Villa de Leyva alrededor del tema de la medicina comunitaria en 1974, pueden citarse como otros ejemplos importantes de la preocupación de las facultades de medicina por buscar soluciones a esta problemática.

Más recientemente la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, FEPAFEM, y la Fundación Kellogg se han preocupado por este problema en América Latina y es así como bajo su patrocinio se realiza este Seminario.

La temática central se dirige a ahondar sobre el problema de la inadecuada coordinación de los sectores docentes formadores del personal de salud y los sectores usuarios del mismo, como una de las causas básicas de las dificultades en la implementación de los programas de formación de médicos generales ó de familia.

En un segundo tema central se plantea la necesidad de identificar estrategias útiles que permitan el desarrollo de programas efectivos de integración docente-asistencial dirigidos a facilitar la reorientación docente que se cree indispensable, dentro de la problemática de la formación de médicos generales en Colombia.

Paralelamente se propone analizar a la luz de la situación colombiana, los grandes avances internacionales que actualmente cumplen en Europa y particularmente en Norteamérica los programas de medicina familiar.

Alrededor de esta temática general se han orientado las guías de discusión y en general todas las actividades programadas en el Seminario.

III. PARTICIPANTES

En documento aparte se incluye la lista de los participantes y el detalle de su representación institucional.

IV. SESION INAUGURAL

Se inició a las 9.30 a.m. el día 7 de Junio de 1978 bajo la Presidencia del Sr. Ministro de Salud Pública Dr. Raúl Orejuela Bueno y con la participación además, del Sr. Ministro de Educación Nacional Dr. Rafael Rivas Posada, Dra. Doris Eder de Zambrano, Viceministra de Educación; Dr. Abel Dueñas Padrón, Secretario General Minsalud; Dr. Luis Manuel Manzanilla, Director Ejecutivo, FEPAFEM; Dr. Mario Chaves en representación de la Fundación W. K. Kellogg; Dr. Ernesto Zambrano, Presidente de ASCOFAME; Dr. Guillermo Rueda Montaña, Director Ejecutivo ASCOFAME; Dr. José Roberto Ferreira OPS/OMS; Dr. Mateo Budinich, Representante OPS/OMS en Colombia; Dr. Julio Ceitlin, Director Programas FEPA-

FEM; Dr. Alfonso Borrero, Presidente ASCUN; Dr. Humberto Janer Ruiz, Coordinador General del Seminario; Dr. Rafael de Zubiría Gómez, Relator General del Seminario.

La sesión se inició con palabras de bienvenida del Dr. Guillermo Rueda Montaña, Director Ejecutivo de ASCOFAME a nombre de las entidades organizadoras del Seminario. Señaló el Dr. Rueda los objetivos de la reunión haciendo hincapié en la importante coordinación que actualmente se ha logrado entre los sectores educativos y de salud. Al terminar agradeció el patrocinio de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina FEPAFEM y la Fundación Kellogg para el mejor éxito de este Seminario.

A continuación llevó la palabra el Sr. Ministro de Educación, Dr. Rafael Rivas Posada, quien destacó la creación del Consejo Nacional de Recursos Humanos como un modelo de lo que debe ser una política coordinada de recursos humanos en el más alto nivel de la administración pública.

Se refirió al difícil balance que las políticas de gobierno debían mantener entre las demandas sociales de incorporación a la educación superior y una política tecnificada de recursos humanos en el campo de la salud. Señaló finalmente su complacencia por su participación en un Seminario de tanta trascendencia nacional.

En seguida el Sr. Ministro de Salud Pública, Dr. Raúl Orejuela Bueno, se refirió a las características de excelencia que debe tener un médico general como promotor básico de la prestación de servicios de salud y a la necesidad de una constante actualización a través de amplios programas de educación médica continuada.

Se refirió a los esfuerzos del Ministerio de Salud para elevar el status del médico general a través de una política de empleo más racional y más justa, dentro del Sistema Nacional de Salud. Indicó la importancia del proceso formativo del médico general y la necesidad de utilizar modelos y patrones propios dentro de un claro concepto de autenticidad.

Señaló con preocupación la proliferación de nuevas facultades de medicina y destacó la importancia del recientemente creado Consejo Nacional de Recursos Humanos para la salud, como un mecanismo eficaz para racionalizar el desarrollo de nuevos centros docentes, impidiendo las situaciones críticas a que podrían conducir la actual explosión de proyectos para la creación de nuevas facultades de medicina.

Se refirió enseguida a la excelente coordinación actualmente en marcha entre el Ministerio de Salud y ASCOFAME, coordinación que se había fortalecido mediante una carta convenio interinstitucional donde en síntesis se establece una integración docente-asistencial que racionalice los programas de formación de personal de salud de acuerdo con los planes nacionales actualmente en marcha y las necesidades de la comunidad colombiana. Finalmente el Sr. Ministro de Salud declaró oficialmente instalado el Seminario.

Para terminar la sesión inaugural el Dr. Humberto Janer Ruiz, Coordinador General del Seminario, hizo una síntesis sobre el desarrollo metodológico que se seguirá en el Seminario.

Durante la sesión plenaria de la mañana y como primera conferencia introductoria, habló en último término el Dr. José Roberto Ferreira, Jefe de la División de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, quien analizó el tema "Visión general de la problemática latinoamericana en la formación y utilización de los recursos humanos".

Señaló en primer lugar el Dr. Ferreira que una revisión de la utilización del recurso humano médico en términos de diferencia ción, distribución y remuneración de este personal, permite señalar que la tendencia a la especialización está fundamentalmente relacionada con la posibilidad de ejercicio en grandes centros urbanos, con una práctica predominantemente hospitalaria y un mayor ingreso económico, es decir que la especialización está más influenciada por la determinación del patrón de la práctica de la medicina que por la propia orientación que se le da al pro ceso formativo.

Planteó como solución la búsqueda de un mejor equilibrio y una mayor coordinación entre el sistema utilizador y empleador y el proceso formativo, a través de una verdadera integración docente asistencial, basada en un Sistema Nacional de Salud con regiona lización por niveles de atención y una amplia revisión del plan de estudios de pregrado y de la distribución de los recursos do centes.

Finalmente defendió la tesis de la formación del médico general o de familia a nivel de pregrado, asociado a un sistema de utilización y de empleo que incentive su más amplio aprovechamiento con una concomitante limitación de la expansión de la formación de especialistas.

V. MESA REDONDA - "PROGRAMAS DE MEDICINA FAMILIAR"

Esta mesa estuvo coordinada por el Dr. Ernesto Zambrano y contó con la participación de los Drs. Alberto Escallón, Fuad Rumie y Rafael de Zubiría Gómez quienes hicieron una síntesis de un Seminario Viajero celebrado recientemente para conocer el desarrollo de los programas de medicina familiar en Estados Unidos de Norteamérica y visitar algunos programas docentes en este campo en universidades del mismo país.

En primer término el Dr. De Zubiría hizo un recuento del proceso histórico y social que precedió al desarrollo de los programas de medicina familiar los que calificó como el más importante cambio en la educación médica norteamericana, después del generado por el Informe Flexner a principios de este siglo. Continuó señalando las graves deformaciones que se habían presentado en los sistemas de prestación de servicios de salud, principalmente originadas por la virtual desaparición del médico general o de familia, por una atención fragmentada a través de especialistas con detrimento de la calidad de los servicios y de la relación médico-paciente y los consecuentes altos costos de la atención en salud. Indicó que los médicos generales que en 1930 eran alrededor del 75% del total de profesionales en ejercicio, habían descendido en 1974 a cerca del 17%.

Señaló además que como solución fundamental se habían comprometido los esfuerzos del país hacia la puesta en marcha de amplios programas de formación de médicos de familia a nivel de educación graduada, cuyas características básicas eran las de proveer una atención médica integral y continuada con énfasis particular en el núcleo familiar, sirviendo además como coordinador para la utilización de servicios de especialistas y de otros recursos de salud de la comunidad. Se refirió a que este gran desarrollo había sido posible gracias al esfuerzo conjunto de los propios médicos generales y de las comunidades usuarias así como por el apoyo económico de los fondos federales y estatales y de instituciones internacionales de las cuales había que mencionar en primer término a la Fundación W. K. Kellogg.

A continuación el Dr. Escallón hizo un amplio análisis de la organización y puesta en marcha de estos programas, indicando como a partir de la creación en 1968 de la Especialidad de Medicina Familiar se habían promovido nacionalmente los programas de residencias, que actualmente ascendían a cerca de 325, a través de departamentos ó secciones de medicina familiar ubicados

en el 80% de las actuales escuelas de medicina y donde se entrenaban 5.421 residentes en 1977. Continuó explicando como en un plazo de 10 años se habían certificado como Especialistas en Medicina Familiar alrededor de 11.000 médicos generales en ejercicio, los que habían tenido que cumplir cursos de educación continuada y exámenes especiales. Destacó por último el gran impacto nacional que estos programas estaban determinando en la prestación de servicios de salud y en los programas tradicionales de formación de médicos en las universidades norteamericanas.

Enseguida el Dr. Rumie hizo una descripción de los programas de residencias destacando el gran énfasis, que tenían las ciencias del comportamiento así como la importancia que se le daba al entrenamiento en los hospitales locales y a los cuidados médicos ambulatorios para un manejo eficiente de los problemas de atención primaria del núcleo familiar.

Finalmente el Dr. Zambrano cerró las exposiciones haciendo un análisis de la importancia de la participación comunitaria en el desarrollo de los programas de medicina familiar.

VI. PRESENTACIONES ESPECIALES

El sábado 10 de Junio antes de la sesión de clausura se presentaron dos conferencias magistrales preparada la primera por el Dr. Alfredo Aguirre sobre el programa PRIMOPS y su relación con la integración docente asistencial y la segunda por el Dr. Mohan Ragbeer de FEPAFEM sobre el tema "Tendencia de la Formación del Médico General ó de Familia en otros países".

El Dr. Aguirre en una documentada presentación se refirió al programa PRIMOPS actualmente en marcha en la ciudad de Cali, haciendo énfasis en los aspectos de integración docente asistencial.

El documento del Dr. Ragbeer, leído por el Dr. Julio Ceitlin, se centralizó alrededor del tema de la formación del médico general o de familia en otros países.

VII. SESION DE CLAUSURA

Se llevó a cabo esta sesión durante la parte final de la mañana del sábado, a través de una mesa redonda de evaluación general del Seminario, de la lectura del Relato Final por el Relator General Dr. Rafael de Zubiría Gómez y del discurso de clausura a cargo del Dr. Ernesto Zambrano Presidente de ASCOFAME.

MESA REDONDA: EVALUACION GENERAL DEL SEMINARIO.

Participantes: Dr. Guillermo Rueda Montaña, Director de ASCOFAME
Dr. Luis Fernando Duque, Vice-Ministro de Salud, Dr. Luis Manuel Manzanilla, Director Ejecutivo de FEPAFEM, Dr. Mario Chaves, Representante de la Fundación W. K. Kellogg.

El Dr. Rueda, coordinador de la mesa, manifestó que ésta pretendía hacer una gran síntesis del Seminario a la vez que anunciar las secuencias de éste en lo referente a los planes de las entidades organizadoras y patrocinadoras. Agradeció a todos los concurrentes su entusiasta participación, la cual auguraba cambios notables en favor de la formación y utilización del médico general, como elemento fundamental en la prestación de servicios de salud.

En lo referente a ASCOFAME, anunció que esta Asociación se dedicará en los próximos tres años a promover en las Facultades de Medicina, el estudio de la problemática discutida en el Seminario y la adopción de las modificaciones que cada una de ellas, por sus propios mecanismos, quiera llevar a cabo. Consideró que existe un consenso al respecto y que llegó el momento de pasar a la acción. Sugirió la organización de Seminarios en cada Fa-

cultad, con participación de los servicios de salud, para iniciar así una verdadera integración docente-asistencial en el campo de la planeación curricular.

El Dr. Luis Fernando Duque, Vice-Ministro de Salud puso de presente el interés del Ministerio por el Seminario y sus conclusiones. Expresó la satisfacción de las más altas autoridades de salud por la forma abierta y franca como se habían discutido los temas propuestos. Anunció la creación de una Comisión del Consejo Nacional de Recursos Humanos, dedicada al estudio e implantación de las conclusiones del Seminario en lo relativo a la integración docente-asistencial. Explicó los beneficios que, tanto para la educación médica como para el perfeccionamiento de los servicios de salud, aportan las estrechas relaciones existentes entre ASCOFAME y el Ministerio. Relievó las labores desarrolladas por la Asociación y manifestó su deseo de que estas relaciones continúen para bien del país, en los términos de cordialidad y mutua independencia que las han regido hasta la fecha. Informó acerca del Convenio firmado entre el Ministerio, el Instituto Nacional de Salud, ASCOFAME y FEPAFEM destinado a la elaboración de material didáctico para la educación continuada del personal del Sistema Nacional de Salud. El Dr. Duque dijo que el Ministerio considera al Médico General como la columna vertebral, el elemento fundamental del Sistema Nacional de Salud y conceptuó además que ese Médico General es la cabeza del equipo de salud, en donde la reasignación de funciones se constituye en política, como un instrumento permanente de atención en salud. Se refirió finalmente a la necesidad de instruir al Médico General en los principios de la Administración de los Servicios de Salud y a la formación de un médico de categoría especialísima, de gran utilidad para el perfeccionamiento del Sistema por medio de la investigación y crítica por parte del sector académico.

El Dr. Luis Manuel Manzanilla, Director Ejecutivo de FEPAFEM, informó al Seminario acerca de la realización de otros eventos similares, que hacen parte de un programa general destinado a la promoción de los estudios que llevarán a la formación del Mé dico General a nivel panamericano. Anunció la posibilidad de obtener becas de corta duración para la observación de progra - mas en ese campo. Todo ello forma parte de lo que ha denominado un Programa Transicional a efectuarse durante el presente año y destinado al estudio de la problemática en los varios países del área, y a la adopción de estrategias para la promoción de la for mación y utilización del Médico General, como actividad fundamen tal de FEPAFEM en los próximos años. Señaló que la Federación recogerá las opiniones de los Seminarios Regionales y de los estudios que se hagan en las diversas facultades con el fin de formular políticas que reflejen las realidades de cada país, y den a esas políticas un carácter eminentemente continental y par ticipativo. Para finalizar expresó su complacencia por la forma como se desarrolló el Seminario.

El Dr. Rueda Montaña antes de dar la palabra al Dr. Mario Cha - ves, agradeció públicamente la colaboración de la Fundación W. K. Kellogg y destacó los importantes resultados obtenidos por Co lombia gracias a la generosa contribución de esa Fundación a tra ves de los años.

El Dr. Mario Chaves, representante de la Fundación Kellogg, mani festó su entusiasmo por el desarrollo del Seminario y destacó la importancia de la activa participación de las más altas autorida des de salud, como un ejemplo de integración efectiva entre los sectores y de garantía para la implantación de medidas encamina das al progreso asistencial y docente. Dice que Colombia ha avan zado en el perfeccionamiento de su Sistema de Salud y que tiene bases y experiencia para integrarlo con el sector educativo a fin de obtener rendimientos mayores. Se refirió a la trascenden cia que tiene esa integración de servicios, su regionalización,

el establecimiento de niveles de atención y la participación de las Facultades de Medicina en su correcto funcionamiento. Estima que ha llegado el momento de traducir todas esas experiencias en una acción decisiva, para la cual ofrece la colaboración de la Fundación. Observa como la integración de los Sistemas de Salud han sufrido un proceso histórico similar en los varios países del Continente y como se han perfeccionado esos Sistemas y su conceptualización permitiendo obtener incalculables beneficios sociales a través de la humanización y eficiencia de los servicios y de la elevación de la calidad de la docencia. Destaca la importancia de obtener la participación de la comunidad, para obtener un verdadero cubrimiento asistencial y enfatiza la necesidad de definir las responsabilidades que competen al Especialista y al Médico General, y al papel de mutua colaboración que deben tener. Por último definió la colaboración de la Fundación para iniciar procesos efectivos que lleven a la formulación de políticas, para lograr la formación de un Médico que realmente responda a las necesidades y a las problemáticas específicas de los países.

En su discurso de clausura el Dr. Zambrano se refirió a los aspectos más relevantes del desarrollo nacional de la enseñanza y prácticas médicas haciendo énfasis particular en el tránsito inicial hacia una práctica altamente especializada con detrimento de los problemas de la salud colectiva.

Señaló a continuación como se fué cumpliendo una nueva e importante etapa dirigida a formar los profesionales más adecuados para las necesidades del país y donde el interés comunitario se antepone a las soluciones individuales y en cuyo desarrollo cumplen un papel fundamental las experiencias de integración docente-asistencial.

Finalmente se refiere a los aspectos más relevantes del Seminario y a las entidades que participaron y organizaron el evento, cuya eficiencia destacó y agradeció.

VIII. RELATO CONSOLIDADO DE LOS TEMAS I Y II

Dr. Rafael De Zubiría Gómez.

La introducción específica del Tema I sobre formación y utilización del médico general en Colombia fué hecha por los Drs. Alirio Zafra de la Universidad del Valle, Germán Jiménez Rozo del Ministerio de Salud, Carlos Agualimpia del Instituto de Seguros Sociales y Eduardo Marín de la Asociación de Médicos Generales del Valle quienes resumieron los documentos básicos que sobre este tema habían previamente elaborado y distribuido entre los participantes.

El Dr. Zafra centralizó su exposición sobre el proceso formativo del médico general haciendo un análisis histórico de su desarrollo en Colombia, y los Drs. Jiménez Rozo, Agualimpia y Marín se refirieron a la problemática de la utilización de los médicos generales en cada uno de los tres sectores que representaban.

El Tema II referente a la Integración Docente-Asistencial en la Formación del Médico General fué introducido por los Drs. Jaime Baquero Angel de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana, el Dr. Abel Dueñas Padrón del Ministerio de Salud, el Dr. Julio Ceitlin de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina y el Dr. Alirio Zafra de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle.

El Dr. Baquero Angel resumió un extenso documento que fué repartido en el Seminario, donde se explica en detalle el desarrollo histórico de los programas de integración docente-asistencial en las facultades de medicina del país.

Consideró que la integración docente-asistencial es una condición indispensable para la adecuada formación de un médico general para la comunidad colombiana y señaló algunos puntos que a su juicio favorecen o limitan el proceso.

A continuación el Dr. Dueñas expresó el marco conceptual de la integración docente-asistencial y expuso la política gubernamental al respecto.

Se refirió en especial a la integración de los sectores educativos y de salud y a la dinámica alternante del proceso. Al final de su presentación propuso concretamente a nombre del Ministerio de Salud la conformación de un grupo de trabajo de integración docente-asistencial ubicado en ASCOFAME que en un corto plazo elabore un proyecto sobre la formación de un médico general dentro del marco de referencia señalado en este Seminario.

El Dr. Julio Ceitlin presentó una síntesis del Programa Continental sobre Enseñanza de Medicina de la Comunidad, desarrollado por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, FEPAFEM, durante el período 1972-77 con universidades de 7 países: Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, Jamaica, Panamá y Venezuela. La descripción (in-extenso) del mismo está contenida en el libro titulado "Medicina de la Comunidad . Una experiencia de enseñanza aprendizaje en América Latina y el Caribe", que fué distribuido entre los participantes.

Se puso de relieve el hecho de que como consecuencia natural de aquel programa se organizaron una serie de actividades de las que es parte este Seminario-destinadas a estudiar la situación actual y las perspectivas del médico general o de familia en el contexto latinoamericano y gestar las bases conceptuales y las estrategias para un programa aplicativo de más largo alcance.

Finalmente el Dr. Alirio Zafra en su análisis introductorio al Tema II hizo consideraciones generales sobre un proceso de reforma curricular que en el área clínica actualmente se lleva a cabo en la División de Salud de la Universidad del Valle.

En el curso de la sesión la delegación de la Universidad de Antioquia a través del Dr. Alvaro Velásquez, presentó un documento titulado "Análisis a las políticas de ASCOFAME. Posición de la facultad de medicina de la Universidad de Antioquia ante el Seminario: "El Médico General una respuesta al futuro".

Después de las discusiones de los diferentes grupos en que se dividieron los participantes, se elaboraron relatos parciales y este relato final, donde se tuvieron en cuenta no solo las ponencias introductorias y las discusiones de grupo, sino también otras importantes opiniones indicadas en las diferentes actividades programadas en el Seminario.

A continuación se expresan las ideas y recomendaciones que se consideraron constituían el consenso alrededor de la problemática planteada.

TEMA I. "Análisis crítico de la formación y utilización del Médico General en Colombia".

Fue opinión general de los grupos la de señalar la importancia de las políticas de formación del personal de salud como un medio de incrementar la salud y el bienestar de las comunidades, uno de los objetivos básicos de una política nacional de desarrollo.

Se señaló sin embargo, como ya es universalmente reconocido, que en la eficacia de las acciones de salud intervienen otros factores interrelacionados, pero diferentes de la prestación misma del servicio, como son los cambios educativos, de vivienda y de ingreso, por mencionar algunos de los sectores más ligados a la modernización y desarrollo de las comunidades.

Dentro de este marco de referencia se analizó la alta prioridad que tiene la formación de un médico general que tenga la capacidad de contribuir activamente a la solución de los problemas de

salud de sus comunidades de acuerdo con las políticas nacionales del sector, particularmente dirigidas a extender la cobertura de los servicios.

Los grupos coincidieron en señalar, que las dificultades para el desarrollo de programas de formación de ese médico general, como había sido prioritariamente recomendado por las universidades colombianas, estaban principalmente determinadas no solo por el proceso formativo en sí mismo, sino muy especialmente por la propia organización de los servicios de la atención médica y por la decisiva influencia que éstas ejercen sobre la estructura del mercado de trabajo.

Se indicó la importancia de que los dos sectores -educativo y de salud- tengan una clara conciencia de la responsabilidad que tienen frente a las necesidades comunitarias y la conveniencia de una programación conjunta para la formación y utilización de los recursos humanos en salud.

Se dijo que un proceso de esta naturaleza, requiere de un claro conocimiento por parte de las instituciones universitarias, de la estructura del Sistema Nacional de Salud y de las funciones que dentro del sistema debe cumplir el médico general, y, por otra parte, de la necesidad de que los servicios de salud se vinculen más activamente al proceso formativo, a través de la utilización docente de su infraestructura física, de la incorporación a la enseñanza del personal en servicio, así como de una reorientación del mercado de trabajo y de empleo más acorde con las políticas conjuntas de los sectores.

Reconocieron los grupos que dentro de estos propósitos se han hecho esfuerzos y se han definido políticas de coordinación entre las facultades de medicina y los organismos encargados de la atención de la salud, pero que ha faltado una implementación efectiva que conduzca a desarrollos concretos y un mayor compromiso y convencimiento de los niveles decisorios de cada una de las áreas educativas y de salud.

Los grupos analizaron una serie de factores generales que podrían favorecer una más efectiva interacción de las dos áreas. Dentro de estas ideas hicieron entre otras las siguientes recomendaciones:

1. Necesidad de fortalecer la estructura operativa del Sistema Nacional de Salud para permitir una integración efectiva de los organismos responsables de la prestación de los servicios y para el cumplimiento de las políticas que conjuntamente acuerden los sectores.
2. Promover una mayor difusión y conocimiento del Sistema Nacional de Salud y de los planes nacionales del sector, en las facultades de medicina y en general en los organismos responsables de la formación del personal de salud.
3. Reorientación de las políticas formativas del Médico General con base principalmente en las funciones que debe cumplir en los diferentes organismos de atención de la salud.

Se llamó la atención sin embargo en que esta influencia recíproca no debía limitar la autonomía universitaria para la programación docente. Hubo acuerdo en considerar que las propuestas de funciones para el médico general en las diferentes modalidades de utilización, eran apropiadas y útiles únicamente como parte del marco de referencia para el desarrollo de los diseños curriculares y de los planes de estudio.

Y particularmente se enfatizó por todos los participantes de que esta interacción de los sectores educativos y de salud, en ningún momento puede conducir a rebajar la calidad científica del médico general, el que debe tener una formación óptima para su desempeño profesional, sea cual fuere su empleador.

TEMA II. "Integración docente-asistencial en la formación del Médico General".

Los grupos recomendaron acoger la definición de integración docente asistencial que plantea el Dr. Abel Dueñas en el documento introductorio de este tema.

Se considera la integración docente-asistencial como la coordinación de diferentes actividades de los sectores o sistemas de salud y educación en sus distintos niveles para asegurar el funcionamiento armónico entre ellos y lograr de esta manera una tarea coherente a través de un proceso de responsabilidades conjuntas. En esta forma, el concepto de integración docente-asistencial lleva a los dos sectores o sistemas a trabajar articuladamente en la planificación del recurso humano para la salud, teniendo en cuenta los componentes de producción al establecimiento de necesidades de personal en términos cuantitativos y cualitativos; formación en su sentido académico y asistencial; y utilización, en lo que respecta a vinculación o adscripción de ese personal al sistema de salud y complementariamente al educativo".

En los grupos se presentaron diversas experiencias de integración de facultades de medicina con los servicios seccionales del área de influencia, pero fué la opinión general de que correspondían a pequeñas experiencias parciales sin ningún soporte jurídico que les permitieran estabilidad y proyección.

Los participantes analizaron críticamente la formación en pregrado de un Médico General tratando de identificar los factores limitantes que no le han permitido adecuarse con éxito en la solución de los problemas de salud del país.

Se señalaron entre otras dificultades a nivel universitario los rígidos patrones de formación intramural con particular énfasis en instituciones hospitalarias de alta complejidad que no le permiten al alumno enfrentarse con la patología prevalente ni el

entrenamiento en el manejo de los recursos propios del ejercicio del Médico General; contradicciones en la estructura curricular y en el desarrollo de las experiencias educativas, cuando por ejemplo la docencia es exclusivamente realizada por especialistas y sobre patología especializada, cuando se trata de formar un médico general con altas calidades para el cuidado primario de la salud; la actitud individualista y curativa transmitida por los docentes en contraposición a las necesidades de formar médicos generales preparados para trabajar en equipo y capacitarlos para la atención integral de la salud.

Se señalaron también factores limitantes en la formación de médicos generales, dependientes de la práctica profesional y en general de la estructura de los servicios de salud, reiterándose el desestímulo de los mercados de trabajo por los desproporcionados índices de empleo para especialistas. Se señaló por ejemplo en el documento del Dr. Germán Jiménez Rozo, que prácticamente la única oportunidad de empleo que el Sistema Nacional de Salud ofrecía a los médicos generales eran los cargos de médicos rurales. Se señaló además la alta prevalencia de la atención hospitalaria con recursos especializados en detrimento de la atención ambulatoria.

A la luz de esta problemática fué un consenso de todos los grupos que una integración de los sectores educativos y de salud debía promover una amplia canalización de los recursos profesionales hacia la medicina general.

En desarrollo de estas ideas vale la pena señalar algunas de las principales recomendaciones:

1. Utilización de toda la infraestructura de los servicios de salud en la formación pregraduada buscando la incorporación temprana de los estudiantes a las áreas de atención primaria del sistema. Utilización con menor prioridad de los niveles más complejos como los hospitales regionales y universitarios.

2. Se recomienda mejorar el equipamiento y la preparación del personal de los servicios, creándoles a éstos estímulos académicos y económicos.
3. Se reconoció por la mayoría de los participantes la importancia de incorporar en el profesorado de la facultad de medicina a los médicos generales en tal forma que pudieran integrarse con los especialistas en las actividades docentes tanto a nivel hospitalario como ambulatorio.
4. Se señaló la necesidad de adelantar cambios estructurales en los servicios que creen posibilidades reales de empleo para el Médico General en todos los niveles del sistema.

Para la adecuada planificación y puesta en marcha de un proceso de integración docente-asistencial así concebido es necesario establecer normas legales que regulen las relaciones institucionales. Además de las normas contenidas en los decretos de reestructura del Sistema Nacional de Salud se destacó la reciente creación por decreto del Consejo Nacional de Recursos Humanos para la Salud en el más alto nivel decisorio de la administración pública y donde participan además de los Ministros de Educación, Salud y Trabajo, los Directores del ICFES, SENA y ASCOFAME.

Los grupos finalmente recomendaron que las responsabilidades y obligaciones de las partes, en el desarrollo de programas de integración docente-asistencial, deben legalizarse a través de contratos que aseguren la estabilidad y proyección futuras.

Finalmente la última sesión de los grupos de trabajo se dedicó a analizar los programas de medicina familiar que especialmente en Europa y Estados Unidos estaban actualmente teniendo un gran desarrollo.

Hubo acuerdo en aceptar que la medicina familiar era sensiblemente igual a la medicina general que vienen promoviendo las Universidades colombianas y que las diferencias conceptuales

que pudieran encontrarse eran solo el resultado de las distintas problemáticas de salud de las regiones señaladas.

Se anotó que la tendencia mundial muestra un retorno hacia la medicina general ó de familia y que es cada vez más evidente la necesidad de promover la formación de este tipo de recurso médico.

Se analizaron las características de la medicina familiar la que podía considerarse como aquella orientada a proveer un cuidado médico integral y continuado con énfasis en el núcleo familiar y en la humanización de las relaciones médico-paciente.

Los participantes estuvieron de acuerdo en que el Médico General ó de Familia debía formarse a nivel pregraduado con las características ya señaladas, descartándose la posibilidad de hacerlo a nivel de educación graduada, a través de la creación de una nueva especialidad.

Dentro de estas ideas vale la pena señalar una interesante propuesta, de fortalecer la formación del Médico General utilizando los dos años del internado y la medicatura rural, como un ciclo integrado final que permita un adiestramiento básico del estudiante en los aspectos señalados como fundamentales para un Médico General.

Un pronunciamiento reiterado de los participantes fué el claro reconocimiento de la necesidad de que el gobierno fortalezca la infraestructura de los servicios de salud en todos sus niveles y canalice los recursos adecuados para permitir el desarrollo operacional de las recomendaciones de este Seminario.

En un señalamiento final, es importante destacar un consenso general del Seminario, en el sentido de que el apoyo prioritario que se había recomendado para fortalecer los programas de medicina general no podían dirigirse en ninguna manera a disminuir

la calidad de los programas de formación de especialistas sino por el contrario, el propósito básico era el de establecer el armonioso desarrollo de una política nacional de recursos humanos, que responda realmente a las necesidades de salud del país.

A N E X O I I I

SEMINARIO DE MEXICO

" EXPERIENCIAS DOCENTE ASISTENCIALES EN EL DESARROLLO
DE LA MEDICINA GENERAL/FAMILIAR "
Relato Final

Preparado por:

Dr. José Rodríguez Domínguez

Junio 30 y Julio 1º de 1978

ANTECEDENTES

En México existen diversas experiencias respecto a la formación de recursos humanos para la salud, destinados a la atención médica primaria. Cabe destacar la formación de médicos especialistas en medicina familiar que realiza el IMSS, así como la formación de médicos generales a través del Plan denominado A-36 de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Las experiencias mexicanas en este campo son recientes y fructíferas, sin embargo, los esfuerzos requeridos para mejorarlas no parecen corresponder únicamente a asuntos de tecnología sino fundamentalmente a aspectos de actitud humana, lo que hace que este tipo de tareas se transformen en problemas especialmente difíciles y complejos pero también especialmente atractivos y estimulantes. El trabajo del médico dedicado a la atención primaria a la salud demanda de una postura de servicio efectiva así como de una capacidad para mantener un trato continuo de sus pacientes.

La Subsecretaría de Planeación y la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, con el fin de analizar las experiencias docente asistenciales en el desarrollo de la medicina general y familiar en nuestro país, organizaron una reunión con el fin de lograr los siguientes objetivos:

OBJETIVOS

1. Resaltar la importancia de la Medicina General y Familiar.
2. Analizar la relación Docente/Asistencial durante la formación de este tipo de profesional.
3. Describir el panorama de los programas de educación médica de la Medicina General y Familiar en México.
4. Analizar las reformas educacionales recientes a nivel de pregrado.

5. Compartir las experiencias Docente/Asistenciales que tienen diferentes instituciones en nuestro país en relación a la especialización en Medicina General y Familiar.
6. Analizar las perspectivas que tiene la Medicina General y Familiar dentro de los Modelos de Atención Médica Primaria en México.

ASPECTOS MAS RELEVANTES DEL DESARROLLO DE LA REUNION.

MARCO GENERAL

La Integración Docente Asistencial es algo más amplio que el simple hecho de que los alumnos vayan a tomar clases a los hospitales y centros de salud, o bien de que en las unidades hospitalarias existan aulas y que los médicos de los establecimientos participen como profesores en los programas docentes; se trata de una situación en la cual todo el sistema de prestación de servicios de salud, se transforma en un ámbito de enseñanza. En esas condiciones el concepto de Escuela de Medicina sufre también una transformación, ya que deja de ser un organismo intramuros y se extiende hasta las últimas ramificaciones del sistema de prestación de servicios, la comunidad y el individuo, poniéndose en contacto con los problemas de salud. La Integración Docente Asistencial establece así, una relación dinámica entre el sector formador de recursos humanos para la salud y el de prestación de servicios, cualquier cambio en uno determina cambios en el otro.

I. EXPERIENCIAS DOCENTE ASISTENCIALES A NIVEL DE PREGRADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

La Facultad de Medicina de la UNAM, desde 1974 estableció el Programa de Medicina General Integral, denominado Plan A-36, dirigido a la formación de un profesional que sea capaz de resolver

problemas de salud dentro de un modelo de atención primaria que no requiera de un equipo especializado, desde el punto de vista operativo se trata de incorporar a los alumnos a los servicios de salud que existen (Centros de Salud, Clínicas del Seguro Social), desde la primera etapa de su formación.

El Programa de enseñanza de dicho Plan se sustenta en la definición de objetivos educacionales precisos y enfatiza el aprendizaje en situaciones de solución de problemas reales, vinculando en forma estrecha la teoría y la práctica con la participación activa de estudiantes y personal docente (enseñanza personalizada). El trabajo que realizan los docentes es de tipo tutorial, y se apoya en manuales didácticos donde se especifican las tareas por realizar en la etapa práctica, este adiestramiento asocia la atención de individuos en el seno de las familias, y se complementa con trabajo en la comunidad.

El Plan A-36 se inició hace cuatro años y apenas ha egresado al servicio social la primera generación de alumnos. Independientemente de que a lo largo del desarrollo del programa se ha realizado evaluación sistemática y permanente, del desempeño de los alumnos, la evaluación definitiva la dará en los próximos meses y años, el desempeño de los egresados en las situaciones de ejecución real y de los rendimientos de los programas de atención médica.

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA (XOCHIMILCO)

Otra experiencia presentada fué la correspondiente a la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana que se inició en 1974 a través de un plan de estudios de enseñanza modular. El proceso educativo lo sustentan en la integración de tres elementos que son: docencia, investigación y servicio. Se pretende con ello obtener un médico que responda a las necesidades de atención primaria a la salud.

El modelo de enseñanza aprendizaje utilizado se concibe como un proceso articulado en torno a la solución de problemas, mediante la aplicación del método científico y apoyándolo a través de una práctica institucional de tipo universitario que está en estrecha relación con las instituciones aplicativas (Integración Docente Asistencial).

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Por otro lado, la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León ha estado desarrollando un programa experimental en Guadalupe, N. L., con el que busca vincular las acciones educativas a los servicios de salud en el programa de atención primaria a la salud; para lograr ésto partieron de la integración de un diagnóstico de la salud en el municipio, tratando de identificar los recursos de salud conforme a niveles de atención, incluyendo también los recursos asistenciales con los que cuenta la Facultad de Medicina (Hospital Universitario); los objetivos que persigue son:

- Mejorar los niveles de salud de ese municipio.
- Mejorar la preparación de los profesionales de salud involucrados en el programa.
- Modificar los planes de estudio de las diferentes Facultades que componen el área de salud en base a los resultados obtenidos con la aplicación de este programa.
- Extender el programa a otras áreas geográficas cuando las condiciones de conocimiento adquirido, recursos y necesidades lo permitan.

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

La Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara en 1975 trató de modificar la estructura Académico-administrativa; dando lugar a departamentos que no correspondieran a materias, sin embargo a pesar de esos cambios administrativos, ha persistido el programa de estudios por asignatura a lo largo de toda la carrera.

Experiencias semejantes a los de esta Universidad se han repetido en otras escuelas y facultades, las cuales tienen escasas reformas educacionales.

II. RELACION DOCENTE ASISTENCIAL ENTRE LOS DISTINTOS PROGRAMAS Y LAS INSTITUCIONES ASISTENCIALES INVOLUCRADAS

Los alumnos de las Escuelas de Medicina se están adiestrando en la solución de los problemas de salud atendidos en el segundo y tercer nivel de atención y están siendo insuficientemente preparados en la solución de los problemas de atención médica primaria; por otro lado, el crecimiento de la demanda de estudiantes de medicina ha desbordado la capacidad de las instituciones asistenciales; uno de los principales defectos lo constituye la inexistencia de una programación que correlacione las necesidades de adiestramiento de los estudiantes con las necesidades asistenciales de las instituciones; de hecho no existe una formalización de las relaciones docente asistenciales entre las instituciones formadoras y las aplicativas, a través de convenios que especifiquen claramente el compromiso de ambas partes, con la única excepción de lo que sucede en el Plan A-36.

La carencia de instrumentos formales para definir las responsabilidades o compromisos adquiridos para formar el recurso que se convertirá en un médico general, resalta la importancia de que se establezca una base legal para la operación de dichos programas, ya que cuando existe una verdadera integración docente -

asistencial, se facilita prevenir y resolver las deficiencias de programación y supervisión.

La experiencia que tiene el Instituto Mexicano del Seguro Social destaca la conveniencia de que se siga el modelo de coordinación docente/asistencial probado con éxito en el Plan A-36. Las experiencias docente asistenciales en el terreno de los pasantes de medicina en el servicio social, hacen notar especialmente que el esfuerzo que se hace para modificar las actitudes de servicio del alumno, se ven perdidas en altas proporciones debido a que el alumno ya médico, al incorporarse a los sistemas de trabajo de cada institución, se dedica a ejercer en servicios clínicos donde su preocupación llega únicamente a la ejecución de actividades restringidas al consultorio.

Al parecer uno de los aspectos más importantes al que se deben enfrentar las instituciones y que dificultan que exista una adecuada integración docente-asistencial es el elevado número de alumnos que reciben las escuelas de medicina. El obstáculo representado por la masificación de la educación médica rompe el equilibrio que la institución requiere para la prestación de sus servicios. Al asimilar un número elevado de estudiantes, no se puede garantizar una preparación adecuada, especialmente en el terreno clínico.

Durante la discusión de este tema, se reiteró que lograr una adecuada integración docente asistencial, significa participar dentro del terreno de la planeación del propio sector salud, por lo que las escuelas deberían considerar en sus programas el del médico general, valorado de acuerdo al mercado de trabajo; por otro lado la proliferación de escuelas de medicina, la masificación y el deterioro de la formación de médicos debe ser estudiado y resuelto tanto por el sector salud como por el sector educación.

III. LA MEDICINA GENERAL/FAMILIAR, EXPERIENCIAS DOCENTES DE POSTGRADO.

En 1971 el IMSS inició el primer curso de Medicina Familiar a nivel de postgrado, su programa de enseñanza tuvo como objeto mejorar los conocimientos, destrezas y actitudes de los egresados de las escuelas de medicina, para una mejor práctica de la medicina general dentro de la Institución.

Con este propósito se han preparado varias generaciones de Médicos Familiares (1780 médicos); en la evaluación de este programa se han identificado las siguientes fallas:

1. Programa de enseñanza con un exceso de actividades teóricas, que enfatizaba las áreas socio-médicas más que las bio-médicas.
2. La falta de una práctica adecuada.
3. Una enseñanza de salud pública y medicina puramente teórica.
4. Deficiencia en el proceso de evaluación y supervisión.
5. Falta de profesores y tutores adecuados.

El reconocimiento de estas fallas dió lugar a un rediseño de un nuevo programa el cual apenas se iniciará en marzo de 1979, sin embargo, para que el programa funcione óptimamente se requieren los siguientes cambios básicos:

1. Contar con un programa de capacitación de profesores.
2. Otorgar al médico Familiar la jerarquía que le corresponde.
3. Definir con claridad las metas educativas en el aspecto cognocitivo,psicomotriz y afectivo.
4. Hacer que el residente de esta actividad reconozca su importancia dentro de la Institución.

5. Ampliar el programa a 3 años.
6. Rotación en los servicios de acuerdo con los objetivos del programa.
7. Disminuir la carga teórica y desarrollar la capacidad para la solución de problemas.
8. Hacer menos hincapié en los aspectos sociológicos y dar más importancia a los problemas psicológicos.
9. Evaluar el programa en forma integral.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia, tiene como experiencia el desarrollo del curso de Medicina Familiar y/o Comunitaria a nivel de postgrado cuyo objetivo final del programa fué lograr la calidad del producto, haciéndolo adecuado a las necesidades que existen de atención médica primaria a través de objetivos educacionales acordes a las necesidades del sector contratante. La experiencia obtenida en el corto plazo de un año ya prevee la necesidad de seleccionar a los alumnos, mejorar sus actitudes, contar con un programa de formación de profesores, definir adecuadamente el rol de este médico y realizar una evaluación integral.

Es de recapacitar que las funciones del Médico Familiar dentro del sistema de atención integral a la salud, requiere de estrategias para que pueda funcionar adecuadamente, tales como:

1. El Médico Familiar, deberá de tener una población derechohabiente compactada en un área limitada, y contar con el auxilio de un equipo paramédico adecuado.
2. Deberán existir formas especiales de papelería, acordes a las necesidades de consulta y atención médica familiar, y en coordinación con todo el sistema de información de los servicios en todos los niveles.

3. Existencia de un reconocimiento público e institucional de la importancia del Médico Familiar, así como de los estímulos institucionales.
4. El Médico Familiar participará no únicamente en labores asistenciales, sino también en actividades docentes y de investigación.

IV. PERSPECTIVAS DE LA MEDICINA GENERAL/FAMILIAR DENTRO DE LOS MODELOS DE ATENCION PRIMARIA.

Como todo lo útil al enfermo es útil a la institución, ésta debe buscar satisfactores para sus enfermos. El Médico General es útil, importante, y su formación debe verse como el principio de la solución de muchos problemas, de ahí que no hay que buscar cuál es el médico que necesita determinada institución, sino el que necesita el enfermo. En la medida en que se desarrollen los esquemas de coordinación interinstitucional, los panoramas de trabajo para el Médico General serán más amplios.

El Médico General debe ser formado en el pregrado y el familiar en el postgrado, esto requiere de que la medicina se simplifique pero sin degradarla; este tipo de profesional necesita de programas de educación continua, que en congruencia con sus tareas institucionales, debe incluir actividades de adiestramiento en servicio, por ejemplo, a través de la visita a los hospitales en donde estén internados sus enfermos para discutir sus casos clínico familiares con los subespecialistas.

El rol de este médico debe ser el de proporcionar atención médica primaria y convertirse en promotor, educador y asesor del sistema formal e informal de atención a la salud. La mejor evaluación de sus actividades la realizaría el propio paciente y la familia que sea atendida por este médico.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Los organismos del sector salud y las Universidades y Escuelas de Medicina y en general cualquier institución para la formación de recursos humanos para la salud, deben actuar en cooperación y corresponsabilidad para lograr una adecuación de la cantidad y calidad de la oferta de educación superior y media en las profesiones para la salud.
2. Los currícula para la formación de Médicos Generales/Familiares deben ser flexibles en relación con los contenidos educacionales, para adaptarlos a los conocimientos y destrezas requeridos según las necesidades y la organización de los recursos en las áreas geográficas e institucionales donde los egresados van a ejercer su profesión.
3. Para que los programas de Integración Docente-Asistencial se ajusten a un patrón de convenio formal, deben mejorarse los convenios ya existentes y promoverse su ampliación y perfeccionamiento para las instituciones que lo requieren.
4. La Integración Docente-Asistencial, impulsa por sí misma la evaluación de los programas educacionales y de atención médica, como la mejor estrategia para ajustar permanentemente la formación de los profesionales de la salud a la naturaleza cambiante de las necesidades de la sociedad.
5. La demanda educacional a nivel clínico, ha rebasado en tal grado la capacidad de las instituciones asistenciales para recibir a un número creciente de estudiantes, que ésto produce una deficiencia de la calidad académica de su entrenamiento y pone en peligro la calidad de los servicios médico asistenciales.

A N E X O IV

SEMINARIO DE CARACAS - VENEZUELA
" UTILIZACION Y FORMACION DEL MEDICO GENERAL "
Relato Final

Relator General:
Dr. Tibaldo Garrido de Armas

Julio 27-29 de 1978

I. INTRODUCCION :

En Caracas entre los días 26 al 29 de Julio de 1978, se realizó el Seminario "Utilización y Formación del Médico General", en la sede de la Asociación Médica Recreacional (ASOMER), Torre del Colegio, cedida gentilmente por este organismo. El Seminario fué organizado por la Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina (AVEFAM) con el patrocinio de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina (FEPAFEM), la Organización Panamericana de la Salud, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, la Federación Médica Venezolana, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y las Facultades de Medicina de Venezuela.

De acuerdo con el programa previsto, la Sesión Inaugural se celebró el día 26 de Julio a las 8.00 p.m. Inició la sesión el Presidente de AVEFAM, Dr. Heber Villalobos, quien destacó la evolución y desarrollo de la ciencia y la tecnología en las últimas décadas y la influencia que han tenido en la especialización y sub-especialización de la medicina, así como, la minimización progresiva de la figura tradicional del médico general, de familia, particularmente en las grandes ciudades. Sin embargo, señaló la tendencia manifiesta, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo a revivirlo y darle de nuevo la importancia y el puesto que merece dentro de la comunidad. En la misma medida señaló la tendencia a deshumanizar la medicina por parte del especialista y la necesidad sentida por parte de la sociedad del retorno del médico general con su actitud de una mejor relación médico-paciente y un enfoque antropológico de su ejercicio profesional.

Expresó que Venezuela no ha escapado a los cambios señalados y tanto el sector salud como el sector educativo han hecho algunos esfuerzos para buscarle solución de acuerdo con los nuevos enfoques y aportes de las diversas disciplinas que participan en el estudio integral de tan importante problema.

Siguió en el orden de palabra el Presidente de la Federación Panamericana de Facultades de Medicina, Dr. Aloysio de Salles Fonseca quien manifestó su complacencia por el apoyo que el Gobierno de Venezuela ha dado a la Federación para su instalación y desarrollo de las actividades que realiza para todo el Continente Americano. Enfatizó la importancia del tema del Seminario y expresó que con el esfuerzo conjunto de todos los países debemos encontrar solución a los numerosos problemas de atención médica y formación profesional, para satisfacer las necesidades fundamentales de salud de nuestros pueblos. En tercera instancia le correspondió intervenir al Ciudadano Ministro de Educación, Dr. Rafael Silva, quien se identificó con el tema del Seminario y se incluyó como persona entre los que han expresado la necesidad de disponer de un médico que sea además de un profesional conocedor de su disciplina científica, un orientador de todos los pasos que debe seguir un paciente a través de su proceso de enfermedad hasta llegar al restablecimiento individual y familiar. Mostró definida receptividad hacia las conclusiones a que pudiera llegar este evento y ofreció su colaboración para hacerlas llegar al Consejo Nacional de Universidades, con el objeto de canalizar todos los aspectos positivos que de ellas se puedan derivar.

Por último le correspondió al Ministro de Sanidad y Asistencia Social, Dr. Antonio Parra León, dirigir la palabra a los presentes resumiendo la política del Despacho a su cargo, en materia de atención médica, ampliación de capacidad instalada y en la construcción de una red de centros ambulatorios que constituyen parte del soporte estructural del sistema de atención que llegará a servir de instrumento al Sistema Nacional de Salud. Terminadas sus palabras hizo votos por el éxito del Seminario y dió por concluido el acto.

II. DESARROLLO DEL SEMINARIO

El día jueves 27 de Julio, a las 8.45 a.m., el Coordinador General del Seminario, Dr. Tulio Villalobos Capriles, hizo una exposición de la metodología y particularidades a seguir para la ejecución de las actividades programadas.

1. Introducción al Seminario

El Dr. Carlos Luis González, a manera de marco de referencia conceptual e informativo, expuso el tema "El médico general, tema antiguo y siempre actual".

Señaló algunos hechos ocurridos en América Latina en el campo educativo y de servicios del sector salud en los últimos años, que han venido a justificar la realización del Seminario: los Seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social, realizados por la OPS, el Internado Rotatorio de Pregrado, los Programas de la Medicina de la Comunidad, el interés de precisar el marco conceptual sobre el médico general y la necesidad de ampliar la cobertura de la población con un sistema de atención primaria de salud. Señaló las diversas manifestaciones que se han producido acerca de la necesidad de un Servicio Nacional de Salud para Venezuela, reiterada en el V Congreso Venezolano de Salud Pública como "la alternativa que mejor garantiza la aplicación de una política de salud coherente y el desarrollo de un proceso global de planificación del sector salud".

Recordó las diversas denominaciones que se han atribuido al médico general: médico de primera línea, o de primer contacto, médico básico, médico indiferenciado, médico integral, médico de familia, haciendo la observación de que el médico general parece ser el de mayor aceptación en América Latina.

Resumió la evolución del médico general y la práctica de la medicina general en nuestro país. La tendencia a la especialización en las últimas cuatro décadas.

Recordó a todos los asistentes las atribuciones nacionales expresadas en el primero, segundo, tercero y cuarto Seminario Nacional de Educación Médica en relación con este tema y otras reuniones nacionales que lo han tratado en diversas oportunidades. Señaló las opiniones diversas en relación con su formación, bien en pregrado, en post-grado, o con la combinación de ambas. No dejó de señalar la importancia de reivindicar el status profesional, económico y gremial que merece el médico general. Hizo referencia a algunas experiencias norteamericanas en relación con la formación del médico general, de familia y de proyección comunitaria.

2. Panel. Tema I. "Utilización del Médico General"

a) En el Servicio de Salud (SAS)

En un trabajo bien documentado el Dr. Felipe Bello hizo una exposición completa sobre el tema. Señaló las razones fundamentales para justificar la utilización del médico general.

Presentó información estadística del número de médicos registrados por el Ministerio y su distribución, con las comparaciones porcentuales entre médicos generales (37.3%) y diversas especialidades (62.6), los recursos instalados para la atención médica. Hizo una descripción detallada de las funciones que debe cumplir el médico general y su ubicación en los diferentes niveles de atención médica, concluyendo con un conjunto de recomendaciones que contienen aspectos fundamentales en relación con la utilización del médico general.

b) En el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)

El Dr. Francisco Salazar Meneses destacó la forma inadecuada como se vienen utilizando los médicos generales en el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y limitada a los centros ambulatorios. Hizo un análisis crítico de las características de la atención médica a ese nivel y propugnó por revisar esa situación y ajustarla a los conceptos actuales de la práctica de la medicina general, de acuerdo con los postulados y principios doctrinarios aceptados por organismos internacionales de seguridad social y con las verdaderas necesidades de la comunidad asegurada.

c) En la Práctica Privada

El Dr. Alberto Aagaard en su exposición, coincidió con la distribución porcentual de médicos generales y especialistas señaladas por los expositores anteriores y destacó el hecho de que solo una pequeña porción estaba constituida por médicos con mayor promedio etario y estabilizados en el ejercicio de la medicina. En cambio un número importante de médicos jóvenes se encuentran en proceso de transición de su ejercicio rural hacia la búsqueda de la especialización de post-gradó. Describió las características más importantes del ejercicio profesional del médico general en la práctica privada haciendo observar el hecho de que subsiste en el medio rural y tiende a desaparecer en las áreas urbanas y sub-urbanas. Abogó por la creación de la Sociedad de Médicos Generales que en forma colegiada contribuya a definir el marco conceptual y las bases doctrinarias que permitan describir las características profesionales y la práctica del médico general.

d) Aspectos gremiales en la Utilización del Médico General.

El Dr. Joffré Díaz Guzmán, desarrolló esta parte del tema y destacó entre los aspectos de protección, seguridad social y derechos gremiales del médico general, los siguientes:

- No ser empleado público.
- Ingreso y ascensos exclusivamente sobre la base de méritos.
- Estabilidad en el cargo.
- Derecho constitucional a la Seguridad Social con todas sus implicaciones.
- Credenciales de especialista.
- Derecho a asociarse.
- Garantía de su enseñanza continuada.

3. Conferencia "Experiencia sobre Medicina de la Comunidad en Venezuela".

En excelente, clara y concisa exposición, el Dr. Julio Ceitlin destacó las experiencias educativas más importantes ocurridas en América Latina con la finalidad de integrar el sector educativo con el sector asistencial, partiendo desde la década del sesenta en que se implantaron los Departamentos de Medicina Preventiva y Social, luego las experiencias del Internado Rotatorio de Pregrado para arribar a los Programas de Medicina de la Comunidad, patrocinados y desarrollados con la ayuda financiera de la Fundación W. K. Kellogg. Presentó los programas sobre medicina de la comunidad desarrollados en varios países de América Latina que, con peculiaridades para cada uno, todos han contribuido a demostrar la factibilidad de llevar el proceso enseñanza-aprendizaje fuera de las aulas universitarias utilizando la integración docente-asistencial como base fundamental del proceso. Los programas de Medicina de la Comunidad han demostrado la posibilidad de conceptualizar, definir políticas,

planes, estrategias y estructura curricular para que los alumnos puedan aprender a resolver los problemas de salud de las comunidades en el propio terreno de los acontecimientos, con indudables beneficios, tanto para el sector salud y educativo como para la comunidad. Los ejemplos presentados revelan una vía claramente utilizable para implementar la formación del médico general.

4. Trabajo de Grupos sobre el Tema I

Los participantes al Seminario fueron distribuidos en tres grupos para discutir los temas presentados por los integrantes del Panel.

Grupo I - Relator: Dr. Pedro Guédez Lima

Grupo II - Relator: Dr. José Puchi

Grupo III - Relator: Dr. Tulio Monrroy P.

Los relatos de los grupos revelan que todos enfocaron, aunque desde diferentes puntos de vista, todos los aspectos involucrados en relación con la situación de salud, las necesidades de salud, las demandas de la comunidad, las funciones que debe desempeñar el médico general, las modalidades de la práctica de acuerdo con los niveles de atención médica y las particularidades en relación con su status gremial, profesional y social.

Definición

No fueron objeto de discusión especial las diferentes definiciones expresadas en documentos relacionados con la denominación, aunque todos coinciden con el profesional que ejerza la práctica de la medicina general.

Se señaló la necesidad de estudiar las características y las tendencias de los sistemas de atención médica y de la proble-

mática de salud de la sociedad para llegar a definir este tipo de médico y su formación profesional. Se consideró necesario adecuar su actuación a situaciones dependientes de las necesidades reales de la población.

Actualmente en Venezuela no se ha tomado conciencia total de la identificación del médico general como fundamental en el sistema de salud, no se ha reafirmado la política educativa de la formación de este tipo de médico, no han sido suficientes las estrategias para su logro. Sin embargo, han sucedido hechos que reflejan inquietudes y representan razones para identificación, como son las siguientes:

- a) La definición del médico general en Seminarios Nacionales de Educación Médica, como metas para las Escuelas de Medicina.
- b) Necesidades sentidas de la población a buscar la atención médica más humanizada, que responda a la problemática familiar y a las contingencias médicas sociobiológicas.
- c) Necesidad de atender problemas primarios de salud que son predominantes y necesidad de aumentar la cobertura.
- d) Razones de eficiencia administrativa en las instituciones de atención médica.

Sistema de Salud

Los grupos admiten que un Servicio Nacional de Salud constituye una plataforma que daría posibilidades de afirmación del Médico General. Por lo tanto se sugiere agilizar la aplicación real y efectiva en el país, de ese sistema de salud, acorde con la política expresada en instrumentos legales del Estado Venezolano a través del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. El sistema que se adopte, debe estar basado en la regionalización, la jerarquización de niveles de atención médica, la existencia de equipos humanos multidisciplinarios, un con -

junto uniforme y coherente de normas, sistemas y procedimientos la coordinación intersectorial, el desarrollo administrativo y la participación de la comunidad. Este sistema debe permitir que los profesionales, técnicos y auxiliares, reasignadas sus funciones, conozcan la parte que le corresponde ejecutar en cada actividad.

Práctica de la Medicina General.

Hubo consenso en que:

1. La Medicina General se requiere para atender las necesidades primarias de salud del individuo, de la familia y de la comunidad, con el objeto de asegurar la cobertura de la población en el tiempo, en el espacio y de acuerdo con una política de salud definida.
2. Las acciones de la Medicina General deben proveer entonces, cuidados de atención médica integral, contribuir a facilitar la accesibilidad y la continuidad de los servicios.
3. Hubo acuerdo en que para el ejercicio de la Medicina General, se requiere un médico capaz de resolver la mayoría de las situaciones de enfermedad o alteraciones de la salud, con especial énfasis en la técnica de prevención de las enfermedades y promoción de la salud.
4. Los cambios estructurales que surjan con motivo de la aplicación del sistema de salud, deben estar orientados a incrementar las posibilidades de absorción y de utilización del médico general como factor determinante para la prestación y conducción de los servicios.
5. Cada uno de los niveles de atención en la regionalización de la salud debe constituirse en área docente para que estudiantes y médicos generales adquieran un conocimiento a fondo de las peculiaridades de funcionamiento de los mismos, puedan rotarse por ellos, ampliando la docencia extra-hospitalaria.

6. Debe hacerse énfasis en la ampliación y fortalecimiento de la atención ambulatoria y domiciliaria, orientando los cambios hacia la reducción de las actividades intra hospitalarias.

Funciones

De acuerdo con lo expuesto podemos expresar que los Grupos coinciden en que lo esencial es definir el perfil de funciones, su relación con el tipo de práctica médica, su actitud a entender necesidades reales, su adaptación al tipo de sistema de salud y a las características de organización social de la sociedad. Las funciones en las diferentes modalidades de práctica médica del médico general, son determinantes del curriculum así como también lo son, las necesidades de salud del país, los avances de las ciencias médicas y las características de organización de la atención médica. Un Grupo se acogió totalmente a la descripción de las funciones básicas que debe cumplir el médico general expuestas en el trabajo del Dr. Felipe Bello, las cuales son las siguientes:

Funciones de Prevención

- Diagnóstico, vigilancia y control de la situación de salud en grupos etarios de mayor riesgo.
- Organización y desarrollo de clínicas sanitarias: examen y control de pre-natales, post-natales, lactantes sanos, pre-escolares e higiene escolar.
- Organización y desarrollo de la lucha antituberculosa y contra otras enfermedades respiratorias.
- Promoción, organización, desarrollo y evaluación de las campañas de vacunación y del mantenimiento sistemático, en los servicios locales de la cobertura de las enfermedades prevenibles con inmunizaciones.

- Conocimiento de la magnitud, distribución y características epidemiológicas de las enfermedades crónicas y el control sobre las mismas. Realizar el diagnóstico precoz y la prevención "secundaria en las enfermedades cardiovasculares", el cáncer, la diabetes, las enfermedades renales, etc.
- Realizar programas de lucha contra las enfermedades venéreas, especialmente blenorragia y sífilis.
- Promoción, organización y evaluación de programas de Saneamiento Ambiental e Higiene de los Alimentos.
- Conocimientos y nociones básicas sobre Salud Ocupacional.
- Educación Sanitaria y preparación para el análisis comunitario, con aspectos relativos a sus características demográficas, socioculturales y de condiciones de salud.

Funciones de Restitución de la Salud:

- Atención de pacientes en Consulta Externa.
- Atención de urgencias médico-quirúrgicas, pediátricas, gineco-obstétricas y psiquiátricas.
- Atención de pacientes hospitalizados: Historia clínica, diagnóstico clínico, procedimiento diagnóstico, interpretación de laboratorio, rayos X y otros: prescripción.
- Ejecución de algunos procedimientos quirúrgicos generales y de otros procedimientos conexos de apoyo (anestesia local o regional).
- Atención de partos de bajo riesgo y atención al recién nacido.
- Ejecución de algunos procedimientos de laboratorio.
- Toma de radiografías simples.
- Inter consulta y remisión de pacientes cuando sea necesario a los servicios especializados o al nivel superior de atención médica.

Funciones administrativas y programáticas

- Conocimiento del tipo y cuantificación de los Recursos Humanos, físicos y económicos de su nivel de servicio.
- Diseñar un programa de salud en base a los recursos y otros elementos teóricos y metodológicos.
- Conocer las bases de organización y funcionamiento de la institución o servicio de salud a su cargo.
- Coordinar los diferentes programas de los servicios, llevar los controles estadísticos e informar sobre los mismos.
- Dirigir, programar, supervisar y evaluar el trabajo del personal a su cargo.
- Promover la participación de la comunidad en las diferentes etapas de la prestación de los servicios de salud.

Funciones Docentes:

- Colaboración en programas de Educación Médica de pregrado, postgrado y educación continuada, así como en el entrenamiento de personal paramédico y auxiliar.
- Educación en salud a diferentes grupos de la comunidad.

Funciones de Investigación.

- Investigación epidemiológica y sanitaria en general.
- Contribución a la Investigación Clínica.
- Contribución a la Investigación Administrativa.

Categorización del Médico General

Como incentivos básicos para atraer y mantener al médico general o familiar, se deben ofrecer oportunidades de formación a través de educación continuada y otras medidas que dignifiquen su categoría. Garantizar la oferta de trabajo digno en el Sistema de Salud, de manera que llene los requisitos para su de -

sempreño, lo cual conduciría a aumentar la demanda.

La Federación Médica Venezolana y los Colegios de Médicos de la República, deben propiciar y lograr mejores condiciones económicas para el médico general, ascender su escala de remuneración y obtener otras compensaciones socio-económicas para su vida profesional y familiar.

Todos los grupos estuvieron de acuerdo en propiciar mayor acercamiento entre el sector salud y el sector educativo con el objeto de desarrollar a plenitud la Integración Docente - Asistencial como instrumento fundamental para la formación del médico general y hubo consenso en la creación de un organismo oficial, autorizado debidamente por los más altos niveles de decisión, con el objeto de formular planes conjuntos entre Universidades y Servicios de Salud, orientar los programas de enseñanza de acuerdo con las teorías de salud, sus problemas y las demandas reales de la comunidad.

El día viernes 28 de Julio, de acuerdo con el Programa elaborado se procedió a presentar el segundo Tema del Seminario.

1. Panel. Tema II. " Formación del Médico General"

a) A nivel de Pregrado

El Dr. Hernán Wuani, en su exposición subrayó que los campos de acción en que se desempeña el médico general, lo distinguen de los demás especialistas.

Planteó sus dudas de que el médico que egresa actualmente de las escuelas de medicina puedan asumir la responsabilidad de la atención directa de los pacientes y menos aún que se pueda calificar como Médico General. Sin embargo, admite que la mayoría de las escuelas tratan de cumplir con las metas u objetivos generales que se han trazado, lo

cual no ocurre con los objetivos específicos que aparecen en algunos planes de estudio, ni con las líneas curriculares que determinan los rasgos fundamentales del médico general.

Enumeró varias de las causas que probablemente han influido más, para que no se hayan podido lograr los objetivos señalados, estas son: enseñanza a base de profesores especialistas, exceso de alumnos, exceso de enseñanza fundamentalmente informativa, falta de evaluación formativa con predominio de la informativa, poca enseñanza extramural y limitada al último nivel del plan de estudios, ausencia de médicos generales impartiendo docencia, y otros.

b. A nivel de Post-Grado.

El Dr. Félix Eduardo Castillo opinó enfáticamente que el médico general debe formarse en cursos de post-grado, con curriculum específicamente diseñado para ello y con selección de los aspirantes. Considera que el médico general propiamente dicho no existe en Venezuela. Los porcentajes señalados por otros expositores provienen de las nóminas administrativas de cargos dispuestos o asignados. No hay médicos generales en Hospitales Centrales; no están en consultas externas ni en ambulatorios. Coincidió con expositores del día anterior en que los profesionales asignados a los cargos dispuestos para la medicina general en el IVSS no realizan las funciones y tareas propias del médico general.

Puso énfasis en la importancia de la selección cuidadosa de los objetivos generales y específicos para formar el médico general en post-grado. Entre los objetivos consideró de la mayor importancia los relacionados con el desarrollo de actitudes y llamó la atención sobre el hecho de que los conocimientos, habilidades y destrezas que debe poseer, así como el grado de madurez, reflexión y conocimiento sobre el comportamiento individual y social no son fáciles de lograr durante el pregrado.

c) Enseñanza Continuada.

El Dr. Luis Vega, ratificó la necesidad de la enseñanza continuada para médicos generales y cualquier otra especialidad, la cual ha sido expuesta en muchos documentos nacionales y extranjeros. Dijo que cuando se ha hecho no ha existido el propósito definido de capacitarlo y actualizarlo en forma permanente para atender las necesidades de la comunidad. Señaló algunas experiencias, que han consistido en ciclos de conferencias dictadas por sociedades científicas y recientemente algunos cursos cortos de actualización y ampliación realizados por la Facultad de Medicina de la UCV en diferentes Estados del país.

d) Integración docente-asistencial.

En su exposición, el Dr. Ovidio Beltrán Reyes, relató como a través del tiempo, las escuelas de medicina por razones circunstanciales en algunos casos, como el exceso de matrícula, han salido progresivamente de los tradicionales hospitales "docentes" hacia otros establecimientos de atención médica, sin la debida planificación. De la misma manera y en la medida que se quiso dar mayor proyección social a la medicina, nacieron los departamentos de Medicina Preventiva y Social, y con ello las primeras experiencias de integración docente-asistencial; concepto y modelo que ha venido renovándose como mecanismo para satisfacer la necesidad de mejorar la calidad de los profesionales y adecuarlos a las necesidades reales de la comunidad.

Citó lo expresado en documentos internacionales recientes, en relación con la interacción entre los sectores educativos y de salud: "La coordinación no debe limitarse únicamente a la prestación de servicios, sino que debe partir desde la formulación de políticas de salud, la definición de actividades, la determinación del tipo de personal necesario para cada actividad, el diseño de programas educati-

vos, el desarrollo de tecnologías y la contratación de personal". Expuso tres modelos, representativos de su evolución en el tiempo, de la integración docente-asistencial. El último constituye una propuesta futurista del máximo grado de integración.

2. Conferencia "Integración Docente-Asistencial".

Estuvo a cargo del Dr. Alfredo Aguirre con una introducción del Dr. Mario Chaves, quien hizo hincapié en la importancia de estructurar el modelo de servicio para identificar funciones y sobre esa base formular los objetivos educacionales para la formación del personal correspondiente.

El Dr. Aguirre centró su exposición en la presentación de un modelo de integración docente-asistencial para el desarrollo del curriculum adoptado en la Universidad del Valle, haciendo énfasis en el programa de Atención Materno Infantil del cual se ha hecho una publicación que ofreció hacer llegar a través de AVEFAM a los participantes.

3. Trabajo de Grupos sobre el Tema II

Grupo I - Relator: Dra. Isabel de Benassai

Grupo II - Relator: Dr. José Puchi

Grupo III - Relator: Dr. Heberto Fonseca

Los relatos de los grupos que trataron el tema "Formación del Médico General" coincidieron en que en el momento actual las Escuelas de Medicina no están formando este tipo de médico que ha sido descrito en los Seminarios Nacionales de Educación Médica realizados en el país.

Todos los grupos señalaron factores que han incidido negativamente en el proceso educativo para que no se haya logrado el producto deseado, entre los cuales se pueden mencionar los siguientes:

1. La práctica médica social predominante se dirige a atender más la enfermedad que a promover la salud. Los modelos de esta práctica tienden a generar un médico que ejercerá una medicina individualista y especializada.
2. En general, se han seguido esquemas foráneos, no adaptados a la realidad sanitario-asistencial y socio-económica del país.
3. Los valores éticos de la sociedad promueven más el mercantilismo que el humanitarismo en el ejercicio de la profesión observándose evidente contradicción entre la práctica docente y las características del producto que se aspira formar.
4. La casi totalidad del personal docente está constituido por especialistas.
5. Las actitudes del profesor inciden en las actitudes que han de adquirir los alumnos y el profesor actual no posee formación integral, especialmente en lo referente a los aspectos sociales de la medicina que son parte fundamental de la personalidad del médico general.
6. El exceso de matrícula estudiantil para lo cual las Escuelas no habían tomado previsiones, dificulta el proceso educativo.
7. La insuficiente preparación de los alumnos al iniciar la carrera médica, incide en la utilización del tiempo disponible para la planificación y realización de las experiencias educativas.
8. El curriculum no está organizado para formar médicos generales, apreciándose la falta de correspondencia entre los fines de la escuela y las actividades que realiza el alumno. En general la estructura curricular es de corte tradicional.

9. Los objetivos de los diferentes niveles del plan de estudio no están formulados con claridad y precisión.
10. En la planificación docente se aprecia la falta de formación pedagógica y capacitación en técnicas educativas por parte del personal docente.

Los grupos coincidieron en que la formación del médico general podría conducirse a través del pregrado, admitiendo la necesidad de que se constituya en un proceso formativo continuo y permanente en la etapa de post-graduado. Señalaron factores que podrían influir positivamente para lograrlo, entre los cuales se pueden mencionar los siguientes:

1. Reformular los programas de pregrado ajustándolos más a las reales necesidades de salud de las comunidades.
2. Establecer la integración docente-asistencial desde la primera etapa de los estudios de pregrado.
3. Realizar modificaciones de la estructura universitaria que permitan mayor flexibilidad en la elaboración de los programas de enseñanza y en la toma de decisiones.
4. Promover la revisión permanente de los currícula con el objeto de poder apreciar el grado de compatibilidad con las necesidades reales de la sociedad.
5. Evaluar el producto actual de nuestras Facultades, con el objeto de poder comparar con el producto de los programas de pregrado reformulados.
6. Precisar en el marco de referencia curricular y las políticas educativas que de éste se deriven, las áreas fundamentales de formación del médico general.

1. La Integración del personal profesional, técnico y administrativo de ambos sub-sistemas.
2. Integración de planes, programas y objetivos.
3. Integración de funciones: docentes, asistenciales y de investigación.
4. Integración de recursos materiales e instalaciones.

La integración es conveniente realizarla desde los primeros niveles del proceso educativo.

La integración debe tener una base legal con acuerdos y convenios debidamente oficializados entre ambos sectores.

El sentir de los participantes es el de que se hagan todos los esfuerzos tanto por parte de los sectores docente y asistencial como del sector gremial para divulgar, promocionar y lograr que se den las condiciones que permitan realizar los cambios expresados en los relatos consolidados del Tema I y Tema II.

Sábado 29 de Julio. De acuerdo con lo programado para este día se presentó:

TEMA III. "Perspectivas y Futuro del Médico General".

La ponencia sobre este tema fué presentada por el Dr. Daniel Orellana y de acuerdo con la mecánica concebida para el Seminario no fue sometida a discusión por los grupos. En este caso el expositor también adoptó el término "Médico General" por considerarlo el más apropiado a todos los aplicados al mismo sujeto.

Dijo que hasta 1961 no existe ninguna información medianamente confiable sobre el número de médico que ejercían la medicina general o alguna especialidad.

Para la fecha señalada, el dato obtenido revela que la proporción de médicos generales en Venezuela era de 38.8%. Para 1966 los registros del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social revelan un descenso hasta 36.7%.

Para 1975 en el IVSS la cifra era de 37.5% y para 1978 en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social el registro de médicos no clasificados como especialistas revela 40.0%. Considera que a pesar de las imperfecciones de los datos "no han ocurrido cambios sustanciales en la proporción de médicos especialistas". Hace comparaciones con estadísticas extranjeras y observa la tendencia a descender de la proporción de médicos generales.

Señala que por la información obtenida de otros países y por lo que se ha establecido en este Seminario, la medicina general es una necesidad permanente que varía desde la periferia a los centros más poblados del país y en ese mismo sentido es cada vez menos integral a medida que se acerca de la periferia al centro. Se percibe que uno de los aspectos más sentidos es el de la relación médico-paciente.

Predice que el crecimiento poblacional al que habrá que atender y la necesidad de disminuir los costos de atención, hará aparecer la necesidad cuantitativa de la medicina general y del personal auxiliar.

LLama la atención sobre el hecho de que el ejercicio de la medicina general "es una etapa de transición entre el comienzo de la actividad profesional y el ingreso en una especialidad" para la mayoría de los médicos jóvenes. Una minoría continúan en la condición de médico general. Es para ese sector de médicos en condiciones de transitoriedad que habrán de desarrollarse planes de enseñanza continua y efectiva.

Destacó la importancia que tienen para la atención y educación médica del país, las proyecciones y el significado real de la reforma de la Ley del Ejercicio de la Medicina, dictada en Agosto de 1975.

Apunta para el futuro la necesidad de darle a la medicina general jerarquía académica, hacer los cambios formativos indispensables para identificar y establecer la esencia de este tipo de ejercicio profesional el cual considera difícil de realizar con el actual proceso de formación del médico, y por último garantizar su presencia y permanencia en el sistema de atención médica para proveer la asistencia que todos hemos manifestado en este Seminario.

Comparte las opiniones de que " el Servicio Nacional de Salud favorecería el desarrollo de la medicina general si establece entre otras cosas, las siguientes:

- a) Uniformidad de salarios y de normas de contratación, para corregir las desigualdades existentes ahora, tanto entre los distintos organismos empleadores, como dentro de ellos mismos en lo que respecta al médico general frente al médico especialista;
- b) uniformidad de normas de trabajo para la ejecución y supervisión de las funciones de atención médica, con la consiguiente definición de las tareas y las áreas propias de la medicina general;
- c) extensión de la cobertura de atención médica basado en los centros ambulatorios y la utilización del médico general;
- d) consolidación del sistema de regionalización sanitaria, ya muy desarrollado en el país, pero cuyo perfeccionamiento es indispensable para reafirmar los distintos niveles de atención médica y el puesto de la medicina general en cada uno de ellos.

Al término de su exposición expresó sincero optimismo en los recursos morales de que disponemos para otorgarle a la medicina general una posición más justa y oónsona en el panorama de la medicina general.

Comentarios al Tema III

El Dr. Rafael Marante destacó el análisis retrospectivo y prospectivo hecho por el Dr. Orellana acerca de la medicina general y del médico general.

Para el Dr. Marante la cuestión está centrada en la función y el funcionario. Se suma a los que piensan que con los currículos actuales no es posible formar médicos para la práctica de la medicina general. Revisa varias de las dificultades que se han identificado en la estructura curricular y en el rol desempeñado por los agentes de la enseñanza. No descarta que se han buscado vías para solucionar los problemas existentes y considera que en este Seminario se ha avanzado en muchos aspectos relativos al problema.

En relación con la posibilidad de que la formación se puede establecer de manera formal y específicamente diseñada, propone la alternativa de integrar los dos años del Internado Rotatorio de Postgrado existente actualmente en muchos hospitales, con la programación de los cursos de Salud Pública de nivel medio. El año de ejercicio rural obligatorio por la ley podría integrarse de la misma manera al plan del curso y de esta forma prolongando durante dos años el proceso de formación de pregrado, podríamos lograr del médico general.

Por su parte el Dr. Tulio Carnevali admite que el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales no está cumpliendo con las funciones institucionales asignadas: asistencia, docencia, investigación.

Se mostró totalmente partidario de revisar la práctica de la medicina general que se imparte en las instituciones de seguridad social del país, ya que los médicos no están cumpliendo las funciones asignadas para esta práctica en el nivel de atención médica que les corresponde: consulta externa y ambulatorios.

Mostró cifras que revelan, que de cien consultas el 70% son referidas a especialistas, dejando para su ejercicio el 30%, pertenecientes a morbilidad simple y de mayor frecuencia.

No ocultó todas las deficiencias que presentan los servicios de consulta externa y se mostró totalmente de acuerdo con los conceptos y opiniones emitidas en este Seminario acerca de la formación del médico general. Informó que ha sugerido en otras oportunidades el adiestramiento en medicina general durante dos años en el medio rural, debidamente coordinado y supervisado.

Ofreció a las escuelas de medicina del país, la capacidad actualmente instalada en las ciudades que se encuentran en las respectivas áreas de influencia.

Conferencia "Plan A-36 de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México".

El Dr. Demóstenes Gómez Barreto, director del citado plan, expresó a los presentes que en México hace diez años existían, y todavía existen, prácticamente las mismas situaciones y pro-

blemas que se presentan en muchos países de América; la Escuela de Medicina de la UNAM planificó y puso en marcha en los últimos cinco años el Plan A-36. Durante su exposición mostró las numerosas bondades del Plan y lo ofreció como una experiencia más para la búsqueda de la solución del problema de la formación del médico general, en sumas amplia acepción.

ESTUDIOS ESPECIALES

" SITUACION DEL MEDICO GENERAL EN CHILE " (*)

Dra. Carmen Velasco R.

1978

(*) Trabajo realizado por encargo de FEPAFEM, dentro del Programa Transicional.

Dra. Carmen Velasco R. (*)

Desde hace muchos años existen en Chile condiciones muy favorables para realizar una planificación racional del complejo proceso de formación y utilización de los médicos y otros profesionales del equipo de salud.

Principalmente estas condiciones son una sólida tradición y calidad universitaria, un sistema organizado de Servicios de Salud Nacionales, mayoritariamente estatales, usuario predominante de estos profesionales, y una profesión médica agrupada en el Colegio Médico de Chile.

Las necesidades urgentes de nuestros pueblos, que hagan una realidad el derecho a la salud de todos sus habitantes, permitiendo que el mejoramiento de ésta sea un instrumento del desarrollo del país, unido a la incorporación de nuevas y sofisticadas tecnologías de diagnóstico y tratamiento y de eficaces elementos de prevención de las enfermedades, han encontrado en los médicos chilenos amplia acogida y ellos han sabido adaptarse a estas condiciones tan cambiantes de los últimos treinta años.

Los estudios y Seminarios realizados en Chile sobre estos temas (1 - 2 - 3 - 4) han concluido sistemáticamente que el programa de pregrado de la Carrera de Medicina (7 años), debe estar orientado a formar un profesional capacitado para ejercer la Medicina General y otorgar atención primaria integral en cualquier lugar del país en que sus servicios sean requeridos.

(*) Presidente Asociación Chilena de Facultades de Medicina. (1976-78)
Decano Facultad de Medicina Occidente. Universidad de Chile.
Profesor de Pediatría. Universidad de Chile

Chile tiene una geografía muy peculiar con límites naturales que le dan un carácter insular. La corriente fría de Humboldt del Océano Pacífico, que se desplaza de sur a norte, provoca una disminución de la temperatura, dándole al país un clima templado de escasa humedad ambiental en el norte y centro del país, y un clima templado, más frío y húmedo en el sur.

Tenemos un territorio continental de 740.000 Kms². con una población total en 1977 de 10.665.757 habitantes. Excluyendo las zonas desérticas ó insulares no habitadas, el ecumene es del orden de 250.000 kms²., existiendo en consecuencia alrededor de unos 45 habitantes por km². de tierra habitado.

Toda la población habla el idioma español.

En el curso de este siglo, como consecuencia de los grandes cambios sociales y económicos, se ha producido una significativa migración de la población desde el campo a las ciudades, lo que ha determinado que en el momento actual un 76% de la población vive en zonas urbanas, y solo un 24% en zonas rurales, lo que hace que Chile sea uno de los países con mayor grado de radicación urbana en América Latina, junto a Argentina y Uruguay (5-6 - 7 - 8).

Para fines administrativos el país está dividido en 13 Regiones. La región metropolitana donde está Santiago tiene un 40% de la población total. Otras cinco regiones, altamente urbanizadas, (85% o más de la población vive en ciudades) engloban al 20% de la población. Las otras siete regiones tienen un 40% de la población total, con una proporción de población rural que oscila entre el 33% y 53%. (12).

I. ASPECTOS GENERALES

1. Diagnóstico de Salud.

De los 10.655.757 habitantes, el 35,2% son menores de 15 años, y el 5,5% supera los 65 años. La expectativa de vida al nacer en el quinquenio 1975 - 1980 se ha estimado en 66.83 años para ambos sexos, (69,7 años para la mujer y de 64.07 años para el hombre).

Existen bajos índices de analfabetismo. El censo de 1970 reveló que un 10,7% de los habitantes mayores de 10 años eran analfabetos, proporción que es una de las más bajas de América Latina. Este analfabetismo llega a un 6,8% en las zonas urbanas, y a un 24% en las zonas rurales. No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres. El nivel de instrucción rural es marcadamente inferior al urbano. En las ciudades el 23% de la población tenía educación media, 7% universitaria, 11% técnica, siendo estos porcentajes en el campo de 5, 0.8 y 3% respectivamente. Los programas de educación hacia 1970 revelaban que la asistencia escolar en las zonas urbanas era de 93%, y en las zonas rurales 84%. Tres cuartas partes de los educandos realizan sus estudios en establecimientos estatales gratuitos y una cuarta parte en establecimientos privados, la mitad de los cuales son gratuitos, pero subvencionados por el Estado.

Económicamente visto, Chile es un país agrícola y minero en vías de transformación industrial, con una proporción exagerada del sector terciario en actividades. Hacia 1970 el 43% de la población de 12 años y más eran económicamente activos, desarrollando una actividad remunerada (60% de los varones y 19% de las mujeres).

El ingreso a la actividad económica se produce precozmente (42% de los varones entre 15-19 años son activos) y se mantiene hasta edades avanzadas (54% de los varones son activos entre los 65 y 69 años). Un 24% de la población activa labora en faenas primarias o extractivas (21% en agricultura y 3% en minería); un 28% en actividades secundarias (16% en industria, 6% en construcción y 6% en transporte) y 39% en actividades terciarias (comercio y servicio); en 9% la actividad no se encuentra especificada. Un cuarto de la población activa tiene carácter de empleador o trabajador por cuenta propia (20% en zona urbana y 29% en zona rural) mientras las tres cuartas restantes corresponden a empleados, obreros, jornaleros y auxiliares domésticos. El país tenía en 1970 un producto geográfico por habitante de alrededor de 700 dólares, que ascendía a 900 dólares en la región metropolitana, a 1,500 en las zonas urbanas más ricas del país, siendo solo de 320 en la región rural más pobre del territorio. En 1977 este producto geográfico por habitante fue de 937 dólares aproximadamente. No existen estudios recientes que muestren la distribución del ingreso.

Al igual que en muchos países, la situación de la vivienda es un problema no resuelto pero que está en vías de mejorarse. Por la escasez de capitales nacionales y las condiciones sísmicas de nuestro territorio, periódicamente es necesario hacer cuantiosas inversiones para arreglos ó reparaciones. Un 12% de las viviendas tienen carácter insuficiente o marginal (11.2% en zona urbana y 15.9% en zona rural). La vivienda promedio es de 2.9 piezas y de 1,75 personas por pieza. En la zona rural la vivienda es algo menor (2.4 piezas) pero con un mayor hacinamiento (2.29) personas por pieza). Existen insuficiencias de saneamiento básico. El abastecimiento de agua se realiza

por cañería en el 92% de las viviendas urbanas y 33% de las rurales y por sistemas de acarrero, habitualmente desde pozo o noria en el 8% de las viviendas urbanas y 67% de los rurales. En las ciudades la eliminación de aguas servidas se hace por alcantarillado en 65%, proporción que alcanza solo a 6% en la zona rural, en los que se usan mayoritariamente (66%) sistemas de pozo negro.

En relación a nutrición, la alimentación chilena se puede caracterizar señalando que proporcionan en promedio 2.460 calorías y 18 grs. de proteína diaria animal, valores que superan las recomendaciones internacionales de F. A. O. La mayor cantidad de las calorías provienen del pan de trigo. La carne de vacuno, pescado y leche suministran una cantidad suficiente de proteína animal y proveen cerca de la mitad del total de grasa consumida.

Los problemas nutricionales afectan preferentemente la edad infantil, a pesar de activos programas de alimentación suplementaria (28 millones de kilos de leche distribuidos a la madre y al niño en 1977). Estudios del Servicio Nacional de Salud realizados en 1.014.959 niños menores de 6 años bajo control de la institución, señalaron que el 15.5% mostraba deficiencias nutritivas. De estos niños desnutridos el 78% corresponde a desnutriciones leves, el 17% a desnutriciones medianas, y el 5% restante a desnutriciones graves, proporción esta última que equivale al 0,5% de los niños controlados.

La mortalidad general en 1977 es de 6,9 por mil habitantes (8), la mortalidad infantil es de 47,0 por mil nacidos vivos y la mortalidad neonatal es de 20,7 por mil

nacidos vivos. La certificación de muerte hecha por el médico tratante se eleva a un 76.2%.

El crecimiento de la población está en franca desaceleración. Así, la tasa de natalidad que en 1940 fué de 36.4, en 1970 de 27.9 llega en 1977 a solo 22,8 por mil habitantes.

Las cinco principales causas de muerte son las siguientes: Aparato circulatorio 22.2%; tumores malignos 14,4% aparato respiratorio 11.0%; accidentes y violencias 10.7% mal definidos 10.1%.

Las cinco principales causas de mortalidad infantil en 1977 son: perinatales 37.3%, infecciones y parasitosis 21,4%, aparato respiratorio 21,1%, anomalías congénitas 8,0%, accidentes y violencias 3,2%.

Estos indicadores globales de Salud revelan una condición de tipo intermedio de desarrollo, y ello implica desarrollar simultáneamente tanto servicios de atención primaria de amplia demanda y bajo nivel de complejidad destinados al control de los problemas asociados a la pobreza tanto como los servicios requeridos para atender un número relativamente menor de pacientes cardíacos, neoplásicos, accidentados u otros, en centros de alta complejidad.

Por último, es necesario señalar que la familia chilena es habitualmente un grupo legalizado (20% de los nacidos vivos son hijos de madres solteras) y mantiene un importante grado de cohesión con frecuente vida en común de varias generaciones.

2. Desarrollo y organización de los Servicios de Salud.

La Atención de Salud en Chile se encuentra organizada so
bre bases mayoritariamente estatales (9-10).

El Ministerio de Salud, a través del cual ejerce el Est
do el mandato constitucional de velar por la Salud de la
población tiene por misión la línea normativa: enunciar
una doctrina, definir políticas, confeccionar normas,
elaborar planes y programas, coordinar, evaluar y contro
lar el quehacer nacional de las acciones de fomento, pro
tección y recuperación de la salud para toda la pobla -
ción.

La línea ejecutiva corresponde a las estructuras del Sis
tema Nacional de Servicio de Salud, dotados de autonomía
y organizados en 12 Servicios regionales, y un Servicio
metropolitano, siguiendo la división política del país.

En este Sistema Nacional de Servicios de Salud está en
primer lugar el Servicio Nacional de Salud, responsable
del fomento y protección de la salud de toda la pobla -
ción y de las acciones de recuperación y rehabilitación
de aproximadamente el 72% de ella (obreros y campesinos
y sus familiares, indigentes, y otros por convenios con
otros organismos).

En segundo lugar está el Servicio Médico Nacional de
Empleados (SERMENA) responsable de la atención de los
empleados y sus familias, que constituyen más o menos
el 18% de la población.

Existen otros organismos que constituyen el extrasiste
ma: Universidades, Fuerzas Armadas, Ferrocarriles del
Estado e instituciones privadas.

La atención privada atiende como mínimo un 20% de la población, incluyendo parte del SERMENA y otros que tienen derecho a atención en otras instituciones, pero que prefieren este tipo de servicios.

Como la política del Ministerio de Salud es extender la cobertura al 100% de la población se ha diseñado un sistema de atención estatal con diversos niveles de complejidad, que deben actuar como un todo coordinado en cada una de las regiones: nivel primario de máxima cobertura y complejidad técnica simple, nivel secundario de cobertura y complejidad media, y nivel terciario de cobertura mínima y máxima complejidad.

Se dispone en 1977 de aproximadamente 7.000 médicos, 3.000 enfermeras, 2.000 matronas, 21.000 auxiliares de enfermería, con 33.089 camas hospitalarias, de las cuales el 95% pertenece al Servicio Nacional de Salud, y que se distribuyen en 250 hospitales.

Existen unos 300 consultorios y postas de atención periférica pertenecientes a esta institución que en 1975 empleaba 4.400 médicos, 1.300 dentistas, 300 farmacéuticos, 1.100 enfermeras, 1.400 matronas, 600 asistentes sociales, 400 tecnólogos médicos, 600 nutricionistas, 200 kinesiólogos y 800 profesionales y técnicos de otro tipo junto a 21.000 auxiliares y 22.000 funcionarios administrativos y de servicios, con un total de 55.686 personas.

El gasto nacional en salud es de 30 dólares por habitante, anuales, en 1977.

La atención de los beneficiarios del Servicio Nacional de Salud es gratuita para ellos (72% de la población), financiada por el Estado y en parte por el Servicio de Seguro Social. Los beneficiarios del Servicio Nacional de Empleados (SERMENA) financian el 50% de su atención médica y el otro 50% entre los empleadores y el Estado.

La atención privada no SERMENA es pagada por el usuario.

El presupuesto para el Servicio Nacional de Salud en 1977 corresponde al 7.2% del gasto fiscal total de Chile.

3. Recursos para la formación de personal médico y del Equipo de Salud.

3.1 Formación de Pregrado

Existen en Chile nueve Facultades de Medicina, que además de formar médicos, forman otros profesionales de la Salud. Las Universidades en ciudades donde no hay Facultades de Medicina también forman otros profesionales de la Salud.

Los profesionales de la salud que se forman en Chile son:

- Medicina : 7 años
- Odontología : 5 años
- Enfermería : 4 años
- Obstetricia y Puericultura : 4 años
- Tecnología Médica : 4 años
- Kinesiterapia : 4 años

- Asistente Social : 4 años
- Fonoaudiología : 4 años
- Terapia Ocupacional : 4 años

La Universidad de Chile (U.Ch..) es la más grande del país, tiene carácter nacional, con sedes universitarias en Arica, Antofagasta, Serena, Valparaíso, Santiago, Talca, Ñuble, Temuco y Osorno. Tiene 6 Facultades de Medicina; de las cuales hay 4 en Santiago: Norte, Occidente, Oriente y Sur; una en Valparaíso, y una en Temuco. En sus 6 facultades y sedes se forman los profesionales de Medicina, Odontología, Enfermería, Obstetricia y Puericultura, Tecnología Médica, Nutrición y Dietética, Kinesiterapia, Asistente Social, Fonoaudiología, y Terapia Ocupacional.

La Universidad Católica (U.C.Ch.) forma médicos, Enfermeras-Matronas, Kinesiólogos y Asistentes Sociales.

La Universidad de Concepción (U.C.O.) forma Médicos, Odontólogos, Enfermeras, Obstetricia y Puericultura, Tecnología Médica, Kinesiterapia y Nutrición y Dietética.

La Universidad Austral de Chile (U.A.Ch.) imparte Medicina, Enfermería, Obstetricia y Puericultura, y Tecnología Médica.

Por último, la Universidad Técnica del Estado tiene en su Sede de Punta Arenas Carrera de Enfermería.

De acuerdo a información del Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas, en su Anuario Estadístico 1976, la población estudiantil en Carreras de la Salud se presenta en los cuadros siguientes:

Vacantes 1977 y Número Total de Alumnos y % por Universidades Distribuidas en Matrícula Total y Nº de Egresados 1977.

CARRERA DE MEDICINA (7 años)

UNIVERSIDAD	Nº TOTAL ALUMNOS	%	VACANTES 1977	TITULADOS 1977
U. Chile *	3.067	63,14	453	358
U. Católica	499	10,28	75	55
U. Concepción	1.023	21	100	141
U. Austral	270	5,58	45	23
Total Universidades.	4.859	100%	673	579

* Distribuidas en las 6 Facultades de Medicina.

OBSTETRICIA Y PUERICULTURA: MATRONA (4 años)

UNIVERSIDAD	Nº TOTAL ALUMNOS.	%	VACANTES 1977	TITULADOS 1975
U. Chile *	1.289	66,31	235	192
U. Concepción	462	23,76	-	59
U. Austral	193	9,93	35	20
Total	1.944	100%	270	271

* En 4 Sedes y 3 Facultades de Medicina

TECNOLOGIA MEDICA (4 años)

UNIVERSIDAD	Nº TOTAL ALUMNOS.	%	VACANTES 1977	TITULADOS 1975
U. Chile *	1.360	84,79	209	202
U. Concepción	110	6,85	-	35
U. Austral	134	8,36	40	6
Total	1.604	100%	249	243

* En 5 Sedes y 2 Facultades de Medicina.

Kinesiterapia: Tiene 690 alumnos en total, con 194 vacantes para 1977 y con 47 titulados en 1975.

Nutrición y Dietética: Tiene 645 alumnos en total, con 169 vacantes para 1977 y 136 titulados en 1975.

El número de profesionales que se titulan actualmente parece ser el adecuado a las necesidades del país. En Medicina la totalidad de los titulados ejerce su profesión, lo mismo en Odontología, no ocurriendo lo mismo en los otros profesionales de la salud.

3.2 Educación de Post-grado.

La educación de Post-grado alcanza su mayor desarrollo en Medicina.

Todas las Facultades de Medicina tienen Oficinas de Graduados, que coordinan las actividades de formación y perfeccionamiento de los profesionales de todo el país.

Para los médicos ésta se realiza a través de:

- 1) Cursos de formación de especialistas: De dos ó tres años de duración que son financiados principalmente por el Ministerio de Salud a través de Becas Primarias o de Retorno en las especialidades clínicas y por las Universidades para las Especialidades Básicas y Preclínicas. Todas ellas son de responsabilidad de las Facultades de Medicina, y se efectúan en Hospitales del S.N.S. de carácter universitario, o en los dos Hospitales Universitarios.

2) Educación continua a través de:

- Cursos de perfeccionamiento o de actualización de especialidades, de corta duración, realizadas por las Facultades de Medicina o las Sociedades Científicas correspondientes, a los que tienen acceso todos los profesionales del país.

Se realizan mayoritariamente en Santiago y principales ciudades.

- Cursos de perfeccionamiento o de actualización, semejantes a los anteriores, ofrecidos para Médicos no especialistas, no son sistematizados.

3) Estadías de perfeccionamiento: Los diversos departamentos de las Universidades o Servicios reciben permanentemente profesionales que realizan estadías por períodos variables, en las especialidades de su preferencia, asistiendo a las actividades regulares del Servicio y reuniones clínicas, anátomo - clínicas y bibliográficas.

4) Adiestramiento en Servicio: Algunos Médicos que no tienen Becas de Formación se especializan trabajando durante años en Servicios especializados.

Las Enfermeras, Matronas y otros profesionales de la Salud se perfeccionan a través de adiestramiento en Servicios y por Cursos de perfeccionamiento que están ofreciendo los diversos colegios profesionales.

Las Facultades de Medicina están ofreciendo estos últimos años cursos de perfeccionamiento para estos profesionales.

5) Congresos y Seminarios Nacionales.

II. ASPECTOS ESPECIFICOS

Al 30 de Junio de 1977 había inscritos en el Colegio Médico de Chile 8.754 médicos los que distribuidos por actividad se desglosan en 6.516 médicos activos (74.4%) y 2.238 médicos pasivos (25,6%) en los que se incluyen 1.022 médicos que están en el extranjero (13).

Los indicadores Nº de Médicos por 10.000 habitantes y Nº de habitantes por médico para las diferentes regiones del país en 1977 son los siguientes:

REGION	Nº MEDICOS POR 10.000 HABIT.	Nº DE HABITANTES POR MEDICO.
I	5,1	1.959
II	6,1	1.644
III	2,7	3,671
IV	3,6	2.736
V	6,6	1.524
VI	4,3	2.312
VII	3,0	3,284
VIII	4,4	2,285
IX	3,4	2,955
X	4,1	2.435
XI	4,3	2.312
XII	6,4	1.552
Area Metropolitana.	11,5	873
CHILE	7,2	1.382

CARRERA ODONTOLOGIA (5 años)

UNIVERSIDAD	Nº TOTAL ALUMNOS	%	VACANTES 1977	TITULADOS 1975
U. Chile *	1.348	70,17	181	126
U. Concepción	573	29,73	50	-
Total Universi sidades.	1.921	100%	231	126

* 2 Facultades.

CARRERA ENFERMERIA (4 años)

UNIVERSIDAD	Nº TOTAL ALUMNOS.	%	VACANTES 1977	TITULADOS 1975
U. Chile *	2.667	78,05	489	296
U. Concepción	442	12,94	100	49
U. Austral	138	4,04	35	24
U. Técnica Esta do.	170	4,98	30	-
Total Universi dades.	3.417	100%	654	369

* En siete Sedes y tres Facultades de Medicina.

De los 8.129 médicos que han proporcionado información sobre su especialización, encontramos que 7.011 de ellos incluyendo 1.312 Médicos Internistas, están ejerciendo como especialistas, y solo 1.118 (13.8%) están ejerciendo exclusivamente como Médicos Generales (se incluyen los Médicos Generales de Zonas Rurales y Urbanas).

Como señalaba anteriormente, la atención médica en Chile es mayoritariamente estatal, a través de Sistemas de Servicios de Salud, siendo el Servicio Nacional de Salud el principal responsable de las acciones de fomento y protección del 100% de la salud de la población, y del 72% aproximadamente de la recuperación y rehabilitación.

Los análisis realizados en el decenio de 1950 adelante, demostraron una deficiente distribución de médicos tanto para realizar atenciones a nivel primario como para realizar atención especializada en los hospitales de las ciudades principales de provincia.

En un esfuerzo para solucionar esta deficiencia, el Ministerio de Salud y las Facultades de Medicina organizaron Sistemas para ello:

- Atención primaria médica a nivel rural y semi-urbano en el S. N. S.

En 1958 se inicia la contratación por concurso de Médicos recién egresados para trabajar en zonas semi-urbanas y rurales: Médicos Generales de Zona por un período de 3 a 5 años, con estímulos especiales económicos, mayor puntaje para concursos posteriores, y lo principal, derecho a obtener al término de su período rural, una beca en la especialidad elegida por ellos hasta 1975 lo que se ha modificado y ahora pueden postular a residencias en las especialida -

des que el Ministerio necesite. (Becas secundarias o de Retorno). En 1978 hay 676 Médicos Generales de Zonas Rurales repartidos a lo largo del país. Con esto se ha logrado una aceptable cobertura de atención primaria médica.

Este sistema tiene buena acogida por parte de los médicos, que la consideran como una experiencia valiosa, y un medio para llegar a especializarse. La Comunidad los recibe con satisfacción.

Simultáneamente se prohíbe la contratación de Médicos con menos de 5 años de profesión en servicios estatales en las tres principales ciudades del país.

- Atención primaria médica en las grandes ciudades.

Estudios realizados en 1976 demuestran que la atención primaria en los consultorios periféricos de las principales ciudades es realizada principalmente por Médicos Internistas con subespecialidades, por Pediatras y Ginecobstetras, los que simultáneamente con su labor hospitalaria (asistencial y docente), realizan atención primaria en consulto - rios periféricos, durante un determinado número de horas semanales. La utilización de este recurso humano de alto costo de formación en la atención primaria, que debe tener mejor rendimiento en su nivel de atención especializada, planteó la necesidad de establecer en 1977 de un nuevo sistema de contratación: el Médico General Urbano. Este pro - grama se basa en la contratación por el Ministerio de Sa - lud de grupos de Médicos recién titulados para algunos consultorios, donde durante 4 años deben realizar atención primaria integral, conjuntamente con el equipo de Salud. Son responsables de las acciones de fomento, y protección de la Salud, atención primaria de adultos, niños y embara - zadas; y derivan a Consultorios especializados y al Hospi -

tal Base de Area aquellos que no pueden resolver. Durante este período reciben entrenamiento y apoyo técnico de especialistas que continúan asistiendo a estos consultorios, donde atienden en forma conjunta los enfermos previamente seleccionados. En 1978, hay 60 Médicos Generales Urbanos. Al término de los 4 años tienen derecho a postular a una beca de especialización.

Como la atención primaria de adultos en las grandes ciudades, la realizaban hasta 1977 en el Servicio Nacional de Salud los Médicos Especialistas en Medicina Interna, se ha observado cada vez menor interés por optar a Residencias en este rubro, con una tendencia marcada a especializarse en campos de más alta tecnología.

- Atención especializada.

Hasta 1950 se lograba especialización en postgrado trabajando en servicios especializados, realizando posteriormente estudios en el extranjero. En 1951 se inician formalmente las Residencias Médicas (becas primarias) de dos ó tres años de duración, financiadas por el Servicio Nacional de Salud, y realizadas por las Facultades de Medicina en Hospitales de dicho Servicio o Universitarios. Al término de su beca estos médicos deben cumplir una estada obligatoria en Hospitales de provincia por igual período del de su formación. (2 ó 3 años). Las especialidades que se ofrecen actualmente están de acuerdo con las necesidades del país.

Podría esperarse en un período relativamente corto que nos veamos enfrentados al problema que han vivido los países desarrollados: la disminución progresiva del Médico General, pues, como puede observarse, los diversos sistemas que hemos utilizado hasta hoy para dar mayor cobertura de atención primaria, conducen por último a la especialización.

Los estudios realizados en Chile siguen concluyendo que nuestro país necesita que el Médico que formen nuestras Universidades en pregrado sea un Médico General, básico ó indiferenciado como también se ha llamado.

Definición Médico General.

Este Médico General debe tener una sólida formación científico-humanista. Debe poseer una concepción integral del hombre en sus aspectos psicológicos, somáticos y sociales, con elevado espíritu de servicio, sólidos principios éticos, con sentido de auto formación y estudio permanente.

Propósitos de su Formación.

Debe ser capaz, conjuntamente con el equipo de salud de:

- Diagnosticar los problemas de salud de la población, formular soluciones adecuadas y de dirigir su aplicación.
- Conducir los programas de fomento de la salud, de prevención de las enfermedades y de la rehabilitación de los enfermos, de diseñar y administrar dichos programas.
- Atender y resolver la patología prevalente de pacientes en cualquier edad de la vida, abarcando una extensa área del conocimiento, en niveles de profundidad variables, y derivar a centros más especializados lo que no es capaz de resolver adecuadamente, y coordinar su atención.
- Comprender al hombre integralmente, considerándolo dentro de su contexto familiar actuando como médico, consejero y confidente.

Formación del Médico General.

Cada Facultad de Medicina en Chile está integrada a un Área de Salud, dependiente del Ministerio de Salud. En cada Área existen los tres niveles de atención: alta complejidad en el Hospital Base de carácter universitario, hasta el nivel de baja complejidad y gran cobertura de los consultorios periféricos y postas rurales. De las 9 Facultades, 7 están insertas en Hospitales del Servicio Nacional de Salud, que proporciona el 91,6% de las camas que se utilizan en la docencia. Solo dos Facultades tienen Hospital Universitario, que aportan el 9,4% de las camas restantes (14-15).

Los estudios de Medicina duran 7 años y comprenden de 10.000 a 10.500 horas, sin considerar los turnos de residencia.

El ingreso a la Carrera de Medicina se hace mediante una rigurosa selección, a través de un Sistema Nacional de Admisión y Selección a las Universidades Chilenas. Los alumnos que ingresan están dentro del 5% de los postulantes que obtuvieron las mejores calificaciones.

Cada Facultad ha establecido el cupo de alumnos correspondiente a su capacidad de formación. El número de médicos que egresan anualmente parece ser el adecuado a las necesidades del país: 579 en 1977. El cupo de 1er. Año en 1978 fué de 654 para todo el país.

Como resultado de los Seminarios de Formación Profesional y de las evaluaciones anuales que las Facultades de Medicina hacen de los currícula, se han ido introduciendo modificaciones a los planes de estudio, que clásicamente estaban separados en ciclo básico (2 años), preclínico (1 año), ciclo clínico de 4 años que incluía el internado rotatorio de un año.

Señalaremos las modificaciones más importantes:

- Incorporación de programas de psicología, sociología, antropología y educación para la salud, en el ciclo básico.
- Incorporación del alumno ya en 1er. Año, en el campo profesional conociendo en terreno los sistemas de Salud, problemas de salud prevalente, organización y función del Colegio Médico. Curso práctico de enfermería.
- Aprendizaje clínico en todos los niveles de atención: nivel primario en consultorios periféricos y postas rurales; nivel secundario en Hospitales comunitarios y consultorios especializados adosados a los hospitales y nivel terciario en Hospitales Bases de Area de carácter universitario.
- Período de Internado de dos años, cuya principal finalidad es capacitar al estudiante en el desarrollo de habilidades y destrezas clínicas, aplicando los conocimientos teóricos prácticos adquiridos en los cinco primeros años de estudios. Durante el internado se realiza práctica supervisada de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia y Pediatría, de 4 a 6 meses cada una, según las distintas Facultades, y períodos cortos en Neurología, Otorrinolaringología, Oftalmología, y Dermatología. En cada especialidad dan atención a enfermos hospitalizados, atienden consultorios periféricos, hacen turnos en residencia y en servicios de urgencia.

Algunas Facultades han implementado un Internado Rural de 6 semanas, en Hospitales o Postas rurales del Area de Salud correspondiente a la Facultad. Su propósito fundamental es manejar programas de Salud Pública en coordinación con un equipo de Salud, y otorgar atención primaria, aplicando y evaluando el aprendizaje de toda su carrera.

- Creación de cursos instrumentales de inglés técnico y manejo bibliográfico.

Al término de estos siete años reciben el título de Médico Cirujano y previa inscripción en el Colegio Médico de Chile están habilitados para ejercer la Medicina en cualquier lugar del país.

III. ASPECTOS CONCEPTUALES.

Por el alto porcentaje de médicos que señalan en Chile especialización (86.2%), podría deducirse que la Atención de Medicina General o de Familia, es muy deficiente.

Sin embargo, por la circunstancia que en Chile el Médico se especializa después de haber recibido una formación como Médico General, y la gran mayoría, después de haber ejercido por un período de 3 a 5 años la Medicina General, ha adquirido la actitud para afrontar los problemas de atención médica con sentido integral durante toda su vida profesional. Esto lo hace actuar ante el paciente y su familia no solo como especialista, sino también como consejero y coordinador para la solución de sus problemas de salud.

Los médicos que señalan que se dedican a la Medicina General (13,8%) no son los únicos que la ejercen, pues en el Servicio Nacional de Salud y en consultorios privados, los médicos especialistas en Medicina Interna, en Pediatría, en Ginecología y en Cirugía General, ejercen la Medicina General en muchas ciudades del país.

La Atención Médica Primaria en las regiones semiurbanas y rurales es atendida por los Médicos Generales de Zona, y en zonas marginales de las grandes ciudades, por Médicos Generales

Urbanos, además de los Médicos Especialistas que van con horarios parciales a Consultorios Periféricos.

Sin embargo, se va haciendo indispensable incentivar la permanencia del Médico durante toda su vida profesional en Medicina General o Familiar.

Esto nos lleva a hacer algunas consideraciones generales, que nos parecen adecuadas para nuestro país:

- Para lograr atención Médica eficiente en Chile se requiere del ejercicio de la Medicina General y especializada.
- El Médico General formado en Chile en el pregrado ejerce la Medicina General, considerando esta forma de ejercicio profesional como una etapa transitoria de su vida funcionaria. Luego se especializa mediante residencias médicas en campos del conocimiento y acción restringidas.
- La Medicina General debe considerarse una Especialidad Médica.
- Las Facultades de Medicina deberán proyectar Programas de postgrado que conduzcan a la especialidad de Médico General, no necesariamente por medio del sistema de residencias médicas, sino a través de Educación Continúa Sistemática. A estos programas podrán acceder médicos de instituciones estatales y del sector privado.
- Deberá estudiarse procedimientos para evaluar periódicamente al Médico General con posterioridad a la obtención de su certificación de "especialista", para asegurar su idoneidad durante toda su vida profesional.
- Se ha hecho evidente que es necesario incorporar al Médico General a la docencia de pregrado, como una forma de mostrar al estudiante de medicina un modelo de ejercicio profesional digno de ser imitado.

- El Ministerio de Salud y las Facultades de Medicina tienen conciencia de la necesidad de incentivar el desarrollo de esta especialidad en Chile.

Para esto es necesario la creación de una carrera funcionaria dentro de los Servicios Estatales y privados, de una carrera académica en las Universidades, y de una promoción en el público en general de esta "Nueva y Antigua Especialidad", que le permita lograr una situación profesional funcionaria, académica y económico-social comparable a la de los otros especialistas.

Cada país vive sus propias realidades. Tiene diversos sistemas de salud, distintas condiciones socio-económicas y culturales, por lo que no siempre es posible extrapolar experiencias de otros países a estas realidades.

Finalmente, el Dr. Francisco Quesney, Delegado de Gobierno en el Servicio Nacional de Salud y Jefe de la Oficina de Planificación y Presupuesto del Ministerio de Salud, y el Dr. Angel Guzmán Veliz, Jefe del Departamento de Recursos Humanos, han dado respuesta conjuntamente, a las preguntas sobre la situación del Médico General o de Familia en Chile y las posibilidades de su mejor desarrollo.

- Qué piensa del retorno del médico de familia/médico general?

El Médico General tiene una larga tradición en Chile, lo que se hace urgente es materializar programas que le ofrezcan un perfeccionamiento de post-grado que le permita profundizar su preparación de pregrado y mantenerse sin una polarización hacia una especialidad excluyente de la Medicina General o Integral.

- Qué mecanismos utiliza para la formación del Médico General o familiar?

Solo están en práctica los mecanismos de Pre-grado.

El Postgrado solo ofrece especialización, esto es un esquema de perfeccionamiento con dedicación exclusiva mientras dura la beca que debe extenderse por 3 ó 2 años según especialidad elegida.

- Qué mecanismos deben preverse para absorber este personal?

El Médico General debe ser absorbido por el Sector Salud tanto en el Sistema (S.N.S. y Servicios de Salud con que mantiene convenios) como por el extra sistema. (Consultas privadas, Hospitales, Clínicas privadas, Servicios de Salud sin convenios con S. N. S. como FF. CC. del E., FF.AA. Universidades, etc.)

Dentro del Sistema de Servicios de Salud (S.N.S.) debe mantenerse los Concursos Nacionales anuales para facilitar la incorporación de los recién graduados al S.N. S. a lo largo del país sea como médicos del Ciclo de Destinación o como tratantes. En el post-grado debe ofrecérseles currícula con alguna flexibilidad que les permita profundizar en aquellas materias por las que tienen más afinidad o necesidad en su desempeño profesional, pero que después de cumplir la evaluación que las Facultades señalen, pueda obtener la certificación de perfeccionamiento que lo homologue a la certificación de quienes optan por el perfeccionamiento actualmente vigente denominado de especialización. Se está señalando en los documentos del nuevo Sistema de Servicios de Salud las alternativas de Carrera Funcionaria Asistencial que tendrá este profesional con perfeccionamiento en medicina familiar, general o integral, como quiera llamársele. Las Universidades podrían a la vez considerarle una alternativa de carrera docente ya sea en el pre-

grado como en el postgrado pues es más fácil imitar un ejemplo real que uno imaginario por los estudiantes de pregrado.

En el extra sistema la medicina funcionaria necesita del médico general para dar solución a los problemas prevalentes en la atención abierta. Actualmente el médico ya especializado en su consultorio privado soluciona problemas de medicina general por lo que pensamos que el médico general debería tener cabida a este nivel y con mayor razón si obtiene el status derivado del perfeccionamiento de postgrado certificado por las Universidades.

- Cómo se piensa hacer atractivo el ejercicio de la medicina familiar para que los profesionales permanezcan en él?

Procurando mecanismos de acceso a los incentivos que busca el médico.

- 1) Ejercicio profesional con perspectivas de progreso en conocimientos, habilidades y destrezas.
- 2) Retribución económica adecuada a su desempeño.
- 3) Carrera funcionaria con varias alternativas de acuerdo a sus aptitudes y merecimientos.

Estrategias a emplear:

- 1) Progreso puede obtenerse por perfeccionamiento en Servicio al trabajar junto a otros profesionales que hayan obtenido niveles de perfeccionamiento superiores al del personal que nos ocupa (existe un programa de becas primarias que proporciona esos niveles en provincias). Se espera que las Universidades ofrezcan nuevos esquemas de perfeccionamiento de postgrado para este médico general.

- 2) Retribución adecuada: tiene dos variables: a) Sueldo como funcionario que puede tener incentivos por nivel de complejidad en que se trabaje o por grado de perfeccionamiento obtenido o por localidad geográfica; b) Retribución por ejercicio privado de la profesión más fácil de asegurar si existe alternativas de perfeccionamiento de postgrado que otorgue certificación parcelar por créditos rendidos satisfactoriamente y certificación final al juntar una de varias alternativas de sumas de créditos que den derecho al status similar al de hoy llamado especialista. El Sistema de créditos no le obligaría a abandonar definitivamente la clientela formada sino por los meses que requiera para completar y/o aprobar el crédito.
- 3) Posibilidades de optar por concursos a cargos en diferentes niveles de complejidad en la provincia, región en que reside o fuera de ellas.

En resumen ofrecer:

- a) Varias alternativas de ejercicio profesional al recién egresado: funcionario, no funcionario, mixto.
 - b) Varias alternativas de perfeccionamiento compatibles con las modalidades de empleo señalados.
 - c) Carrera funcionaria que tiene por vías de acceso varias alternativas compatibles con lo señalado en a) y en b).
- Cómo se puede asegurar una alta calidad en la práctica de la medicina familiar/general?

Con la puesta en práctica de lo señalado en el punto anterior y con la existencia de un Sistema de Servicio de Salud con diferentes niveles de complejidad al que exista accesibilidad económica asegurada por medio de un Sistema

del Fondo Nacional de Salud y una adecuada Educación en Salud que permita un mejor acceso cultural a los recursos de salud que el país ofrece.

¿Estaría dispuesto el Gobierno a facilitar el sistema de atención para educación del personal de atención primaria?

De hecho lo hace desde hace muchos años y tiene especial interés en incentivar aún más este esquema si se desarrolla bajo la idea de una Educación continua y no sólo de compartimientos estancos por especialidades o por un número de años de estudios rígidos.

B I B L I O G R A F I A

1. I Seminario de Formación Profesional Médica. Antecedentes, documentos e informe final. Editorial Universitaria, Santiago, 1960.
2. Tercera Conferencia de Facultades Latino Americanas de Medicina. Antecedentes, Informes de Grupo, e Informe Final. Viña del Mar, Chile, 1962.
3. II Seminario de Formación Profesional Médica. Antecedentes, documentos e informe final. Santiago de Chile, 1968.
4. III Seminario de Formación Profesional Médica. Antecedentes, documentos e informe final. Santiago de Chile, 1977.
5. Medina Lois, Ernesto. Extensión de los Servicios Médicos del Área Rural. La Situación Chilena. III Seminario de Formación Profesional Médica, Santiago de Chile, 1977.
6. XIV Censo Nacional de Población y Vivienda, 1970. Instituto Nacional de Estadística.
7. Anuario de Defunciones y Censos de Muerte. Servicio Nacional de Salud 1960 - 1976.
8. Indicadores Biodemográficos 1968 - 1977. Departamento de Planificación. Ministerio de Salud. Chile.
9. Recursos Humanos de Salud en Chile. Un modelo de análisis. Ministerio de Salud Pública, 1970.
10. Políticas de Salud. Ministerio de Salud. Chile, 1977.
11. Boletín Informativo Nº 32. Anuario Estadístico Año 1976. Consejo de Rectores Universidades Chilenas.
12. Estimaciones de Población. Unidad de Planificación. Sección de Información Estadística. Ministerio de Salud Pública, Noviembre, 1975.
13. Informe Estadístico del Registro Médico Nacional. Sección Registro Médico. Colegio Médico de Chile, 30 de Junio, 1977.
14. Relación Docente Asistencial. Experiencia Chilena. Velasco Rayo, Carmen; Ugarte José Manuel. Coloquio de Decanos Latino Americanos, Universidad de Chile, 1977.
15. La Coordinación Docente Asistencial y el Mejoramiento de la Salud. Velasco Rayo, Carmen; Ugarte José Manuel. Cuadernos Médico Sociales, Vol. XIX Nº 2 - 11, 1978.

A N E X O VI

ESTUDIOS ESPECIALES

"EL MEDICIO GENERAL/FAMILIAR EN LA REPUBLICA ARGENTINA" (*)

Dr. Oscar Gomez Povifia (**)

1978

(*) Trabajo realizado por encargo de FEPAFEM, dentro del Programa Transicional.

(**) Vice-presidente de la Asociación Argentina de Educación Médica.

INTRODUCCION

El programa transitorio que la FEPAFEM está realizando durante este año, busca el marco referencial y la filosofía y estrategias que contribuyan a determinar las características del médico general o médico de familia y que sirva para definir como debe ser su formación, cual su papel y cual su utilización en los sistemas nacionales de salud.

Esto presupone por lo menos tres aspectos previos y admitidos: (a) que el médico general es necesario; (b) que actualmente no lo hay o no se lo forma en la cantidad requerida; (c) que existen sistemas generales de salud y que se presumen nuevos enfoques que le dan al médico general un papel relevante.

Con respecto al primer aspecto - la necesidad de su existencia - y solo en un primer nivel de análisis se reconocen cuatro componentes:

- a) La relación médico-paciente que presupone, y su incidencia en el tratamiento. A este respecto son definitorios los estudios que realizó en Inglaterra, M. Balint (2)
- b) Lo que podemos denominar la puerta de entrada del sistema de atención. Es difícil y a menudo equivocado - y por ello peligroso - que sea el propio enfermo el que resuelva, porque debe tomar tres decisiones importantes, que generalmente superan sus posibilidades: "1) formulación, al menos implícita de un autodiagnóstico; 2) elección de especialista (¿qué especialidad? ¿cuál es especialista?); 3) el momento de la consulta (¿ya? ¿esperar? ¿cuánto?). Las consecuencias de este proceder llevan a multiplicar consultas superfluas (consultas a especialistas no involucrados) o a posponer el momento oportuno para el diagnóstico precoz o el tratamiento temprano de una enfermedad todavía incipiente y tal vez grave; y, en todo caso, a privar al paciente de la conducción global y comprensiva de su problema de salud." (2)

- c) Porque el 90% de las consultas se refieren a un ámbito general, no especializado, de la medicina general. En sistemas de atención coordinados, aproximadamente el 50% del total de los médicos debe ser generalistas, mientras que el restante 50% son especialistas, que cubren el 10% remanente de las consultas.
- d) El incremento acelerado del costo de la atención médica, que tiene características explosivas que no guardan relación con la inflación. Los dos aspectos previos tienen evidente influencia en ese incremento y su control podría ser uno de los paliativos del fenómeno.

El segundo presupuesto tiene tres componentes principales a saber: (a) ¿cuántos médicos generalistas hay?; (b) ¿cuántos se producen?; (c) ¿cuántos se necesitan? Las respuestas a estas tres preguntas se efectuarán en detalle, más adelante, cuando se analicen las estadísticas correspondientes a la Argentina.

Creo que el tercer aspecto varía, dependiendo de las estructuras y funciones de los sistemas de salud y su perspectiva, en los diferentes países. Se analizarán estos aspectos en la parte correspondiente a los sistemas de atención en la Argentina.

La falta de discriminación estadística entre médico clínico y médico de familia, independiente de la dificultad para reconocer su número y distribución, puede crear una confusión conceptual que es necesario evitar, y obliga a definirlo operativamente para distinguirlo del médico clínico y como forma de reconocer los atributos, requerimientos y necesidades de su preparación, lo que ayudará a responder a la pregunta sobre la existencia actual de médicos generales e identificar componentes de su formación.

Para hacerlo transcribiremos una definición que es suficientemente amplia como para permitir su uso en todos los países y que fué tomada del plan de enseñanza de Medicina General Integral (A-36) de la Facultad de Medicina de México, Universidad Nacional Autónoma y que dice "que son los

profesionales que dan solución a los problemas de salud relativos a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la patología más frecuente, con los recursos del contacto primario que no requieren del concurso de personal o equipo especializado" (3). En forma más específica se podría completar esa definición tomando la parte correspondiente a un trabajo de García Díaz que dice "que existe además la necesidad de su capacitación especial en psicología médica, completada con conocimientos de sociología y antropología, los que sin embargo, no deben llevar al extremo de considerarlo como una especie de consultor emocional o trabajador social. Los modernos médicos de "screening" ponen en sus manos eficaces procedimientos diagnósticos y amplían su competencia en el ancho campo de la medicina preventiva, esa tierra de nadie en la que el médico de familia debe ser mejor cultivador. En las ciudades, este médico deberá, inclusive, incorporar a su equipamiento habitual el oftalmoscopio y el electrocardiógrafo" (2).

Los aspectos salientes mencionados servirán, cuando me refiera a su formación, para determinar si la educación actual lo forma, y de no ser así, cuales serían las modificaciones a introducir para lograrlo.

LA ARGENTINA Y EL CONTEXTO MUNDIAL

Para una rápida y lo más completa posible comprensión de la ubicación de la Argentina en el mundo, se utilizarán tablas de valores comparativos con los de algunos de los países más poblados de Europa y América Latina. La primera incluye aspectos geográficos y demográficos generales (Tabla 1). Luego se utilizarán indicadores demográficos (Tabla 2); de niveles de salud (Tabla 3), y de condiciones económico sociales (Tabla 4).

T A B L A 1

ASPECTOS GEOGRAFICOS Y DEMOGRAFICOS DE LOS PAISES MAS POBLADOS
DE EUROPA Y LATINOAMERICA - CIRCA 1972.

Orden Relativo	Superficie (Miles de Km2)	Población Total (Millones/Hab.)	Densidad (Hab/Km2)	Población Rural (% del Total)	Población Urbana (% del Total) *
1o.	Brasil	8511,9	Brasil 88	R.F.Alemana 242	Reino Unido 5
2o.	ARGENTINA	2276,8	R.F.Alemana 60	Reino Unido 228	R.F.Alemana 23
3o.	México	1972,5	Reino Unido 55	Italia 177	ARGENTINA 26
4o.	Francia	551,2	Italia 52	Francia 91	Francia 26
5o.	España	504,7	Francia 50	España 65	Italia 31
6o.	Italia	301,6	México 47	México 25	España 49
7o.	R.F.Alemana	248,5	España 32	Brasil 11	México 58
8o.	Reino Unido	244,0	ARGENTINA 24	ARGENTINA 9	Brasil 58

* Se consideran urbanos los centros de más de 20.000 habitantes.

El cuadro siguiente muestra que la Argentina tiene una natalidad y una tasa de crecimiento poblacional característica de los países más evolucionados; la mortalidad global es característica de países de estructura etaria regular; con una expansión demográfica notoriamente alta, que varió mucho en el tiempo; los valores de población menor de 15 años y mayor de 64 años conforman una situación demográfica casi ideal.

T A B L A 2

PAISES	Nac.anuales por 1.000 personas	Muertes anua les 1.000 personas	Tasa anual crecimiento población	% población menos 15 años	más 64	población en centros urbanos más 100.000 hs.
Argentina	22.0	9.0	1.5	29.8	7.2	61%
EE.UU.	17.3	9.3	1.0	28.7	10.0	58%
Suecia	13.7	9.9	0.4	21.9	13.1	33%
Bolivia	44.0	19.7	2.4	41.5	2.2	15%
Chile	28.0	9.0	1.9	38.2	5.1	37%
Guatemala	43.0	17.0	2.6	45.4	2.9	15%
México	43.0	10.0	3.3	48.1	4.5	21%
Uruguay	21.0	9.0	1.2	27.3	8.1	53%
Perú	42.0	11.0	3.1	43.2	2.9	22%
Brasil	38.0	10.0	2.8	41.6	3.0	34%

Las tablas comparativas de los indicadores de niveles de salud se refieren a expectativas de vida al nacer, valores de mortalidad general y tasas de mortalidad infantil.

T A B L A 3

PAISES	Expectativa de vida al nacer		Mortalidad		Mortalidad infantil			
	1960	1970	1960	1970	1960	1970		
	varones	mujeres	varones	mujeres				
Argentina	59.3	62.2	65.9	69.8	8.4	8.9	61.2	60.0
EE.UU.	66.8	73.4	67.0	74.2	9.2	9.3	24.9	19.2
Suecia	71.6	75.3	72.1	76.9	10.0	9.0	14.6	11.7
Bolivia	49.7	49.7	49.9	49.9	19.8	18.6	90.0	88.0
Colombia	44.2	46.0		46.8				
Chile	52.8	56.9	56.1	62.4	12.9	9.2	108.4	92.0
México	55.2	58.0	61.1	63.9	12.3	9.7	71.4	69.0
Guatemala	43.8	43.5	48.9	50.2	17.8	16.9	92.6	92.0
Uruguay	60.9	64.4	66.5	72.0	8.2	8.9	65.7	49.0
Brasil	48.4	48.4	53.9	56.8	11.5	11.0	80.8	72.0

La tasa de mortalidad infantil en la Argentina muestra un fenómeno relativamente atípico debido a que, siendo alta, se ha mantenido relativamente estable durante años. Al analizar más adelante sus valores de acuerdo a jurisdicciones e incluyendo cifras más actuales, se podrá observar una importante disminución, que en algunas provincias es realmente notable.

Los indicadores de las condiciones económico-sociales seleccionadas incluyen ingreso per cápita, el consumo de energía, acero y petróleo refinado por habitante; la escolaridad; el consumo de calorías y carne por día; y la tasa de médicos y dentistas por 10.000 habitantes.

T A B L A 4

DESARROLLO ECONOMICO COMPARATIVO DE LOS PAISES MAS POBLADOS
DE EUROPA Y LATINOAMERICA - CIRCA 1972

Orden Relativo	Ingreso per Capita (US\$)	Consumo Energético (Negativos/Hora/Hab.)	Consumo de Acero (Toneladas/1000 Hab.)	Petroleo Refinado Diario (Barriles/1000 Hab)
1o.	Francia 2.147	Reino Unido 51,4	R.F.Alemana 490	Francia 12,5
2o.	R.F.Alemana 2.140	R.F.Alemana 25,3	Reino Unido 438	Reino Unido 11,9
3o.	Reino Unido 1.890	Italia 24,3	Francia 358	ARGENTINA 10,3
4o.	Italia 1.260	Francia 18,8	Italia 352	Italia 9,6
5o.	ARGENTINA 1.060	ARGENTINA 15,4	España 240	México 8,3
6o.	España 896	España 13,5	ARGENTINA 144	R.F.Alemana 5,1
7o.	México 580	México 10,4	México 76	Brasil 1,5
8o.	Brasil 313	Brasil 4,8	Brasil 61	España 1,0

En la Argentina el consumo energético se elevó más del 60% en la última década; con un evidente descenso, iniciado en la crisis económica del 1930 y que terminó después de la Segunda Guerra Mundial, el consumo de acero tuvo un crecimiento importante de 583.000 toneladas en 1920, a 3.345.000 toneladas en 1970.

T A B L A " 5

ELEMENTOS EDUCATIVOS COMPARADOS DE LOS PAISES MAS
POBLADOS DE EUROPA Y LATINOAMERICA - CIRCA 1972.

Orden Relativo	Alfabetismo*	Escolares Primarios y Secundarios*	Estudiantes Universitarios*
1o.	Francia 98,5	ARGENTINA 21,9	ARGENTINA 1,1
2o.	Reino Unido 98,5	Francia 16,4	Francia 1,0
3o.	R.F.Alemana 98,5	Reino Unido 16,3	Italia 0,8
4o.	Italia 91,5	México 15,6	Reino Unido 0,5
5o.	España 89,6	Brasil 13,1	R.F.Alemana 0,4
6o.	ARGENTINA 89,0	España 12,9	España 0,3
7o.	México 71,0	Italia 10,4	México 0,3
8o.	Brasil 61,0	R.F.Alemana 10,2	Brasil 0,1

* Porcentajes de la población total del país.

Fuentes: Atlas de Desarrollo Económico; Gaisburg, N; Chicago University Press, 1971.

Atlas del Potencial Argentino; Quargnolo, J; Estrada, 1972; Atlas Geográfico Universal; Aguilar; Barcelona, 1971.

T A B L A 6

CONSUMO DE CALORIAS DIARIAS ESTIMADAS POR HABITANTE,
Y DE CARNE EN ALGUNOS PAISES SELECCIONADOS.

PAISES	Calorías por día		Carne gramos día
	1965	1970	
Argentina	2.900	3.170	322
EE.UU.	3.100	3.240	299
Suecia	2.050	3.180	145
Bolivia	1.400	2.000	69
Chile	2.400	2.720	95
Guatemala	2.000	2.220	40
México	2.400	2.620	55
Uruguay	2.850	3.020	340
Perú	1.900	2.300	67
Brasil	2.470	2.700	74

Tomado del Demographic Yearbook N.U., Nueva York 1965, 1973
y de la Junta Nacional de Carnes.

T A B L A 7

MEDICOS Y DENTISTAS EN ALGUNOS PAISES SELECCIONADOS
AÑO 1970.

PAISES	TASA por 10.000 hs.	PAISES	TASA por 10.000 hs.
Argentina	18.9	Colombia	5.4
EE.UU.	20.1	Guatemala	3.0
Suecia	20.3	Uruguay	5.4
España	14.0	Brasil	4.4
Bolivia	5.0	Perú	1.8
México	6.1	Chile	8.9

En relación al número de médicos y dentistas debe tenerse en cuenta que entre 1970, fecha de los datos de las tablas y el año 1975, egresaron 17.940 médicos y 4.369 odontólogos, en la Argentina.

INDICADORES DE BIENESTAR Y SALUD PARA LA ARGENTINA - ARGENTINA EN CIFRAS

Las tablas que se incluyen provienen del Departamento de Estadística y de Salud, de la Secretaría de Estado de Salud Pública, Ministerio de Bienestar Social; de la Memoria Anual del Banco Central de la República Argentina; y de la Bolsa de Comercio de Buenos Aires.

1. Pirámide de población

La pirámide de población fué de conformación regular hasta 1947, pero a partir de entonces comenzó a deformarse por el aumento del conjunto de edades medias y por la disminución de la base.

T A B L A 8

AÑO	GRUPOS DE EDADES							
	0-14 años		15-64 años		65 y más años		Totales	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
1960	6.145.375	30,7	12.688.550	63,4	1.176.614	5,9	20.010.539	100,0
1970*	6.903.000	30,1	14.690.000	62,8	1.774.000	7,1	23.367.000	100,0
1980**	8.109.000	28,7	17.693.000	62,7	2.399.000	8,6	28.201.000	100,0

* Estimado

**Proyectado

El número de habitantes por Km. cuadrado fue de 8.4 para 1970 y de 10.99 para 1975 (solo se tomó en consideración el continente americano, sin la Antártida ni islas australes). Pero esa densidad

no alcanza a 1 habitante por Km². El aumento de población se concentró en áreas urbanas, con una marcada migración en las últimas tres décadas. Los datos disponibles (estimados) para 1972 muestran una población urbana del 74.2% con un rango entre 87.0 y 31.8%.

2. Indicadores del nivel de salud

La expectativa de vida al nacer (aunque reconociendo su limitación como indicador) para toda la república fué de 63.3 años para los varones y 69.5 para las mujeres para el año 1970; se modificó algo en los cinco años siguientes siendo de 65.2 para varones y 71.4 para mujeres (1975). Obsérvese que la tabla incluye la tasa de mortalidad por sexo, total y por jurisdicción para los años 1970 y 1976. Hay que tener en cuenta el subregistro que puede producirse en zonas rurales de difícil acceso, la deficiencia cualitativa de la información y la existencia de provincias muy juveniles demográficamente entre otras causas para explicar el contraste entre las cifras observadas entre las diferentes jurisdicciones. La tasa de mortalidad infantil, que tiene la ventaja de ser considerada uno de los indicadores más sensibles a las variaciones de las condiciones económicas, sociales y sanitarias de un área dada, se incluye por jurisdicciones, tomando los datos de los años 1970 y 1976, y por separado la tasa de mortalidad precoz y tardía. En relación con los valores del año 1970, debe tenerse en cuenta que adolecen del inconveniente de haber sido confeccionados con un denominador un 12 a 15% más bajo, lo que naturalmente elevó el resultado. Se debió que los valores fueron depurados, ya que solo se incluyeron los nacidos en el año calendario y se eliminaron los registrados durante el principio del año, que correspondían al año anterior, sin compensarlos con los nacidos ese año pero inscritos al año siguiente. De esos valores se podría inferir lo siguiente: (a) reconoce notable diferencias entre jurisdicciones; (b) en todos los casos se reconocen valores de alta

gravedad; (c) se observa en general, un descenso bastante marcado entre 1970 y 1976, que en algunas jurisdicciones es de gran importancia.

Se han incluido todos los datos en una sola tabla para su mejor comprensión y comparación.

T A B L A 9

Jurisdicciones	Expectativa de vida al nacer		Tasa de mortalidad por sexo.				Tasa de mortalidad infantil			
	var.	muj.	V. 1970 M		V. 1976 M.		Mortal. precoz		Tardía	general
			1970m	1976	1970	1976	1970	1976	1970	1970-1976
TOTAL	63.3	69.5	11.3	7.8	9.5	—	26.5	—	36.8	63.3 —
Cap. Fed.	68.2	73.3	16.5	10.8	13.5	—	22.0	—	20.4	42.4 —
Bs. Aires	64.2	71.5	10.1	6.5	8.3	—	24.7	—	30.7	55.4 —
Catamarca	63.8	67.8	9.7	7.9	8.8	9.8	20.2	30.1	53.4	76.6 60.1
Córdoba	63.9	70.5	10.7	7.0	8.8	8.9	22.1	20.1	29.3	51.4 36.3
Corrientes	60.3	64.5	10.7	9.3	10.0	9.9	23.8	23.7	54.8	78.6 58.5
Chaco	58.2	63.5	11.3	8.4	9.9	11.1	39.5	29.2	60.1	100.1 73.5
Chubut	55.5	62.7	11.2	7.7	9.6	9.0	28.7	28.8	53.9	82.6 66.1
Entre Ríos	64.6	71.1	10.9	7.8	9.4	8.8	22.7	18.6	32.6	55.3 44.1
Formosa	65.0	67.4	8.0	6.7	7.3	7.1	20.9	15.7	41.6	52.0 40.7
Jujuy	50.4	53.2	15.3	13.0	14.2	11.5	37.6	28.7	95.0	132.6 83.3
La Pampa	64.7	71.2	10.5	5.8	8.3	8.8	17.5	20.2	19.8	37.3 34.6
La Rioja	63.7	67.6	10.8	9.2	10.0	9.4	23.5	24.1	60.1	83.6 53.2
Mendoza	63.0	68.6	10.2	7.0	8.6	10.5	26.3	23.5	39.6	65.9 47.0
Misiones	61.7	66.2	9.5	8.3	8.9	9.1	31.3	25.7	46.4	77.7 55.1
Neuquén	53.8	60.9	11.8	9.0	10.5	7.5	43.0	24.3	64.6	107.6 44.1
Río Negro	55.0	63.3	12.8	8.3	10.7	7.7	35.7	19.8	59.4	95.1 45.6
Salta	55.2	60.3	12.9	10.3	11.6	10.6	41.5	27.9	72.9	114.4 73.8
San Juan	64.4	67.3	10.5	7.3	9.1	8.1	37.2	22.4	48.8	86.0 42.0
San Luis	61.7	68.3	10.7	8.2	9.5	9.2	29.1	27.9	49.6	78.8 50.4
Santa Cruz	57.9	64.6	9.3	4.6	7.3	6.7	22.0	—	28.2	50.2 39.5
Santa Fe	64.3	70.9	12.0	8.0	10.0	9.2	23.6	25.1	32.8	56.4 43.8
Santiago del Estero	62.9	67.4	7.9	6.8	7.4	—	36.6	—	34.1	70.7 —
Tucumán	61.2	65.9	11.1	8.3	9.7	9.9	35.0	24.3	34.9	69.9 47.9
Tierra del Fuego	54.9	59.6	6.9	5.5	6.5	6.7	22.9	25.5	32.7	55.6 41.8

3. Indicadores de condiciones socio-económicas

a) Indicadores económicos

El producto interno bruto per cápita es un valor universalmente considerado si bien tiene tres limitaciones: (a) con figura un índice de producción económica y no de ingresos percibidos para el consumo; (b) por involucrar cifras absolutas está sometido a graves distorsiones; (c) los distintos tipos de cambio no indican habitualmente el real valor adquisitivo. En nuestro país, se modificó substancialmente ya que para el año 1960 fué de 730 dólares; para 1970, de 1.060 dólares y para 1976 alcanzó 2.038 dólares (dato del Banco Central publicado recientemente).

En la tabla 10 se incluye la composición del producto bruto interno por sectores de origen (Tomando de la memoria del Banco Central año 1975.)

T A B L A 10

PRODUCTO BRUTO INTERNO POR SECTORES DE ORIGEN

CONCEPTO	1970	1971	1972	1973	1974 (1)	1975 (1)
	(En millones de \$, a precios en mzn. de 1960)					
Agricultura, caza, silvicultura y pesca	1.941	1.843	1.698	1.984	2.105	2.052
Explotación de minas y canteras	248	257	263	255	262	250
Industrias manufactureras	4.978	5.459	5.784	6.152	6.572	6.358
Electricidad, gas y agua	320	349	386	413	442	470
Construcción	675	652	684	649	728	659
Comercio al por mayor y al por menor, restaurantes y hoteles	2.516	2.631	2.766	2.843	3.079	2.960
Transportes, almacenamiento y comunicaciones	1.056	1.097	1.115	1.190	1.244	1.203
Establecimientos financieros, seguros y bienes inmuebles	490	513	539	564	596	631
Servicios comunales, sociales y personales	1.898	1.930	2.029	2.147	2.228	2.337
Producto bruto interno, al costo de factores	14.122	14.801	15.264	16.197	17.256	16.920
Producto bruto interno, a precios de mercado	15.459	16.193	16.705	17.727	18.879	18.521

(1) Cifras provisionales.

La Tabla 11 incluye la población económicamente activa por sectores en la Argentina.

T A B L A 11

DISTRIBUCION POR SEXO DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE
ACTIVA POR SECTORES DE ACTIVIDAD EN ARGENTINA

Sector de Actividad	Particip. Sectorial Porcentual	Cantidad de Personas en el Sector	% de Va- rones en el Sector	% de Muje- res en el Sector
Primario	18,5	1.392.540	91,4	8,6
Industria y Construcción	31,7	2.387.700	83,3	16,7
Comercio y Trans- porte	19,2	1.446.750	86,4	13,6
Servicios	20,6	1.546.708	47,5	52,5
Actividades no espe- cificadas claramente	<u>10,0</u>	<u>250.902</u>	<u>78,5</u>	<u>21,5</u>
TOTALES	100,0	7.524.600	84,0	15,1

3. Educación en general

Solo se incluyen tablas que muestran la educación en los diferen-
tes niveles y dentro del nivel terciario la distribución por
áreas. El porcentaje de analfabetos fué de 7.4 varones y 9.5
mujeres para 1970 y de 6.3 y 7.7 respectivamente para 1975.

T A B L A 12ESTABLECIMIENTOS, DOCENTES Y ALUMNOS POR CICLOS
DE ENSEÑANZA - AÑO 1972.

Ciclo de Enseñanza	Establecimientos	Alumnos	Docentes
Preprimario	1.250	259.509	13.695
Primario	25.881	3.699.007	202.596
Medio	4.349	1.058.945	143.234
Superior	750	351.287	29.804
Parasistemático	<u>3.406</u>	<u>376.292</u>	<u>12.429</u>
TOTALES	38.636	5.745.040	401.758

Fuente: Dirección de Estadística Educativa, Ministerio de Educación y Cultura.

T A B L A 13

DISTRIBUCION DE MATRICULA UNIVERSITARIA AÑO 1970

ORIENTACION	Alumnos Matriculados	
	Número	Proporción
Ciencias Agrarias y Veterinaria	13.418	5,0
Ingeniería	47.915	17,8
Arquitectura	17.005	6,3
Ciencias Exactas y Naturales	9.711	3,6
Química, Bioquímica y Farmacia	12.930	4,5
Ciencias Médicas	37.039	13,7
Derecho	43.820	16,2
Ciencias Sociales	52.614	19,8
Otras	<u>35.360</u>	<u>13,1</u>
TOTALES	269.912	100,0

Fuente: Dirección de Estadística Educativa, Ministerio de Educación y Cultura, 1972.

ATENCIÓN EN SALUD

A fines del año pasado se realizó en el Centro de Estudios Comparados, en Buenos Aires, un seminario donde se analizó el sistema de salud con la intervención de todas las partes que lo constituyen. De esa reunión se extraen, en forma muy resumida los siguientes conceptos, que pretenden mostrar como es el sistema y cual su situación actual. En Argentina pueden distinguirse tres subsistemas, que no están relacionados formalmente entre sí, pero interaccionan y cumplen determinados objetivos, que le son comunes al conjunto. Se diferencian así el subsistema estatal; el de las obras sociales y mutualidades o de seguridad social; el privado. El sistema esta tal que ganó coherencia con la creación del Ministerio de Salud Pública en el año 1949, tuvo por función la tarea normativa, pero además instaló una serie de hospitales y Centros, de dependencia centralizada, en todas las provincias. Esta infraestructura fué de gran utilidad para conformar un sistema organizado. Sin embargo, por diferentes motivos y falta de una conducción continuada, en 1955 se observó una manifiesta desorganización de ese subsector. El entonces Ministro reunió una comisión que aconsejó la descentra lización política, que con mayor o menor empuje, será seguida por los Ministros a partir de esa fecha. Se inició así una política de centralización normativa y descentralización ejecutiva. Se trans firió la capacidad instalada a las provincias, municipios y univer sidades. En 1963 se inicia un período donde se realiza el primer catastro nacional de recursos y servicios de salud, lo que permitió conocer la realidad sanitaria nacional. Se crearon servicios de atención médica para la comunidad. Este muy breve resumen de ante cedentes históricos sirve para comprender lo que actualmente ocurre en ese subsector. Debe agregarse que el subsector estatal tiene a su cargo el programa de extensión de cobertura, que si bien maneja cada provincia, está normativamente centralizado en la Secretaría de Estado. Este sistema organizado sobre la base del Programa de

Salud Rural que el Dr. Carlos Alberto Alvarado puso en movimiento en 1966, se apoya en la misma comunidad, la que proporciona los agentes sanitarios, que son personas del ambiente local, adiestrados e incorporados a los sistemas de salud. Este programa (que es similar en sus aspectos operativos al que se desarrolla en Costa Rica) está elaborado sobre la base y la estructura usada para la lucha contra la malaria, es decir que el agente sanitario concurre al domicilio de todos los que habitan su área, para efectuar campañas de vacunación y detectar patología, que deriva. Hace cuatro rondas por año y previo a cada una, recibe un adiestramiento especial. Para que programas de este tipo tengan éxito deben estar intimamente relacionados con los otros niveles de complejidad del sistema. Así esta secuencia asistencial "encuentra en la atención primaria una realización concretada en niveles referenciales, que permiten el máximo rendimiento de los recursos existentes y la mayor eficacia frente a los usuarios" (2).

El subsector de Seguridad Social, ha seguido el mismo modelo del hospital, que le asigna a la especialidad el eje donde gira la atención médica. Todos sus componentes; las obras sociales, de afiliación obligatoria; las mutualidades y los seguros privados, de afiliación voluntaria; han adoptado la atención en servicios especializados de libre elección. Vemos en esa libre elección una de las razones de subsistencia del procedimiento. De esa manera, el 90% de la demanda total asistencial, queda librada al azar de las consultas especializadas.

En esas organizaciones, los médicos encargados de la atención no especializada, no responden aceptablemente al concepto del médico general o médico de familia.

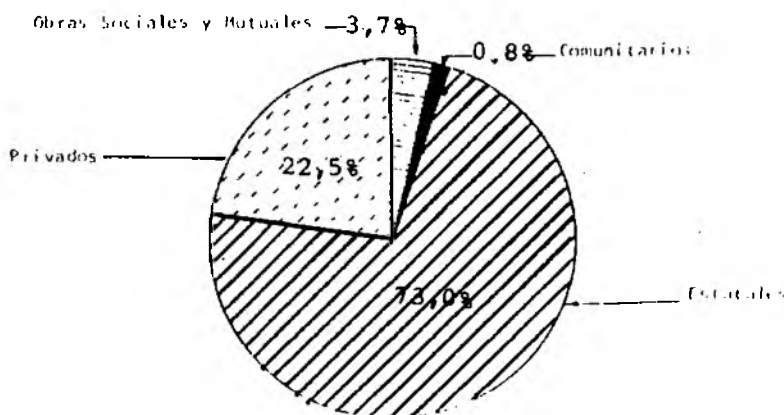
Además, la mayoría de las obras sociales carecen de servicios propios, por lo que deben contratar las prestaciones en el sector privado.

El sector privado, con gran auge durante los años 30, comenzó a decaer y actualmente solo puede ser utilizado por quienes tienen

gran disponibilidad económica. Eso no quiere decir que ese subsector esté desapareciendo; simplemente se está amoldando a las nuevas características del medio, y está mostrando nuevas modalidades, que incluyen los seguros y la medicina prepaga, que tienen en este momento, gran difusión.

En materia de utilización de los servicios médicos, el sector público tiene aproximadamente el 70% de las camas; el de seguridad social el 5% y el privado el 25% restante. En materia de atención de enfermos agudos, el sector privado tiene proporcionalmente un número más alto de prestaciones, mientras que en el grupo de enfermos crónicos es el sector público el que tiene la predominancia. Se incluyen tres cuadros demostrativos que permiten conocer la capacidad instalada de los tres sectores por separado en camas, así como el número de médicos por jurisdicción, lo que permite tener una idea de la distribución en el país. Por último se agrega una tabla de los presupuestos aprobados de la Secretaría de Salud Pública y de la Nación y su relación percentual. Debe tenerse en cuenta que ese dato es muy relativo ya que faltaría agregar la financiación de la salud proveniente del subsector de seguridad social y del subsector privado.

DISTRIBUCION DE CAMAS HOSPITALARIAS SEGUN LOS DIFERENTES SUBSECTORES (*)



(*) Los datos corresponden a la Tabla No. 14.

T A B L A 14

JURISDICCIONES	TOTAL DE CAMAS	SUB-SECTOR ESTATAL		OBRAS SOCIALES Y MUTUALES		SUB-SECTOR PRIVADO		COMUNITARIO	
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<u>TOTAL DE LA REPUBLICA</u>	133.847	97.688	73,0	4,977	3,7	30.095	22,5	1.087	0,8
Capital Federal	27.145	19.375	71,4	2.008	7,4	5.762	21,2	—	—
Buenos Aires	40.465	29.897	73,9	669	1,6	9.899	24,5	—	—
Catamarca	768	657	85,5	—	—	111	14,5	—	—
Córdoba	15.149	11.224	74,1	410	2,7	3.515	23,2	—	—
Corrientes	2.245	1.871	83,3	43	1,9	331	14,8	—	—
Chaco	2.336	1.741	74,5	—	—	595	25,5	—	—
Chubut	1.563	1.170	74,9	17	1,1	376	24,0	—	—
Entre Ríos	6.264	5.055	80,7	247	4,0	961	15,3	—	—
Formosa	632	451	71,4	34	5,4	147	23,2	—	—
Jujuy	2.539	2.062	81,2	16	0,6	461	18,2	—	—
La Pampa	1.307	1.034	79,1	—	—	273	20,9	—	—
La Rioja	682	564	82,7	31	4,5	87	12,8	—	—
Mendoza	4.710	3.117	66,2	742	15,8	851	18,0	—	—
Misiones	1.158	1.007	87,0	—	—	151	13,0	—	—
Neuquén	686	604	88,0	—	—	82	12,0	—	—
Río Negro	1.255	1.027	81,8	12	1,0	216	17,2	—	—
Salta	3.020	2.509	83,1	58	1,9	453	15,0	—	—
San Juan	1.471	1.253	85,2	45	3,0	173	11,8	—	—
San Luis	931	800	85,9	—	—	131	14,1	—	—
Santa Cruz	564	366	64,9	81	14,4	117	20,7	—	—
Santa Fé	13.007	7.252	55,8	316	2,4	4.352	33,5	1.087	8,3
Santiago del Estero	1.852	1.547	83,5	49	2,7	256	13,8	—	—
Tucumán	4.006	3.052	76,2	198	4,9	756	18,9	—	—
T.del Fuego, Antártida e Islas del A. Sud	92	53	57,6	—	—	39	42,4	—	—

FUENTE: Catastro Nacional de Recursos y Servicios. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Bienestar Social, 1970.

T A B L A 15

CAMAS Y HABITANTES POR MEDICO, JURISDICCIONES DE
ARGENTINA AÑO 1969.

JURISDICCIONES	Tasa de Camas por 1000 habi- tantes	Número de Habi- tantes por médico
<u>TOTAL DE LA REPUBLICA</u>	5,6	529
Capital Federal	7,8	193
Buenos Aires	4,9	683
Catamarca	3,7	1.421
Córdoba	7,2	450
Corrientes	3,5	1.556
Chaco	3,6	1.858
Chubut	9,0	874
Entre Ríos	6,6	1.145
Formosa	2,9	1.824
Jujuy	8,8	1.272
La Pampa	7,1	1.101
La Rioja	4,5	1.234
Mendoza	4,7	666
Misiones	2,4	1.992
Neuquén	5,2	985
Río Negro	5,4	1.026
Salta	6,1	1.163
San Juan	3,5	855
San Luis	4,5	1.164
Santa Cruz	9,0	750
Santa Fé	5,9	638
Santiago del Estero	3,3	2.174
Tucumán	4,3	970
T. del Fuego, Antártida e Islas del A. Sud.	10,2	643

T A B L A 16

RELACION ENTRE LOS PRESUPUESTOS APROBADOS DE LA
SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA DEL MINISTERIO DE
BIENESTAR SOCIAL Y GENERAL DE LA NACION
AÑOS 1962/1971.

AÑOS	En millones de pesos corrientes		En millones de pesos de 1963		Relación Porcentual
	Nación	Subsecretaría de Salud Pública	Nación	Subsecretaría de Salud Pública	
1962	1.761	39	-	-	2,2
1963	2.553	56	2.553	56	2,2
1964	3.205	60	2.541	46	1,9
1965	3.534	74	2.261	47	2,4
1966	4.951	124	2.640	66	2,5
1967	5.755	153	2.443	65	2,7
1968	9.663	160	3.742	62	1,7
1969	11.147	271	3.568	87	2,4
1971	14.813	340	3.399	78	2,3

Recurso humano en salud

El número de médicos, como se indicó, es muy elevado. Actualmente, debe haber un médico por menos de 500 habitantes, de valor medio, con una manifiesta disparidad según los lugares. Cifras estimativas del año 1969 muestran una media para todo el país de un médico cada 529 habitantes, con un rango que va de un médico cada 2.174 habitantes, en Santiago del Estero, a un médico por 190 habitantes en la Capital Federal (!). Además la distribución es también inadecuada, entre zonas urbanas y rurales, con una manifiesta concentración en las capitales que tienen el 73.7%.

La distribución en cuanto a especialistas también es inadecuada. Las estadísticas establecen un porcentaje aproximado del 45% de médicos clínicos, porcentaje que varía mucho en relación con las diferentes jurisdicciones. Pero esa cifra puede no reflejar la realidad, porque la categorización de médico clínico no es fácil. La recolección de datos corresponde a la Secretaría de Estado de Salud Pública, que es la que otorga el título de especialista. La reglamentación establece que para ser especialista se debe concurrir a un servicio reconocido de la especialidad, o efectuar una residencia o curso superior de especialista, cuya duración aproximada es de tres años. Es posible suponer que los médicos que en este momento están efectuando una especialización, solo pueden figurar como médicos clínicos en la recolección de datos. Si consideramos que en los últimos cinco años de registro estadístico, se recibieron 17.935 médicos, y a esa cifra le restamos la de médicos clínicos, que es de aproximadamente 29.500, el resultado será de 11.647. Esa cifra tampoco es válida ya que debe ser corregida por la cantidad de médicos que hoy están haciendo estudios de especialidad, cifra no disponible. Pero aunque se conociera, eso tampoco nos daría una idea de la cantidad de médicos de familia, porque no están discriminados en las estadísticas. La única indicación, es que están incluidos bajo el rubro de médicos clínicos. Sirva lo anterior para destacar que se carecen de datos específicos que permitan conocer el número aproximado de médicos de familia hoy existentes en nuestro país.

Datos estimativos señalan que el número total de médicos sería de 55.000; datos también estimativos establecen que el número de estudiantes sería actualmente de 50.000. Esta última cifra puede parecer exagerada pero hay que tener en cuenta que durante los años 1974 y 75 se había eliminado el examen de ingreso, siendo el número de inscritos en esos años muy elevado, y que parte de ese cupo está en este momento promediando los estudios.

ANALISIS DE LOS DATOS

De acuerdo con los datos recolectados, el número de médicos en nuestro país sería uno de los más elevados del mundo, en proporción al de habitantes. Es de esperar, que en los próximos cinco años ese número se incremente aún más, aún si consideramos que el número dado de estudiantes sea superior al verdadero en un 25% y que otro 25% abandone la carrera. Esa cifra de egresados llevaría el total de médicos a 80.000. Teniendo en cuenta el número que se retira de la actividad médica, la cantidad de habitantes por médico sería inferior a 400, cifra desproporcionadamente baja.

Lo anterior muestra que la Argentina es un país atípico en muchos sentidos. Por una parte, tiene una proporción de médicos por habitantes que es muy elevada; por otra, la distribución entre especialidades es muy inadecuada, ya que existen especialidades muy deficitarias en cuanto a número. Además, lo es en cuanto a ubicación geográfica y por zonas; por último ese número tan elevado no parece incidir demasiado en las estadísticas vitales, mostrando claramente la presencia de otros factores determinantes de esos resultados.

Eso parecería significar, que la enorme presión que puede ser ejercida por el número elevado no influye en la distribución. Las cifras establecen que el 74% de los médicos están radicados en las ciudades capitales. En la Argentina el 48% del total de la población vive en ciudades de más de 20.000 habitantes, lo que incluye un número mayor, que el de solo las capitales. Aún así, se puede reconocer la deficiente distribución, tanto geográfica como por especialidad. Las estadísticas vitales, muestran una mortalidad infantil muy elevada a pesar del número de médicos, permitiendo señalar, una vez más, que la solución de esos problemas es mucho más compleja y necesita de un tratamiento integral.

En relación directa con el médico de familia corresponderá establecer si el sistema, en sus condiciones y estructura actuales, puede darle cabida. Las ventajas, rápidamente observables de la utilización del médico de familia, en sistemas de salud orgánicos, no necesita reafirmación. Sólo la disminución de tiempo destinado a la atención, con el aumento de la eficacia de la atención y de la eficacia del sistema, son dos de los múltiples beneficios, y su resultado, la disminución de costos, o al menos la disminución de la aceleración del incremento de costos anuales. Las posibilidades de ese tipo de médico, en zonas rurales, o en poblaciones de bajo número de habitantes, es aún mayor. Ahí tendría la responsabilidad directa del acto médico y sería quien efectuara la referencia a niveles de mayor complejidad. Si bien, como se dijo y subrayó, su necesidad y beneficio son evidentes, habría que establecer si no se debe formar. ¿Puede considerarse el egresado de un sistema educativo un médico generalista? ¿Es su formación en ese sentido completa? ¿Puede ese médico, recién egresado, prestar servicio inmediato a su egreso o debe ser completada su formación?

Aún cuando no existen datos suficientes como para saberlo, con seguridad, como sería un estudio de desempeño, las características de nuestras escuelas médicas permiten, por lo menos inferir, alguna información que ayudaría a responder esas preguntas formuladas.

Para hacerlo, señalaremos primero, tomando de las definiciones incluidas al comienzo aquellos elementos esenciales que hacen a su formación. Para simplificar el análisis agruparemos esos conocimientos y atributos alrededor de algunos conceptos claves: conocimiento de patología más frecuentes; recursos del contacto primario; que no requieren del concurso de personal o equipo especializado; con amplios conocimientos de medicina preventiva; y con una serie de conocimientos psicológicos y sociológicos que en definitiva, lo van a permitir manejar la relación médico-paciente, la que a su vez requiere del manejo de una adecuada comunicación. Lo anterior a

pesar de ser muy somero, nos está indicando aspectos sobresalientes de esa formación. Corresponde ahora determinar si ellos son enseñados durante los estudios. Para hacerlo se partirá del supuesto (que considero válido), que no se puede admitir la posibilidad de aplicar conocimientos si no han existido experiencias educacionales en las que el estudiante ha ejercitado esa aplicación. El segundo supuesto, también válido, es que el hospital universitario, por su altísima complejidad, sólo llega al 1% de la patología, y la menos frecuente; el tercero, es que en general el estudiante hace su aprendizaje clínico sólo en hospitales universitarios, al menos en mi país; el cuarto, que las técnicas de enseñanza usadas, están dentro del grupo de las expositivas (al menos en su gran mayoría) las que tiene un modelo de comunicación unidireccional y vertical y solo permiten dos roles: el del docente y el del alumno, lo que en definitiva configura un modelo de comunicación estereotipado, que el alumno va a revertir una vez que egresa, ocupando el lugar del docente y comportándose como tal, frente al enfermo.

Si admitimos los supuestos anteriores como válidos, comprendemos que un egresado no puede, sin preparación previa actuar como médico de familia, ya que le va a faltar el conocimiento necesario en cuanto a comunicación y relación médico-paciente; en cuanto a patología más prevalente; en cuanto a manejo de una instrumentación simple (en los hospitales universitarios la instrumentación diagnóstica y de tratamiento puede llegar a ser muy sofisticada); desconocerá los recursos del contacto primario; dependerá del personal y del equipo accesorio especializado y de la protección que le brinda el hospital, ya que durante sus estudios no le fué dada responsabilidad, la que es difícil de asumir; por último, desconocerá, por no haberlo vivido, la medicina integral, que es la que el debe realizar, aunque pueda tener conocimientos y aún vivencias de la medicina preventiva, a la que verá como algo separado y casi especializado.

En resumen, no podrá, luego de egresar, actuar como médico de familia.

Lo anterior plantea dos cursos de acción, los que pueden darse por separados o combinadamente o se establecen procedimientos o mecanismos para que el egresado pueda adquirir los complementos necesarios para su actuación como médico de familia, o se intenta modificar el curriculum de tal manera de que los adquiriera durante su tránsito por el sistema educativo.

Queda una pregunta por responder. ¿Será suficiente una adecuada preparación para que el médico de familia vuelva a ocupar el lugar de privilegio que debe ocupar, o, el prestigio que tienen los especialistas, la imagen que a ese respecto proyecta la Facultad, el beneficio económico, la seguridad y el manejo de una menor gama de conocimientos, serán un freno importantes que derivará, a pesar de la presión creada en nuestro país por el número tan elevado de médicos, a los egresados, hacia la especialización? Y, si eso es así, ¿Cuáles serán las estrategias que habría que usar para revertir ese proceso en beneficio de una medicina más eficiente y menos costosa, y fundamentalmente, más apta para el paciente y su familia?

ESTUDIOS ESPECIALES

PANORAMA SOBRE CONDICIONES SANITARIAS. ORGANIZACION
DE LOS SERVICIOS DE SALUD. RECURSOS HUMANOS DEL SEC
TOR, SU PAPEL Y SU DESARROLLO
COSTA RICA 1978 (*)

Dr. Oscar Ricardo Fallas Camacho (**)

Dr. Guido Miranda Gutierrez (***)

(*) Trabajo realizado por encargo de FEPAFEM, dentro del Programa Transicional.

(**) Profesor Cátedra Medicina Preventiva, Escuela Medicina, Universidad de Costa Rica.

(***) Profesor de Medicina Interna, Jefe de Sección Medicina Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.

INTRODUCCION

Aunque nuestra pretensión fue la de elaborar un pequeño informe que sirviera para los propósitos específicos de la FEPAFEM, no nos fue posible hacerlo en forma tan reducida, ya que tendríamos que haber dejado de lado varios de los aspectos apuntados en la guía proporcionados para tal fin.

Estamos presentando información recogida en boletines, informes, revistas y otras publicaciones oficiales, esperando dejar un amplio panorama, básicamente numérico, de donde el lector podrá efectuar su propio análisis y, desde luego, llegar a sus propias conclusiones. (*)

(*) Nota del Editor: Presentamos a continuación la parte más pertinente al tema del Médico General/Familiar, extractada del extenso e interesante trabajo de los Dres. O. R. Fallas Camacho y G. Miranda Gutierrez.

DESARROLLO Y ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Costa Rica tuvo hasta 1942 la tradicionalmente conocida organización Médico Asistencial para la mayoría de los países latinoamericanos:

- a) El Estado a través del Ministerio de Salud, mantenía servicios de asistencia médica, especialmente enfocados como atención médica primaria. A la vez, estaba encargado de los programas de saneamiento ambiental, con especial énfasis a aquellos causantes de patología propia de los países tropicales.
- b) Prácticamente todos los hospitales eran administrados por Patronatos o Juntas de Protección Social, derivadas de las antiguas Juntas de Caridad, que fueron organizadas originalmente y respaldadas por la Iglesia Católica.
- c) Los fondos para los programas de salud, a cargo del Ministerio de Salud provenían de presupuesto nacional. Los recursos financieros para el manejo de los hospitales siempre fueron insuficientes y eran logrados mediante algunas rentas propias como la Lotería Nacional, impuestos sobre las herencias, aportes locales; el resto provenía de una subvención del Estado, incluido en cada uno de los presupuestos anuales.

En 1942 comienza a prestar servicios médicos la Caja Costarricense de Seguro Social, inicialmente en ambulatorios de consulta externa, en la Ciudad de San José; en 1944 abre sus primeras camas hospitalarias propias, ya que hasta ese momento, subrogaba servicios en los hospitales de las Juntas de Protección Social.

A partir de 1948, se inicia una política de parte de los servicios médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social que podría considerarse sin variantes hasta marzo de 1969. En 1948 la Institución

poseía dos hospitales: el antiguo Hospital Central, en la ciudad de San José y un pequeño Hospital en la zona rural (Turrialba), así como varias unidades de consulta externa, especialmente en la zona metropolitana. Desde ese momento hasta 1969, la Caja Costarricense de Seguro Social se extiende progresivamente a la mayor parte del territorio a través principalmente de unidades de consulta externa, hasta cubrir en 1969 el 40% de la población nacional. Todos los servicios de hospitalización que requería, a excepción de los que podía prestar en su antiguo Hospital Central y en el Hospital de Turrialba, eran subrogados a las Juntas de Protección Social, a las cuales cancelaba los servicios prestados al precio fijado como costo-estancia diaria.

La Caja Costarricense de Seguro Social inició la prestación de sus servicios médicos cubriendo únicamente al trabajador directo. Desde su inicio hasta 1955, se mantiene esta modalidad. En este año la Institución modifica su reglamento de Enfermedad y Maternidad e introduce la cobertura familiar para el asegurado directo, con lo cual a partir de ese momento se prestan todos los beneficios del régimen de Enfermedad y Maternidad, a la esposa o compañera del trabajador directo, a los hijos menores de 18 años y a los padres del trabajador si son dependientes económicamente del asegurado.

En mayo de 1961 ocurre un hecho político de extraordinaria importancia: el Congreso Nacional modifica la Constitución de la República y establece que los beneficios proporcionados por el régimen de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social, deben extenderse para todos los habitantes del país, en un plano no mayor de 10 años. Se establece así el fundamento filosófico y legal para la universalización de los servicios médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social, a toda la población del país. Sin embargo, dada la situación económica y política de los primeros años, la institución debió limitarse a su crecimiento habitual mediante la extensión de sus programas a diferentes zonas, encontrándose a comienzos de 1970 cubriendo el 46% de la población total.

En setiembre de 1969, la Caja Costarricense de Seguro Social inaugura su principal Hospital, el Hospital México, con 600 camas, en la ciudad de San José y lo transforma en el Hospital de referencia nacional para los casos de compleja patología. En ese momento, el 40% de las camas de los hospitales de las Juntas de Protección Social se encontraban prestando servicios subrogados a la Caja Costarricense de Seguro Social.

A raíz de los resultados de las elecciones nacionales realizadas en febrero de 1970, en mayo de ese año asume la dirección del país el Partido Liberación Nacional que define, como parte de su política de gobierno, la creación de un servicio integrado de Salud para todo el país, que reúna tanto a las necesidades hospitalarias como también haga una realidad al principio constitucional aprobado en mayo de 1961, que le confirió a la Caja Costarricense de Seguro Social la responsabilidad de su organización. Para ese efecto se realizaron los cambios del sistema y se crearon los necesarios dentro de un marco filosófico que reconoce el derecho de la salud por igual para todos los costarricenses. Legalmente esta nueva estructura se sustentó tanto en la legislación vigente como en la promulgada en los años sucesivos, de la cual caben destacar las siguientes leyes:

1. LEY DE TRASPASO DE HOSPITALES AL SEGURO SOCIAL, No. 5349, promulgada el 24 de setiembre de 1973, para universalizar el seguro de enfermedad y maternidad y lograr un sistema integral de salud.
2. LEY GENERAL DE SALUD, No. 5395, promulgada el 30 de octubre de 1973, que regula las actividades de los individuos, instituciones y Estado en el campo de la salud.
3. LEY ORGANICA DEL MINISTERIO DE SALUD, No. 5412, promulgada el 8 de noviembre de 1973, que modificó sus estructuras, principalmente las que se refieren a la antigua Dirección General de Asistencia Médico-Social y sus dependencias.

4. LEY CONSTITUTIVA DE TRASPASO DE HOSPITALES Y OTRAS INSTALACIONES A LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, No. 554, del 18 de julio de 1974, que regula las condiciones de los trabajadores de los establecimientos traspasados.

Con estas Leyes se pretendió sustentar los cambios para:

1. Aceleración del proceso de universalización de la seguridad social, mediante la integración de los niveles superiores de la atención médica en un solo servicio, traspasando al Seguro Social los hospitales dependientes del Ministerio y abriendo sus instalaciones al servicio de toda la población.
2. Desarrollo acelerado de un nivel básico de atención integral, mediante el establecimiento de una infraestructura de servicios de salud atendidos por personal auxiliar en todas aquellas áreas rurales carentes de servicios, estrategia a la que se denominó Programa de Salud Rural.
3. Cambio funcional de los Centros de Salud del nivel de atención médica general, reforzándolas con personal auxiliar que proyecta sus servicios a las comunidades e incrementa las interrelaciones, estrategia que ha recibido el nombre de Programa de Salud Comunitaria.

Existe así, cobertura de atención médica a nivel nacional. La atención primaria básicamente está a cargo del Ministerio de Salud, el cual desarrolla sus programas por medio de Puestos de Salud y Unidades Sanitarias en un número total de 318 atendiendo prácticamente al 100 por ciento de la población rural dispersa. La atención secundaria y terciaria está a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social, que cubre al 85% de la población del país.

El Ministerio de Salud a través del Hospital de San Ramón da atención secundaria y terciaria. Hecho este que desaparece en breve al

completarse el traspaso de todos los hospitales a la administración de la Caja.

Existe en el país una fracción de población de altos recursos económicos que es atendida a través de particulares, tanto consulta externa como en hospitalización, para la cual existe 139 camas en tres diferentes clínicas privadas.

Es necesario señalar dentro de la atención médica del país al Instituto Nacional de Seguros, que tiene servicios médicos para la atención de riesgos profesionales, tanto asistenciales como de rehabilitación. Cuenta con 10 médicos; en 1977 dieron 11.336 consultas y se atendieron 6.450 en rehabilitación.

CUADRO N° 47PRESUPUESTO:

Población total, Producto Interno Bruto y Gasto en Salud
Año 1974 - 1976

AÑO	POBLACION	PIB (millones de colones)	GASTO SALUD (millones de colones)	TASA CRECIMIENTO GASTO SALUD	PARTICIPACION GASTO SALUD EN PIB (%)	GASTO ACTUAL SALUD POR HA- BITANTE (colones)
1974	1.921.572	13.215.7	739.3		5.6	384.72
				37.8		
1975	1.961.680	16.804.6	1.018.7		6.1	519.14
				20.8		
1976	2.017.986	20.100.4(*)	1.230.4		6.1	609.70

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos

Banco Central de Costa Rica

Contabilidad Dirección General, de Salud

Depto. Control de Presupuesto Caja Costarricense de Seguro Social

(*) Cifras preliminares

CUADRO N° 48

Monto de Gasto Sector Salud
Según Institución
Años 1974 - 1976

INSTITUCION	1974	1975	1976
<u>TOTAL</u>	<u>739.274.557</u>	<u>1.018.695.394</u>	<u>1.230.361.021</u>
SUBTOTAL MINISTERIO DE SALUD	320.324.957	383.930.324	396.865.393
Gobierno Central	36.469.698	45.521.232	50.857.444
Dirección General	271.311.216	301.120.962	292.537.416
O.C.I.S.	12.544.043	37.288.130	53.470.533
SUBTOTAL C.C.S.S. (1)	321.601.019	471.966.431	636.585.194
SUBTOTAL INSTITUTO COSTARRI CENSE DE ACUEDUCTOS Y ALCAN TARILLADO (*)	97.348.581	162.798.639	196.910.434

Fuente: Departamento de Contabilidad Dirección General de Salud
Departamento de Control de Presupuesto Caja Cost. de Seguro Social
Departamento de Planificación Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado

(1) Las cifras se refieren a los gastos correspondientes al Seguro de Enfermedad y Maternidad.

(*) Instituto a cargo de la administración de los Servicios de Agua y Alcantarillado.

CUADRO N° 49

Monto de Ingresos del Sector Salud
según Institución
Años 1974 - 1976

INSTITUCION	1974	1975	1976
<u>TOTAL</u>	<u>885.516.357</u>	<u>1.245.129.626</u>	<u>1.473.691.748</u>
<u>SUBTOTAL MINISTERIO DE SALUD</u>	<u>334.232.964</u>	<u>396.931.578</u>	<u>421.110.396</u>
<u>SUBTOTAL C.C.S.S. (*)</u>	<u>424.859.406</u>	<u>592.531.944</u>	<u>814.930.845</u>
<u>SUBTOTAL INSTITUTO COSTARRICENSE DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS</u>	<u>126.423.987</u>	<u>255.666.104</u>	<u>237.650.507</u>

Fuente: Departamento de Contabilidad Dirección General de Salud
Departamento de Control Presupuesto Caja Costarricense de Seguro Social
Departamento de Planificación Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

(*) Las cifras se refieren a los ingresos correspondientes al Seguro de Enfermedad y Maternidad.

CUADRO N° 50

Número de Consultas Externas, Costo Total y Costo Promedio por Consulta en los Centros Hospitalarios del país Años 1972 - 1976

AÑO	NUMERO CONSULTAS EXTERNAS	COSTO PROMEDIO ANUAL (1) POR CONSULTA (colones)	COSTO TOTAL CONSULTA EXTERNA
1972	2.472.962	28.88	71.416.126
1973	2.607.889	33.50	87.369.515
1974	2.768.629	42.07	116.474.880
1975	3.936.169	54.99	216.449.585
1976	4.565.136	53.72	245.263.307
% Crecimiento 1972 - 1976	84.6%	86.0%	243.4%

Fuente: Anuarios Estadísticos Ministerio de Salud

Cuadros Administrativos y Financieros de la Caja Cost. de Seguro Social

(1) Se obtuvo utilizando un promedio ponderado, excluyendo unos pocos centros hospitalarios para los cuales se carece de información de costos por consulta.

CUADRO N° 51

Número de Estancias, Costo Total y Costo Promedio
por estancia en los Centros Hospitalarios del país
Años 1972 - 1976

AÑO	NUMERO ESTANCIAS (días paciente)	COSTO PROMEDIO (1) ANUAL POR ESTANCIA (colones)	COSTO TOTAL ESTANCIAS
1972	1.421.626	111.22	158.117.481
1973	1.337.336	138.28	184.927.760
1974	1.296.672	191.49	248.305.064
1975	1.346.747	253.90	341.939.667
1976	1.354.469	305.04	413.172.174
% Crecimiento 1972 - 1976	- 4,7	174,3%	161,3%

Fuente: Anuarios Estadísticos Ministerio de Salud

Cuadros Administrativos y Financieros de la Caja Cost. de Seguro Social

(1) Se obtuvo utilizando un promedio ponderado, excluyendo unos pocos centros hospitalarios para los cuales se carece de información de costos por estancia.

CUADRO N° 52
RECURSOS FISICOS Y PRODUCTIVIDAD (egresos y consultas)

**Población, camas hospitalarias por mil habitantes
 Costa Rica 1970 - 1976**

AÑOS	(1) Población al 1º julio	(2) Total de camas	Camas por mil habitantes
1970	1.732.098	6.984	4.0
1971	1.785.691	7.225	4.0
1972	1.842.831	7.356	4.0
1973	1.872.747	7.359	3.9
1974	1.921.572	7.388	3.8
1975	1.961.680	7.549	3.8
1976	2.017.986	7.358	3.6

Fuente: (1) Estadísticas Vitales, Dirección General de Estadística y Censos
 (2) Anuarios Departamento Estadística, Ministerio de Salud.

CUADRO N° 53**Población, Egresos y Egresos por mil habitantes****Costa Rica 1970 - 1976**

AÑOS	(1) Población a 1° julio	(2) Egresos Hospitalarios	Egresos por mil habitantes
1970	1.732.098	192.746	111.3
1971	1.785.691	199.698	111.6
1972	1.842.381	213.543	115.9
1973	1.872.747	210.142	112.2
1974	1.921.572	213.998	111.4
1975	1.961.680	214.201	109.2
1976	2.017.986	221.274	109.6

Fuente: (1) Estadísticas Vitales, Dirección General de Estadística y Censos

(2) Anuarios Departamento Estadística, Ministerio de Salud

Población, Consultas Médicas y Consultas por habitantes

COSTA RICA
1970 - 1976

AÑOS	Población (1) a 1° de julio	Total	Consultas Médicas (2)		Consultas por habitante
			I	II	
1970	1.732.098	3.536.293	3.113.937	422.356	2.0
1971	1.785.691	3.627.284	3.189.742	437.542	2.0
1972	1.842.831	3.982.533	3.578.607	403.926	2.2
1973	1.872.747	4.199.238	3.792.606	406.632	2.2
1974	1.921.572	4.528.626	4.144.825	383.801 (*)	2.4
1975	1.961.680	4.833.417	4.428.760	404.657	2.5
1976	2.017.986	5.253.892	4.840.898	412.994	2.6

Fuente: (1) Estadísticas Vitales de la Dirección General de Estadística y Censos
 (2) Anuarios, Departamento de Estadística, Ministerio de Salud
 I Consultas impartidas en Hospitales, Clínicas Periféricas y Dispensarios CCSS
 III Consultas impartidas en Centros de Salud, Puestos de Salud y Dispensarios
 (*) Cifras estimadas.

ESTRUCTURA DE PERSONAL:

Recursos Humanos: El número de médicos activos aumentó de 908 en 1970 con una tasa de 5,2 por 10.000 habitantes, a 1.483 (1.309 inscritos y 174 en servicio social) en 1977 con una tasa de 7,2. Lo anterior se debe fundamentalmente a un incremento considerable en la admisión y graduación de médicos en la Facultad de Medicina.

El número de odontólogos también aumentó de 246 inscritos en el Colegio en 1973 con una tasa de 1,4 por 10.000 habitantes, a 448 en 1977 con una tasa de 2,2.

En cuanto al número de enfermeras también aumentó de 796 activas en 1972 con una tasa de 4,3 por 10.000 habitantes, a 1.112 en 1977 (905 en la CCSS; 133 con el Ministerio, y 74 con otras instituciones) con una tasa de 5,4. La formación de enfermeras entre 1973 y 1976 fue de 439, con un promedio de 110 por año.

El número de auxiliares de enfermería se elevó de 3.015 en 1973, con una tasa de 15,9 por 10.000 habitantes, a 3.436 en 1977 con una tasa de 16,7. El número de auxiliares formadas entre 1973 y 1977 fue de 1576, con un promedio anual de 315.

El número de microbiólogos del subsector público salud aumentó de 70 en 1972 con una tasa de 0,4 por 10.000, a 211 en 1977 con una tasa de 1,0.

El número de farmacéuticos en el subsector público salud, aumentó de 75 en 1972 con una tasa de 0,4 por 10.000 habitantes, a 123 en 1977 con una tasa de 0,6.

Finalmente el número de inspectores de saneamiento aumentó de 103 en 1973 con una tasa de 0,6 por 10.000 habitantes, a 114 en 1977 con la misma tasa.

ESTRATEGIAS ECONOMICAS PARA PROVEER SERVICIOS:

Los programas desarrollados por el Ministerio de Salud se financian por presupuesto del Gobierno Central. El Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados se mantiene por medio de la venta de bienes y servicios.

El sostenimiento económico de la Caja Costarricense de Seguro Social se produce por el pago de cuotas de los trabajadores, los patronos y el Estado.

Los montos comprendidos al 4% de su salario, los primeros, al 6,75% sobre los salarios, los patronos y el Estado como tal con el 0,25% del monto de los salarios de todos los trabajadores cubiertos por este seguro. La Caja Costarricense de Seguro Social define los siguientes tipos de asegurado:

- a. ASEGURADO ASALARIADO: Es el aplicado en forma obligatoria que está al servicio de un patrono.
- b. ASEGURADO NO ASALARIADO: El afiliado cuyos ingresos no provienen de una relación obrero patronal.

Se entiende incluidos dentro de esta denominación aquellos ciudadanos dedicados a cualquier actividad que en cualquier forma o modalidad de trabajo, lo hagan por cuenta propia, con o sin trabajadores bajo su dependencia y cuyos ingresos mensuales sean superiores al 75% del salario mínimo vigente en las actividades agrícolas nacionales. Se presumen incluidos dentro de esta denominación los agricultores, comerciantes, industriales, artistas profesionales, artesanos dueños de talleres y demás personas que sin ser asalariadas, por su condición y por estar dentro de los límites y calidades que el Reglamento establece, la Caja califique como tales.

- c. ASEGURADOS POR EL ESTADO: El afiliado que por su condición socio-económica, no está en capacidad de pagar cotización alguna, y por quien responde el Estado, a través del Ministerio de Salud, para el pago de las prestaciones médicas que se le otorguen.

EDUCACION MEDICA:

"Facultad de Medicina.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica, es la única institución de este género que existe en el país. Abrió sus puertas, en 1961, con 18 estudiantes. Anteriormente a esa fecha, había habido un intento de organizar la enseñanza de la medicina en el país, en la Universidad de Santo Tomás, en 1879, la que graduó 3 profesionales. La Universidad de Santo Tomás cerró sus puertas por decreto gubernamental, durante la administración de Don Mauro Fernández en 1888, por considerar que "no cumplía las funciones para la que había sido creada." Desde esa fecha y hasta que la Universidad de Costa Rica organizó la Facultad de Medicina, todos los médicos que practicaron en el país fueron graduados en facultades de medicina extranjeras, preponderante de países latinoamericanos.

Desde el momento en que la Universidad decidió abrir una Facultad de Medicina hubo un largo período de preparación por medio de leyes específicas para dotar económicamente a la institución y para facilitar el proceso. Además, varias comisiones nacionales trabajaron durante más de 14 años estudiando modelos de enseñanza y organizando los aspectos administrativo-docentes de la nueva Escuela. Al iniciar sus labores, la Facultad de Medicina selecciona un modelo de enseñanza tipo Flexner, para lo que recibió apoyo económico del AID, lo que le permitió suscribir un convenio de asistencia con la Universidad del Estado de Luisiana, Estados Unidos,

convenio que permitió el entrenamiento del profesorado en aquella nación y el apoyo, por medio de profesores invitados, de aquella Facultad, durante los primeros 4 años de vida, de la Institución.

Desde los inicios mismos de la Facultad de Medicina, se estableció la costumbre de celebrar actividades de evaluación de los estudios que ofrecieron. Mesas redondas de evaluación de la enseñanza de la medicina en Costa Rica, se celebraron en 1963, 1967, 1970 y en octubre de 1977 se celebró la Cuarta Mesa de Evaluación. En 1969, la Facultad de Medicina fue seleccionada como modelo para una metodología de la evaluación universitaria por el X Seminario Latinoamericano de Evaluación de la Enseñanza y en 1973, se celebró el Primer Seminario Nacional sobre Educación Médica para la aprobación de un nuevo modelo de enseñanza, actualmente en vigencia. Este nuevo modelo ha significado un cambio total en la enseñanza tradicional que seguía el sistema Flexner. El nuevo modelo en aplicación busca la formación del estudiante de Medicina a nivel de la atención médica primaria y secundaria, con el objeto de que adquiera el máximo de formación en los problemas clínicos más comunes y frecuentes de la comunidad. Del mismo modo, las áreas clínicas han sido integradas por patologías específicas y por problemas de la comunidad, en orden de frecuencia, para que permanentemente se fortalezca el principio sobre el cual se creó este sistema, es decir, de formar el médico que el país necesita. El Segundo Seminario Nacional de Educación Médica, se celebrará en 1978 y se intenta continuar con esa práctica cada cinco años, dando la oportunidad de participación a las demás facultades y escuelas que forman recursos humanos para el sector Salud (Escuelas de Medicina, Enfermería, Odontología, Microbiología, Psicología, Ingeniería Sanitaria, etc.).

Hasta el presente, la Facultad de Medicina ha graduado los siguientes número de profesionales y técnicos:

CUADRO No. 55Número de profesionales y técnicos graduados por quinquenios

	1961-65	1966-70	1971-75
Médicos	11	129	227
Enfermeras	163	265	515
Técnicos	-	86	250
Especialistas ramas de la Medicina	-	30	154
Especialistas ramas de la Enfermería	55	40	89
T O T A L	229	550	1.239

Actualmente la Facultad de Medicina ofrece estudios de diferentes niveles y satisface plenamente las demandas del país en cuanto a los siguientes recursos humanos:

Tecnologías:

- | | |
|----------------------|--|
| 1. Anestesiología | 8. Rayos |
| 2. Oftalmología | 9. Saneamiento ambiental |
| 3. Ortopedia | 10. Mantenimiento de la salud
de la mujer |
| 4. Alimentación | 11. Fisioterapia y rehabilitación |
| 5. Citología | 12. Audiometría |
| 6. Morgue | 13. Fisiatría |
| 7. Tec. Histológicas | 14. Registros y documentos médicos |
| | 15. Radio-isótopos y med. nuclear |

Pregrado:

16. Lic. Ciencias Sociales en Salud
17. Lic. Medicina y Cirugía
18. Br. Enfermería
19. D. Enfermería
20. Lic. Nutrición

Posgrado:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 21. M.S. Fisiología y Bioquímica | 33. Dermatología |
| 22. ES. Cirugía General | 34. Ortopedia y Traumatología |
| 23. ES. Cirugía Pediátrica | 35. Oftalmología |
| 24. ES. Medicina Interna | 36. Urología |
| 25. ES. Medicina Legal | 37. Hematología Pediátrica |
| 26. ES. Pediatría | 38. Cardiología |
| 27. ES. Ginecobstetricia | 39. Enfer. Quirúrgica |
| 28. ES. Radiología | 40. Enferm. Obstétrica |
| 29. ES. Anestesiología | 41. Enferm. Psiquiátrica |
| 30. ES. Medicina Física y Rehabilitación | 42. Cirugía Plástica y Reconstructiva |
| 31. ES. Anatomía Patológica | 43. Enf. Comunitaria |
| 32. ES. Psiquiatría | 44. Enf. Materno-Infantil |

La formación de otros recursos humanos para el sector salud está bajo la responsabilidad de las Facultades de Ingeniería, Odontología, Farmacia y Microbiología, las que se coordinan por intermedio del Consejo de Area de la Salud, integrado por los decanos de las Facultades mencionadas además de la de Medicina y 2 institutos de Investigación y 15 centros de apoyo a la investigación y la docencia. (Centro de Virología, Centro de Fisiología Celular, Centro de Microscopía, NIDES, etc.)

La Facultad de Medicina cuenta actualmente con 298 profesores nombrados por concursos, 135 profesores interinos en vías de nombramiento permanente, 3 profesores invitados y 200 profesores docentes adhonorem, (considerado medicina, enfermería y tecnológicas).

Del total de los profesores que actualmente prestan funciones de docencia e investigación, 62 son de tiempo completo exclusivamente bajo la responsabilidad presupuestaria de la Universidad de Costa Rica y 176 trabajan tiempo completo con presupuestos de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud, en funciones docentes asistenciales. En estos casos, la Universidad paga un sobresueldo equivalente a un tiempo parcial de docencia, según las obligaciones de cada profesor.

Una idea del crecimiento que ha experimentado la Facultad de Medicina en dos de sus escuelas más importantes, la de Medicina y de Enfermería puede observarse en los siguientes cuadros:

CUADRO N° 56

Facultad de Medicina, población estudiantil, personal
docente y administrativo 1972 - 1977

AÑO	Estud Fac Medicina	Estud. Servicio	Estud. Tecnología	Estud. Residencia Médica	Personal Administ.	Personal Docente
1972	307	951	41	83	66	106
1973	389	1075	69	92	70	113
1974	480	1281	93	96	69	114
1975	836	1844	154	106	69	127
1976	882	1856	205	123	73	137
1977	955	1850	254	134	73	138

CUADRO N° 57

Escuela de Enfermería, crecimiento de presupuesto *
número de estudiantes de enfermería, número de estudiantes
post-básico y costo por estudiante 1972 - 1977

Año	Presupuesto	N° Estudiantes Enfermería	N° Estudiantes Post-Básico	Costo por Estudiante
1972	1.356.235	350	14	3.725
1973	1.614.670	402	22	3.808
1974	1.894.213	427	28	4.163
1975	2.371.299	445	30	4.992
1976	3.335.639	405	21	7.830
1977	2.427.000	472	75	4.436

* En colones

1 dólar= 8.6 colones

En 1978 con 70 alumnos inicia actividades la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Centro América, Universidad Privada.

LISTA PROFESIONALES EN CIENCIAS MEDICAS *

Total Médicos Colegiados	1854
Total Médicos Activos **	1360
Total Médicos ausentes del país	178
Total Médicos Extranjeros (a)	14
Total Médicos Pensionados	77
Total Médico en Año Médico Sanitario (b)	143
Total Médicos Extranjeros, con permiso del CIRU (c)	62
Total Médicos Especialistas ***	1185

ESPECIALISTAS

Cirugía Cardiovascular	9
Cirugía Infantil	17
Cirugía Torax	16
Cirugía General	105
Cardiología	28
Cardiología Infantil	1
Citología	1
Citología efoliativa Ginecológica	3
Medicina del Trabajo	1
Otorrinolaringología	29
Oftalmología	27
Ortopedia y Traumatología	74
Dermatología y Alergia e Inmunología Clínica	8
Medicina Física y Rehabilitación	16
Administración de Hospitales	17
Anatomía	5
Anestesiología	39
Bioquímica Clínica	2
Gastroenterología quirúrgica	4

Proctología	4
Cirugía Plástica	13
Dermatología	9
Venereología	8
Leprología	1
Endocrinología Diabetes y Nutrición	3
Endocrinología y Diabetes	7
Endocrinología Pediátrica	1
Nutrición	2
Reproducción Humana	1
Endocrinología	1
Farmacología General	1
Farmacología Clínica	1
Audiología y Foniatría	1
Gastroenterología	15
Geriatría	2
Ginecología	8
Ginecología y Obstetricia	92
Hematología	11
Enfermedades Infecciosas	6
Infectología	1
Medicina Interna	108
Medicina Tropical	2
Parasitología	2
Medicina Legal	7
Radioisótopos	4
Medicina Psicosomática	5
Neumología	3
Neumología Pediátrica	1
Enfermedades Broncopulmonares	18
Nefrología	9
Nefrología Pediátrica	1
Medicina Nuclear	1
Neurocirugía	10
Neurología	18

Obstetricia	7
Oncología	15
Radioterapia	5
Rehabilitación Psiquiátrica	1
Psicoanálisis Clínica	1
Psiquiatría Forense	1
Neuropsiquiatría	5
Psiquiatría Infantil	7
Psiquiatría	59
Anatomía Patológica	28
Patología Forense	3
Neonatología	15
Radiodiagnóstico	27
Reumatología	6
Salud Pública	44
Toxología	1
Urología	22
Vascular Periférica	6
Angiología	1
Pediatría	152

Llamadas de la pag. 23

- * Total de carnet extendido por Colegio de Médicos, dentro de esta cifra se encuentran 20 médicos que han fallecido.
- ** A esta cifra se debe incluir los contemplados en los rubos (a) (b) y (c).
- *** Se refiere a número de especialidades inscritas y no a médicos, ya que el mismo médico puede estar inscrito en varias especialidades.

Para número de especialistas y número de médicos generales en Costa Rica se recomienda ver Cuadro Nº 59.

<u>TECNICOS PARAMEDICOS</u>	<u>476</u>
Rayos X	140
Anestesiología	78
Histología	33
Citología	33
Electroencefalografía	13
Radioterapia	4
Urología	9
Fisioterapia	30
Fisioterapia-Rehabilitación	9
Terapia Física	2
Diseccción autopsias	22
Terapia ocupacional	4
Terapia voz y lenguaje	7
Nutrición	32
Ortopedia	23
Electrocardiografía	18

CUADRO N° 58

Distribución de los médicos en Costa Rica, por población urbana y rural,
según número real y recomendado de médicos, 1975

COSTA RICA	POBLACION	Total reco- mendado	Total real de médicos	Total por 1.000 habitantes
<u>Zona urbana*</u>	894.907	895	1.230	1.37
San José	516.057	512	915	1.79
Alajuela	94.535	95	91	0.96
Cartago	85.316	95	61	0.72
Heredia	58.216	58	33	0.57
Guanacaste	51.209	51	40	0.78
Puntarenas	48.641	49	57	1.16
Limón	44.938	45	33	0.73
<u>Zona rural</u>	1.071.243	1.071	15	0.014
San José	212.222	216	-	-
Alajuela	246.506	247	3	0.012
Cartago	129.393	129	-	-
Heredia	81.604	82	1	0.012
Guanacaste	137.185	137	1	0.007
Puntarenas	183.051	183	7	0.038
Limón	77.277	77	3	0.039

* Se toma como base para determinar las zonas urbanas a los centros administrativos de los cantones del país, o sea, por lo general, a los distritos primeros. En estos se determina a priori dichas zonas con criterio físico, tomando en cuenta elementos tangibles, tales como cuadrantes, calles, aceras, luz eléctrica, servicios urbanos, etc. (Censo Nacional de 1973).

CUADRO N° 59

Distribución de los médicos especialistas y médicos generales en Costa Rica,
por provincias, 1975

COSTA RICA	Población	Médicos especialistas	Médicos generales
	1.966.150	705	540
Area Metropolitana	487.345	585	308
San José	728.279	589	326
Alajuela	341.279	24	70
Cartago	214.709	30	31
Heredia	139.820	19	15
Guanacaste	188.394	8	33
Puntarenas	231.692	24	40
Limón	122.215	11	25

CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD

El sistema de atención médica en Costa Rica está organizado siguiendo la idea de 4 niveles de atención médica de complejidad creciente.

Un primer nivel básico el cual comprende el desarrollo de actividades de atención primaria, principalmente acciones de fomento y prevención. Dichas actividades son desarrolladas por personal auxiliar entrenado y supervisado por enfermeras y médicos. Está a cargo casi exclusivamente del Ministerio de Salud, ya que la Caja Costarricense de Seguro Social únicamente como área de experimentación mantiene de 5 á 7 puestos de salud donde se desarrollan exclusivamente actividades propias de este nivel.

En el segundo nivel se engloban actividades de atención médica ambulatoria, principalmente medicina general y algunas especialidades básicas como medicina interna, pediatría y ginecobstetricia, así como algunas sub-especialidades: Psiquiatría, Inmunología, Endocrinología y Dermatología. También en este nivel se dan servicios odontológicos (operatoria y exodoncia) y programas atendidos por enfermeras graduadas: Control de Crecimiento y Desarrollo, Prenatal , Posnatal y Planificación Familiar.

En el tercer nivel se comprenden actividades de atención médica ambulatoria e intrahospitalarias en las 4 ramas básicas de la medicina, así como sub-especialidades médico-quirúrgicas: Ortopedia, O. R.L., Oftalmología, Urología, Psiquiatría, Endocrinología, Gastroenterología, Dermatología, Cardiología, Odontología con servicios de exodoncia, periodoncia y endodoncia.

En el cuarto nivel se encuentran comprendidas todas las actividades de atención médica ambulatoria e intra-hospitalaria en las cuatro ramas básicas de la medicina, así como 21 sub-especialidades. Este nivel es el de mayor sofisticación.

Existe un doble flujo de referencia a fin de garantizar la atención médica, según la necesidad a todos los ciudadanos del país.

Papel y ubicación del médico general:

Dentro de los niveles de atención médica, el médico generalista ocupa un papel primordial en el segundo nivel, produciendo aproximadamente el 63% del total de consultas dadas en las Unidades Médicas del Seguro Social durante 1977 cuya cifra sobrepasa a los 6 millones.

Características de la práctica del médico general:

El médico generalista se desempeña básicamente en el segundo nivel de atención médica donde recibe primeramente al paciente solicitante de atención. Procede a estudiarlo completando una historia clínica, ayudado por el Laboratorio Clínico y de estudios de gabinete, realiza el diagnóstico, instaura el tratamiento e inicia el seguimiento del padecimiento en la consulta externa. Si el caso lo requiere procede a remitirlo al especialista respectivo, el cual una vez haya estudiado al enfermo debe remitirlo nuevamente al médico general para que este continúe con el control y seguimiento. En el segundo nivel el generalista atiende indistintamente niños, adultos, ancianos, prenatales, etc. Únicamente en un porcentaje bajo de Unidades es el pediatra quien recibe y atiende a los niños menores de 7 años, ya que por inopia de estos especialistas, es el médico general el que asume tal responsabilidad.

Formación del médico general:

Las principales características de los currículos de medicina y enfermería son:

1. Enseñanza temprana de la salud colectiva y de la metodología de la investigación.
2. Integración de la enseñanza de las grandes áreas afines: Estructura y Función normales (incluye anatomía micro y macroscópica, fisiología, bioquímica y farmacología); Area Social (salud y sociedad, epidemiología básica y conocimientos propedéuticos e instrumentales tales como demografía, bioestadística, ecología, etc.); Salud Materno-Infantil y Salud Pública; y Medicina Integrada del Adulto y Salud Pública.
3. Enseñanza-aprendizaje en servicio desde el inicio del primer año de estudios.
4. Entrenamiento temprano del estudiante en el campo clínico y enseñanza de las ciencias básicas a lo largo de toda la carrera de sus estudios universitarios.
5. Incorporación de las clínicas periféricas y unidades sanitarias como campos de enseñanza y práctica-servicio, así como los hospitales y las comunidades rurales.
6. Enseñanza y práctica hospitalaria en unidades integradas a base de grupos pequeños con fortalecimiento de la relación profesor-estudiante paciente.
7. Introducción de nuevos campos del conocimiento y práctica médica tales como genética médica, ecología, ciencias sociales, epidemiología, administración de la salud, investigación de campo.
8. Selección de los estudiantes que ingresan a medicina sobre estandares académicos más altos, a pesar de que se admiten mayor número de estudiantes.
9. Mayor énfasis en el autoaprendizaje.

ASPECTOS CONCEPTUALES:Situación actual de la atención médica primaria:

La atención médica primaria es desarrollada en Costa Rica por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados y las Municipalidades. El primero de estos dos últimos por medio de la administración casi de la totalidad de los acueductos y alcantarillados del país. Las municipalidades realizan la recolección y disposición de basuras, ornato y limpieza de las ciudades. Algunos municipios aún administran un reducido número de cañerías públicas.

El Ministerio de Salud mantiene en el territorio nacional una red de Unidades Sanitarias, las cuales cuentan con un médico general, una o dos enfermeras, 3 ó 4 auxiliares de enfermería, éstas últimas con entrenamiento en salud pública, un inspector de sanidad y uno o dos laboratoristas. En estas Unidades se desarrollan programas tales como: Materno Infantil, Inmunización, seguimiento de infecciones contagiosas, nutrición y saneamiento ambiental.

Las Unidades Sanitarias se complementan con aproximadamente 276 puestos de salud rural, distribuidos en todo el país, ubicados en pequeñas localidades de menos de 500 habitantes. Estos Puestos integrados al programa de Salud Rural cuentan con una auxiliar de enfermería que realiza estudios de la comunidad, lleva control sobre todos los moradores según grupo y sexo, maneja el récord de inmunización, atiende la consulta de crecimiento y desarrollo a través de la cual da orientación higiénica, hábitos alimenticios, etc., hace las referencias a las Unidades Sanitarias o a las Unidades del segundo nivel de atención y a su vez hace el seguimiento de las referencias enviadas de los niveles superiores.

En Costa Rica el término "médico de familia" no encierra ninguna particularidad diferente a lo del médico general tradicional, es

decir aún no existe esta denominación para un miembro del equipo de salud con funciones o responsabilidades propias diferentes a las que realiza el médico que termina sus estudios universitarios, hace un año de internado hospitalario y de inmediato pasa a engrosar las filas de médicos generales que se inician por un año de Servicio Social en área rural.

Durante algún tiempo en las clínicas periféricas de la Caja Costarricense de Seguro Social se denominó al médico de familia por el único hecho de que un mismo médico debía atender todos los miembros de una misma familia, las cuales se les adscribía en forma equitativa, según disponibilidad de recursos humanos existentes en cada unidad médica. La migración excesiva del médico ha terminado con esta política inicial.

Durante los últimos años ha existido un propósito bien definido para crear "el médico de familia," como una especialidad de post-grado, con dos años de adiestramiento. Este adiestramiento específico estaría constituido por 6 meses de Medicina Interna, 6 meses de Gineco Obstetricia, 6 meses de Pediatría, 3 meses de Salud Pública y 3 meses de Cirugía.

El propósito sería incentivar la formación del médico de familia como una especialidad, que gozara de los mismos privilegios profesionales que cualquiera de las otras especialidades, ya que este médico tendría bajo su cuidado la atención integral de un grupo de población en donde puede desarrollar una relación afectiva de mayor profundidad, que le permita actuar dentro del núcleo familiar ya no solo desde el punto de vista curativo, sino como consejero y educador; lograr también una relación con la comunidad para el desarrollo de todos los programas tanto de Medicina Preventiva, como de desarrollo en general.

Lastimosamente, por inopia de profesionales médicos, producida a causa de la extensión masiva de los Servicios Médicos realizada por la Caja Costarricense de Seguro Social y por la absorción de especialistas en los Hospitales de zonas rurales producida por los tras_u pasos de los hospitales y habilitación de estos para el desarrollo y solución como Hospitales Regionales o de apoyo, no se ha logrado disponer de suficientes profesionales para iniciar este programa de post-grado.

RESUMEN

Costa Rica, país pequeño de la América Central, con características demográficas, económicas y sociales, propias de los países sub-desarrollados, presenta indicadores de salud que han venido evolucionando en forma muy favorable, hasta alcanzar índices halagadores. Ha desarrollado los servicios de atención médica por medio de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud. La Caja encargada de dar atención asistencial tanto ambulatoria como intra-hospitalaria, cubre aproximadamente el 85% de la población total. El Ministerio de Salud responsable de la atención primaria atiende la población en todo el territorio nacional, para la cual utiliza personal auxiliar entrenado y con supervisión médica constante.

El país cuenta actualmente con dos Escuelas de Medicina: una fundada en 1961 con un volumen de graduados para 1978 de 120. La otra apenas inicia sus actividades a partir de 1978 con un volumen de 61 estudiantes.

Las dos escuelas desarrollan el programa tradicional de enseñanza de la medicina: los primeros años las ciencias básicas y en los últimos las clínicas, introduciéndole la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica la variante de relacionar al estudiante desde los primeros años con la comunidad y sus problemas.

El egresado, una vez cumple con el año del Servicio Médico Sanitario se le incorpora al Colegio de Médicos y Cirujanos con el título de Médico General, apto para trabajar en la consulta externa o continuar con un entrenamiento-residente en alguna especialidad médica o quirúrgica. El médico general desempeña su papel básicamente en el segundo nivel de atención médica sirviendo como eje alrededor del cual se maneja la consulta externa: él recibe al paciente, lo estudia, diagnostica y trata o lo refiere al especialista, el cual nuevamente lo remite al médico general para su seguimiento y control hasta finiquitar el caso. Recientemente las autoridades médicas del país han pensado introducir la residencia para el médico familiar, con el objeto de lograr un médico con entrenamiento especial que pueda tratar a los habitantes según núcleo familiar, participando como consejero y promotor del desarrollo de la comunidad.

Desgraciadamente por inopia dicho programa no fué puesto en marcha y las autoridades actuales aún no tienen muy claro el panorama, de forma tal que no se puede prever que suerte corre la idea de formar el médico de familia.

B I B L I O G R A F I A

Censo de Población 1973. Tomo 1 y 2.
Dirección General de Estadística y Censos. Ministerio de Economía,
Industria y Comercio.

Diagnóstico de Salud de Costa Rica. Marzo 1978
Unidad Sectorial de Planificación, Ministerio de Salud.

Estadísticas de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense
de Seguro Social.

Plan Nacional de Salud - Primera Parte. Información Básica del Sec
tor - Abril 1971.
Oficina Sectorial de Planificación, Ministerio de Salud.

Proyecto para el Programa de "Mejoramiento y Desarrollo del Progra
ma de Integración Docente Asistencial para la Formación de Recur -
sos Humanos para el Sector Salud".
(MEDE - IDA - CR.)

Reglamento del Régimen de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costa
rricense de Seguro Social.

Sistema de Médico Familiar.
Instituto Mexicano del Seguro Social.
Subdirección Médica - México 1972.

Situación de Salud en Costa Rica.
Comité Inter-Institucional de Medicina en la Comunidad - CSUCA 1976.

Vargas Martínez Dr. Herman y colaboradores - Revolución Educación
Médica y Salud, Vol. 10, Nº 1, 1976.
Consideraciones sobre una política de admisión en la Facultad de Me
dicina de la Universidad de Costa Rica.

Vargas Martínez Dr. Herman y colaboradores - Revolución Educación Mé
dica y Salud, Vol. 10, Nº 3, 1976.
Distribución de Médicos en Costa Rica.

A N E X O VIII

TENDENCIAS MUNDIALES EN LA UTILIZACION Y
ENTRENAMIENTO DE MEDICOS FAMILIARES (*)

Dr. Mohan Ragbeer

(*) Original en Inglés. Trabajo realizado por encargo de FEPAFEM, dentro del Programa Transicional.

WORLD TRENDS IN THE UTILISATION

AND TRAINING

OF

FAMILY DOCTORS

** ** *

M.M.S. RAGBEER

MB, BS, DCP(Lond.)
FRCP(C), FRCPATH.

Department of Laboratory Medicine,
Chedoke Hospitals and McMaster Uni-
versity, Hamilton, Ontario, Canada.

May, 1978

INTRODUCTION

There are two broad groups of medical doctors: specialists whose practice is confined to a single organ or organ system or disease grouping, or age or sex; and generalists whose practice covers a broad range of medicine, surgery, obstetrics and psychiatry, with no limitation to any age or sex group.

Until recently generalists everywhere were called simply general practitioners. Recently, the designation family physician (or family doctor) was adopted by the College of Family Physicians of Canada (CFPC) and the American Academy of Family Physicians (AAFP).

The AAFP and the American Board of Family Practice (ABFP) define family practice as follows:

"Family practice is comprehensive medical care with particular emphasis on the family unit in which the physician's continuing responsibility for health care is not limited by the patient's age or sex, nor by a particular organ system or disease entity".

"Family practice is the specialty in breadth which builds upon a core of knowledge derived from other disciplines - drawing most heavily on internal medicine, pediatrics, obstetrics and gynecology, surgery and psychiatry - and which establishes a cohesive unit combining the behavioral sciences with traditional biological and clinical sciences. The core of knowledge encompassed by the discipline of family practice prepares the family physician for a unique role in patient management, problem solving, counselling and as a personal physician who coordinates total health care delivery".

The family physician is defined as follows:

"The family physician provides health care in the discipline of family practice. His training and experience qualify him to practice in the several fields of medicine and surgery."

"The family physician is educated and trained to develop and bring to bear in practice unique attitudes and

skills which qualify him or her to provide continuing, comprehensive health, maintenance and medical care to the entire family regardless of sex, age or type of problem, be it biological, behavioral or social. The physician serves as the patient's or family's advocate in all health related matters, including the appropriate use of consultants and community resources". (1)

The College of Family Physicians of Canada states that:

"Today's family doctor is one who is trained to assume responsibility for primary and continuing medical care on a comprehensive basis to all members of the family, using the auxiliary and consulting facilities available to him". (2)

The Quebec Professional Corporation of Physicians defines a general practitioner as follows:

"The general practitioner must

- be a front line physician
- usually assume the responsibility for continuity of care
- orient the practice of his profession towards the treatment and prevention of disease and the maintenance of health
- pay particular attention to the personality of the patient as well as to the milieu in which he lives". (3)

The consensus of definitions suggests that the family doctor, family physician or general practitioner is responsible for primary care and has a continuous responsibility for his patients regardless of whether disease is present or not; whether care is provided in his office, at a clinic or at a hospital, or through specialists or other community services. His responsibility includes ensuring his patients' access to community and health care resources as needed.

Primary care is personal and relates to patients and their families, and through them to communities in which they live. It is first contact care, not referral care and requires curative as well as preventive approaches. It is not confined to single episode illness, nor restricted to an office or ambulatory setting, and may require hospitalization for satisfactory

performance. Primary care therefore is a prototype of a multidisciplinary endeavour, involving a host of professional workers, particularly nurses, social workers, psychologists, health educators, nutritionists, technologists of different kinds and rehabilitation workers. Community resources other than those strictly set up for health care invariably assist in provision of comprehensive care.

In this paper I propose to use the term family doctor, family physician and general practitioner synonymously; primary care will be used in the same sense as family medicine or general practice even though it is recognized that:

- a) In the U.S.A. and parts of Europe and elsewhere primary care can also mean internal medicine, pediatrics, obstetrics and psychiatry.
- b) In many developing countries the family doctor may not be the sole health worker delivering primary care. Indeed it is known that present economic trends may even make the family doctor a relative luxury in some areas, and that a lower level of worker responsible to the supervising doctor would carry out many of the functions of primary care, and may function almost independently in scattered rural communities or in remote, thinly populated areas.
- c) The role of auxiliary personnel in primary care needs to be specifically examined for each locale.

GENERAL BACKGROUND

In the early years of this century general practitioners constituted the majority of doctors in practice. Advances in medical sciences and technology in the past fifty years have lead to increasing specialization, to the emergence of organ-based disease care in hospitals, and to the establishment of multiple departments in hospitals to accommodate the new knowledge and the sophisticated

technology that went with it. As time passed, specialization led to superspecialization further fragmenting services, with the inevitable result that professionals began to consider the patient more as an exhibit of organ pathology than as a socio-biological whole. The pursuit of scientific truths, though ethically and morally justified and carried out in the genuine belief that the knowledge gained would lead to the conquest of disease, neglected the human side of the patient who began to feel more and more like a piece of the general machinery of medical science than as a person. The empathy he sought with his doctor was difficult to achieve (6,7). Indeed it was becoming increasingly difficult to find a doctor who would provide general and continuing care.

The trend to specialization was supported by governments, the actions of medical schools, research institutes, foundations and professional bodies. Medical students educated in this milieu emerged with a scientific, non-humanistic, specialty bias and dependence on high technology that confined them to hospitals and urban centers. The training became less and less appropriate to primary care. Thus, by 1974 the proportion of general practitioners in the United States had fallen from 80% of practising physicians in 1931 to a mere 20%. The phenomenon occurred world-wide, but was most dramatically seen in the United States where the trend to specialization and super-specialization created real difficulties for the many individuals seeking primary care but unable to find a doctor trained to provide it. In Canada, Europe and many developing countries 50% or more of medical school graduates completed specialty training. For example a personal survey of University of the West Indies graduates from 1954 - 1969 showed that 60% had acquired

specialist training or degrees.

Some of the factors promoting a specialty training in the past thirty years are as follows:

- (1) Deficiencies in medical school curricula: few included general practice as a distinct curricular objective.
- (2) Rapid increases in U.S. residency posts after World War II attracted not only American graduates but many from overseas, including those sponsored by their governments and by American foundations.
- (3) The support of the U.S. government and of academic and philanthropic institutions. The NIH, for example, began in the 1950's to give large grants for biomedical and technological research.
- (4) Other countries, less wealthy than the U.S.A. concentrated health care resources in urban medical centers whose services were largely in specialty disciplines.
- (5) Universities of newly-independent nations in Africa, Asia and in the Carribean operated on identical lines to those of their parents in Europe. By the 1950's these new medical schools had begun to produce graduates, the majority of whom chose specialty careers, as much to fill the void created by departing expatriates, as a reflection of the fact that their undergraduate curricula had led them naturally into specialty tracks. Thus even in developing countries the deficit in family doctors worsened despite the presence of a local medical school. It is significant that the attitudes in both developed and developing nations to specialization and general practice are identical; specialization is the domain of the high flyer and the intellectually gifted; general practice the field for those who cannot make their way into a specialty career. (9)
- (6) Most universities emphasize research into biomedical sciences as requisites for appointments and promotion of faculty. Only a few have appropriate regard for operational research, for investigations into problems in health care delivery, or for studies in other applied fields that might have relevance to primary care.

- (7) Often too, the university insisted on academic independence and was often unwilling to adapt its policies and programmes to the needs of national development plans. Resistance was often greatest when university administrators were sceptical of the quality of government advice, and of the directions of their political philosophies. Universities too, have often ignored calls from international organizations for innovations in health professional training.(10) Thus, valuable time and money has been lost the world over in the pursuit of schemes and models inappropriate economically or to national development priorities, particularly in the developing countries.
- (8) Early efforts, particularly in the United States, to train general practitioners met with failure. (11) The main reasons were:
- i) Poor planning of programmes. These were begun, often reluctantly, in hospital specialty departments, with neither a physical nor philosophical basis. Nor did they reflect a general institutional philosophy, nor possess an administrative framework to give guidance to programme development. Much of the training took place in existing out-patient departments which often had to be modified to meet the needs of primary care training. These changes often resulted in conflicts between out-patient departments and in-patient specialty services.(1) Important ingredients were omitted since no recognized general practice service existed in hospitals, nor was there an agreed body of knowledge to provide guidance and academic basis for such a service. Continuity of care require follow-up in the home and the use of community resources; hospitals provided, however mainly episodic follow-ups of illness or of its complications. Residents could not therefore train properly in the long-term management of patients, particularly those with chronic illnesses. Preceptorships were introduced in the hope that the preceptors would provide the missing ingredients. They helped but were limited by lack of an overall philosophy and the failure to coordinate the activities of the programmes with others that were relevant to the training.

- ii) Unavailability prior to 1969 of a postgraduate qualification in Family Practice.
- iii) The lack of support from government or from academic and organized medicine. Few, if any, medical curricula included time for specific experiences in family practice, and many faculty members were opposed to the notion of family practice as a legitimate university activity, and therefore opposed efforts to introduce relevant changes in curricula.
- iv) A decline, and in some cases a cessation, of hospital privileges for generalists, and the attraction of the best graduates by the specialties.

THE SPECIAL PROBLEMS OF DEVELOPING COUNTRIES

There is, worldwide, a maldistribution of doctors between urban and rural areas, and between wealthy and ghetto areas of cities in both developed and developing countries. Most of the latter, especially those with few resources, and the recently independent ones, have not prospered economically in recent years. High cost of imports, particularly fossil fuels and their by-products, and of industrials generally, have drained coffers already low from decreased pricing in world markets of raw materials such as ores and agricultural produce. The added costs of maintaining the trappings of independence - army, foreign service, expanded police, security services and political structures - have worsened their economic plight. Increasing poverty creates a well known cycle of ill-health, characterised by:

"unemployment, poor living conditions and nutrition, low productivity, discontent, high birth and population growth rates, and high prevalence of illness; these will lead to an overloading of health resources and to further failures within the economy thus continuing the cycle". (11)

Communicable diseases and malnutrition are widespread. With gross national product per caput often well below U.S. \$500.00, most poor countries have been unable to afford the engineering, technological and other skills to create and maintain a satisfactory level of environmental sanitation, pure water supply, or vector control, nor to provide quality health service reaching out to rural or remote areas. Their health conditions and the ensuing problems are significantly different from those of developed countries and call for approaches designed specifically to suit local realities. (12) An adequate level of primary care is central to any improvement in health in such countries, and its design must be in harmony with social, economic, political, educational and cultural forces which affect both the problems and their solutions.

Rural populations and the poor in developing countries are inured to hardship, oppression and sacrifice, demand and expect less of society and of government, criticize less and accept gratefully whatever services are offered, whether these be in education, in health, in transportation etc. regardless of whether such help meets their real needs, or whether they were consulted or not prior to receiving it. (13) Their low level of general education, socio-cultural and religious beliefs and taboos perpetuate an ignorance of the features of a health care service, of community action and interaction, of notions of prevention, or promotion or cure of disease. Many are out of the mainstream of life, paying no taxes nor participating in an electoral process. They therefore wield little if any influence at the centers of political power and are more often than not neglected by all except the most altruistic of governments.

Much of conventional medical care in developing countries benefits mainly the wealthy city dweller. Specialized curative services establish-

ed in large population centers are a visible and satisfying symbol of political and professional commitment to social progress. They, however, consume health dollars, leaving little for prevention or health promotion in rural or remote areas.

Doctors and nurses are used in many irrelevant ways not in consonance with their training. A considerable amount of what they now do can be delegated to others specially trained, and many projects around the world have shown this to be a valid concept. There is a limit to how much money a country can spend on training and utilization of professionals. In Tanzania, it costs just as much to train one doctor and eight medical assistants as to train three doctors; the coverage given by eight medical assistants under the supervision of one doctor is far wider and better than that possible with three doctors only.

There is insufficient research on aspects of health care delivery, utilization of facilities including manpower, and in factors contributing to disease such as poor nutrition, environmental contamination, socio-psychological factors, the efficacy of models of care and treatment, etc. This may be related largely to the lack of academic support for primary care programmes and a need for change in the structure and governance of health care systems.⁽¹³⁾

Surprisingly, many medical schools in such settings have failed to study ways of dealing with these problems which clearly require new insights, approaches, efforts and skills. This too is understandable, though not excusable, as large groups of medical school faculty in developing countries were trained in overseas universities, more often than not in a specialty track in a sophisticated teaching hospital. They transferred

the orientation, methods and attitudes of the institution in which they
trained to the area in which they now practised. (11) Thus most of their
proposals for solutions of local problems were unworkable or too costly
metropolitan stereotypes. The medical school in the developing
country has therefore, with few exceptions, failed to lead the way to
reform and change that was justifiably expected of it in relation to
the size of investment it represented. On the other hand those univer-
sities participating in specific government-directed programmes in
China, Cuba and Tanzania have assisted in bringing about significant
changes for the better in health care delivery and in improving the
quality of service and the standard of health in the community.

SUGGESTIONS FOR REFORM IN MEDICAL EDUCATION

A conference on medical education of the Council for International
Organizations of Medical Sciences in 1976 made several recommendations
(15)
for reform in medical education.

1. Premedical education should include a balanced fare of
the basic medical and social sciences.
2. The selection process of medical students should take
heed of community needs and resources so that an
appropriate number of graduates may be prepared for
the different spheres of medical practice, teaching
and research according to a plan which relates manpower
needs to those of health services and of society in
general.
3. Reform of curricula by, among others:
 - i) Following objectives determined by health
needs of the population.
 - ii) Early introduction of students to health
problems of the community and of its
individuals.

- iii) Exposing students to different practice settings, primary care, secondary care, tertiary care, under qualified supervision.
- iv) Emphasis on promotion, preventive medicine, rehabilitation as well as cure.
- v) Innovation in examinations to test problem solving abilities.
- vi) Recognizing contributions to teaching in the academic reward system.
- vii) Enabling students to meet with others concerned with health care delivery - policy makers, economists, politicians, community leaders, other professionals, and others so that they can see the pivotal role which the doctor has to play in the health care system.

Obstacles to change were identified in medical schools, in public policy, in international health and education, and among medical specialists and their organizations.

The chief obstacles to change in medical schools were:

1. Absence of generalists on the teaching staff, and the over-exposure of students to specialists.
2. There is little or no training in community settings.
3. There is an imbalance between instruction in disease as distinct from health, and hospital care as distinct from community primary care.
4. There is not enough emphasis on preventive medicine, occupational medicine, nutrition, epidemiology, mental health, gerontology, rehabilitation and common ailments in contrast to those diseases requiring secondary or tertiary care.

Governments will hinder change if they fail to determine national health needs and to establish appropriate goals. A knowledge of needs and goals will influence the number and qualifications of entrants, the choice of curriculum, the accreditation process, and will require cooperative planning between various agencies or ministries of government. Regular feed-back information on performance of graduates in practice should be available to the schools.

The duty of agencies concerned with international health and education in this context is clearly to ensure exchange of educational information,

and to assist developing countries to define health needs and accumulate resources (human, physical and economic) to deal effectively with the issues.

Medical specialties and their organizations hinder the development of primary care by failing to promote the education and recognition of generalists, and by not participating in training generalists in those aspects of the specialties important in the education of a generalist.

DEVELOPING THE ACADEMIC BASE AND LEARNING ENVIRONMENT FOR FAMILY PRACTICE

THE ROLE OF PROFESSIONAL ORGANIZATIONS AND MEDICAL SCHOOLS

It may be said that change does not take place until all interested groups are convinced of the need for change, or until a certain weight of public opinion favouring change is reached. The discipline of family practice has had an uphill struggle to gain recognition, particularly in the academic medical center. It is suggested that a discipline should contain four features: a distinctive field of action, a defined body of knowledge, an area of research and an intellectually rigorous training. Through the efforts of various professional and academic groups a considerable advance has been made in defining these for (2,13,17) family practice.

The first step in the series of changes which led to the establishment of family practice departments in medical schools in developed countries was the formation of professional groups committed to promoting the study and practice of primary care. Among the first of these was the American Academy of General Practice (now called the American Academy of Family Practice (AAFP)), the Royal College of General Practitioners in the United Kingdom (RCGP), and the College of Family

Physicians of Canada (CFPC). Studies conducted by these organizations outlined the problems and suggested solutions. Demonstration models were established in many locations with the assistance of philanthropic foundations and of governments. Slowly, universities began to implement changes indicated by the recommendations and the pilot projects. Strong stimuli for change came from the governments of these countries as follows:

- (18)
1. In 1965, an agreement, the Family Doctors Charter, was reached between the United Kingdom government and the profession which was designed to stimulate the development of a well organized and properly housed primary care service and to develop the team concept of comprehensive care.

Three years later a Royal Commission on medical education suggested a three year vocational training programme under the joint auspices of the RCGP, the British Medical Association and the Medical Schools.

In 1975, the Merrison Report recommended that family practice should be recognized as a specialty, and that all doctors in future should have compulsory specialist training.

A working party of the RCGP has defined the training needs as falling within the five following areas: (18)

- i) clinical practice - health and diseases
- ii) clinical practice - human development
- iii) clinical practice - human behaviour
- iv) society and medicine
- v) the practice

General practice departments have now been established in at least 11 British universities, and teaching objectives have been developed for undergraduates and graduates. In several universities, family practice is represented in the final undergraduate examinations. Postgraduate vocational training is carried out in approved working practices, each with a trainer who gets an honorarium for his services. This is an advantage as no special additional faculty or physical plant is needed.

The trainer: trainee relationship can be an excellent learning experience, but does depend for success on compatible personalities and on careful selection of practices and of

trainers, especially as quality control is difficult and a unified philosophy of teaching-learning impossible to achieve with trainers of different backgrounds, perspectives and experiences, scattered all over the country. Another disadvantage is that the trainees have little peer interaction except on periodic day releases. This is a very different arrangement from that in North America where post-graduate training is under the control of the universities. (19)

2. In 1969 family practice became recognized as a specialty in the United States and the American Board of Family Practice was formed. (11) Today approximately 80% of U.S. medical schools have departments or divisions of family practice. In 1976, the Health Professions Educational Assistance Act became law (PL94-484). One of its provisions is that medical schools should have specified percentages of filled first year residency positions in primary care in order to receive capitation grants. The requirement re first year residencies is 35% for 1978, 40% for 1979 and 50% for 1980. These targets would require considerable expansion in the number of primary care residency posts across the United States.

The Health Services Administration in its forward plan for fiscal years 1978-1982 focuses on primary care in its building strategy to provide facilities in medically underserved areas, and on maintaining primary health care in circumstances where it cannot become self-sustaining. This would include a major thrust in the Rural Health Initiatives programmes which in fiscal year 1975 saw the creation of 119 new projects in 402 counties serving 1.5 million people. Approximately 37% of the physicians involved have since chosen to remain in their designated localities.

In 1977, the AAFP prepared its "Essentials for Residency Training in Family Practice"⁽¹⁾ which called for a three year family practice residency after graduation. It regards experience in the continuity of care in a family practice center as essential, and "highly desirable that all residents have three consecutive years of training in a family practice center of one institution ... It is essential that the programme provide the second and third years of training in one location, thus assuring the resident the opportunity of providing continuity of care to a given panel of patients." The different specialties contributing to the training must commit themselves firmly to the programme, but at the same time the family practice resident's identity should be maintained throughout his training. Educational objectives must be clearly delineated and the general content of training should be available to the resident. These would

include experiences in family medicine per se, internal medicine, pediatrics, psychiatry and behavioral sciences, obstetrics and gynecology, surgery, community medicine, and in other disciplines such as dermatology, neurology, ophthalmology, otolaryngology, orthopedics, urology, diagnostic radiology, cardiopulmonary resuscitation, emergency airway procedures and other emergency life-saving procedures. Training in the administration of anesthetics may be desirable for some residents. Elective and research opportunities should be provided. The latter should be concurrent with other assignments, the schedule arranged in such a way that a reasonable time is committed for the research activities.

3. The College of Family Physicians of Canada initiated a three year residency programme in family medicine.⁽⁴⁾ Its efforts were assisted by actions of federal and provincial governments. In 1969 Medicare was introduced to Canada. In the same year the Ontario Provincial Government indicated in guidelines to the five universities, that approximately 50% of medical graduates should be educated for family practice. Today, all Canadian medical schools have departments of family medicine, as do hospitals.

General objectives for residency training require that the physician shall:

- i) be skilled in the definition of health problems
- ii) be skilled in the management of health problems
- iii) use the currently accepted knowledge of the family in providing health care (Appendix I)
- iv) organize his practice efficiently and effectively to provide family care.
- v) understand and accept the responsibilities of a professional as he practices medicine.
- vi) be able to assess the value of research to health care and to its delivery, and apply to his practice the knowledge gained from such research
- vii) be responsible for health maintenance

General and Specific objectives for residency training have been prepared and are under constant review by a standing committee of the college.

It is recognized that there is no known ideal method for training the family physician. Programme directors are encouraged therefore to innovate in their approach to curriculum design, in the identification of facilities, and in the assessment of the resident's performance throughout the training programme. The college has listed essential requirements for approval of residency programmes, and includes an appropriate course of study, teaching facilities, adequate staffing by teachers experienced in family medicine and who are functioning as family physicians, provision of opportunity for the resident to work in the community and with allied health personnel, financial stability, adequate library

facilities, adequate clinical teaching and diagnostic facilities in medicine, surgery, obstetrics and gynecology, pediatrics and psychiatry. Other requirements include a screening mechanism for residency applicants and continuing assessment of residents, and, most important a curriculum that meets the educational objectives of the college. The teachers should be members of the College of Family Physicians of Canada.

The College emphasizes that "to provide the highest quality of total patient care to the Canadian people (the family doctor) requires the educational and clinical environment of the hospital. It is therefore most important that each family physician have ample opportunity to utilize hospital facilities". This is a significant difference from the situation in the United States or in the United Kingdom.

4. Colleges have been established in several countries of the world including Australia, India, Malaysia, the Netherlands, Pakistan, South Africa and Thailand, while academic centers for family practice or full fledged training schemes exist in several other countries, for example the academic center of family medicine in Leuven University, Belgium.

Specific training programmes for family doctors have existed in East Germany, in the U.S.S.R., and in other Warsaw Pact countries for many years. Family doctors receive specific postgraduate training and assume responsibility for specified general practice departments in polyclinics or in similar service. Health care delivery is a State responsibility and highly organized with central planning and coordination. General practitioners have the same status as specialists.

The Scandinavian countries require a period of postgraduate rotations prior to entry to general practice. This varies from 18 months in Norway, to 24 months in Denmark.

In Australia and South Africa, family practice training is vocational as in the United Kingdom. (21)

Few developing countries have organized family practice training programmes. Colleges have recently been founded in Thailand and in Nigeria.

FEATURES OF AN ACADEMIC DEPARTMENT OF FAMILY MEDICINE

The general aims of programmes now available in many medical schools are to increase the student's knowledge of primary care and of the doctor: patient relationship through direct experiences, predictable for all students,

and through discussion of various issues, such as the structure of the health care system, alternative patterns of these health care delivery, teamwork, primary care as a career, including its academic and research aspects. The Medical School should have a department of Family Medicine to carry out organizational, educational, research and clinical functions, to evaluate results and introduce new or more efficient methods.

Institutional objectives must be clear and relevant to community realities. Faculty should be committed to the philosophy and objectives of the schools which should have unimpeded access to all health care facilities in the community for teaching, research and service. The success of such a programme would depend on the quality of the department head who should:

- a) Be an experienced family doctor, preferably with academic and administrative skills, and possessing the personal attributes needed to win financial and other support for the programmes.
- b) Undertake responsibility and leadership for both undergraduate and graduate programmes, to attract students, create links with professional bodies, community groups, professional and lay, and with providers of health care.
- c) Give academic direction in research and in evaluation.

Details will vary from country to country and from school to school, and will depend on the overall objective, the nature of the trainee's ultimate practice, his role in the health team, the type of manpower available and the health conditions of the community. It is clear that appropriate studies on epidemiology, morbidity, practice characteristics etc. would be needed in each location. While most of this is mandatory at the postgraduate level, insights must be given early in undergraduate life. Continuity of clinical experience must be assured. It is most important that emphasis be placed on process skills, including cultivation of desirable attitudes, good communication skills, interpersonal relations, a critical approach to work, an awareness of personal strengths and weaknesses, an ability to self-learn and a holistic approach to patient and community problems. (22,23)

THE SELECTION OF STUDENTS

Students are the most important ingredient of the learning milieu. Several recent studies have shown that there is a high interest among (24,25) medical students at entry for a final career in primary care. Since many students change their minds by the time they graduate, it is possible that the problem lies with the type of student selected. Medical schools have traditionally selected the best science students, and their admissions criteria favour students from privileged backgrounds, the better schools, the large communities - perhaps a reflection of the better educational facilities, especially in the sciences, available in these locations in comparison with those of small town or rural or ghetto areas. There is some evidence that certain characteristics, for example, a liberal education, age and marital status at entry, place of birth (26) and upbringing, influence a student's choice of primary care as a career. But even the most liberally educated become subject to peer and pressures (27) in medical schools, and become increasingly conservative with time. The calibre of the faculty and preceptor in family practice departments, particularly its head, will determine to a large extent the attractiveness of primary care as a final career choice for students. A few universities have begun to accept a proportion of students with a non- (25) scientific liberal education background, for example, McMaster University (28) in Hamilton, Canada. A recent study at this university of entering and exit career choices amongst students show that the choices at entry are influenced largely by levels of interest in that particular field, the variety it appears to offer, and the student's perception of society's needs. Other factors play a somewhat lesser role, but nevertheless are quite significant, for example, opportunities for team work, family

commitments, the student's own reading experience, geographic factors, and his previous experience in the chosen field. Role models seem less important at this stage, but its importance rises by the time of graduation to third place after perception of society's needs and experiences during electives. (24)

Because of the under-representation of under-privileged, under-served areas among medical school entrants, it seems that some special effort should be made to identify gifted students in rural high schools who could be prepared for a medical career through completion of high school and college education in a more advantaged setting. Further experiments are needed on admission of students from non-science backgrounds, such as the humanities, social sciences, law, and analyses of their performance at graduation and in professional life. (29)

A student's eventual choice is determined by an interplay of factors operating during his training. An insight into this process would be invaluable in assisting family medicine departments to create an environment that would preserve the student's interest in primary care as a final goal.

SELECTION OF FACULTY

Faculty should be highly motivated, intellectually stimulating, and be good role models for their students. Because family medicine as an academic discipline is new, most recruits will need special orientation and training. They must be fully committed to the total programme, both in philosophy and in methods and form the departmental nucleus giving leadership in education, in research and in service. Members of other specialties would need to be accredited to each programme as educators (30)

in specified fields relevant to the curriculum in family practice. These must be carefully chosen both for their skill as educators and for their support of the family practice programme.

Departments of family medicine should participate in the training of residents in other disciplines, to achieve better mutual understanding which would, in later life, facilitate the interrelationships that must exist between family medicine and the specialties.

The faculty must also be involved in multidisciplinary activities, in health education and promotion, in active preventive medicine and in evaluation. They should be alert to minor differences in the content of programmes which might be of major importance in the overall educational goal. For example, a survey of some family practice residents found that pediatric experience in a community setting was much more valuable than that in a tertiary care hospital, while the pediatric residents (24) found the converse to be true. Faculty must be receptive to feed-back information and be flexible in applying new methods and techniques to improve problem solving and other skills that are key features of primary care education.

THE SELECTION OF PATIENTS

There should be no shortage of patient material for training of primary care practitioners since about 75% of patient problems require this level of attention. Ideally no selection of patients should take place in the training setting since the family doctor does have a moral responsibility to provide service to anyone who consults him, and the trainee should get accustomed to this. Nevertheless certain characteristics of the clientele in the academic programme would

facilitate the learning process by enabling the content of courses to be covered in the time available. The training areas should be selected in which the patients:

- (i) are members of a relatively stable community to permit resident or undergraduate the opportunity for continuity of care.
- (ii) represent all social, income, racial and other groupings within the society.
- (iii) are willing to participate in the training programmes.
- (iv) contribute to the total community voice in health matters.
- (v) are willing to provide critical feed-back to the doctor and his team.

EXAMPLES OF UNDERGRADUATE PROGRAMMES

(18)

The department of general practice at Queens University in Ireland has developed an undergraduate programme spanning five weeks in the fifth year and two weeks in the sixth (final) year.

They take place in accredited community-based teaching practices and in small problem-oriented groups within the university department. Communication skills are taught and clinical topics and behavioral aspects of medicine presented. Project work based on data from the teaching practices and from literature research supplements the scheme. An assessment is held at the end of each period. The final university examinations have a proportion of questions relating to general practice. The department aims to coordinate the undergraduate experience with subsequent postgraduate vocational training.

The McMaster University Department of Family Medicine in Hamilton, Canada has an undergraduate programme which aims to make family practice visible early in the curriculum, through what is called the "Community
(22)
Physicians Elective programme" in Phases II and III of the curriculum.

There is a compulsory clerkship in Phase IV, i.e. the final year. Clinical clerkships take place in community practices; entry and exit profiles of clinical clerks are prepared. Full-time members of the department support the students and, in keeping with the interdisciplinary approach of the school, are also involved in training nurses and students for the Master of Health Science degree.

The features that seem to be common to these and to many other
(31)
undergraduate programmes are as follows:

1. early exposure of the undergraduate to family practice
2. the use of community facilities for this introduction and for further experience
3. coordination between university and practice departments
4. utilization of existing facilities
5. involvement of family doctors in the day to day supervision of medical students within their practices and in the university department
6. a stable community base for patient material
7. opportunity for investigative work
8. an emphasis on comprehensive care and integration of preventive and curative medicine
9. health promotion
10. elective opportunities for consolidation of experiences
11. evaluation and feed-back
12. linkages with future postgraduate programmes

EXAMPLES OF RESIDENCY (POSTGRADUATE) PROGRAMMES

The postgraduate programme in Family Medicine at McMaster University (Appendix II), like most other graduate programmes in existence, seeks to meet the objectives outlined earlier in this paper and utilizes community resources for delivery of the educational content. These include doctor's offices, the patient's home, community facilities such as clinics, small and large hospitals, old people's homes, continuing care institutions, and are supplemented with courses in health care organization, and in management of health resources, and by participation of residents in the

training of undergraduates and auxiliaries. Teamwork is stressed in the practice settings, as are sound relationships between secondary and tertiary care professionals and institutions.

This style of training recognizes the fact that primary care practitioners are increasingly organising into groups, at least in large population centres, whose size, character and resources influence their number, size and composition. Solo practice predominates in thinly populated areas, and even in cities many family doctors prefer this type of practice. The university department must be conversant with the trends. It is significant that since the introduction of family practice programmes in the United States that over 50% of their graduates have elected to set up practice in communities of less than 30,000 population, and approximately 4% have elected careers in academic institutions. (32)

COMMENT

The action of the U.S. government in passing Public Law 94-484 indicates the failure of American medical education to meet the needs of that country's health care delivery system and to meet the felt needs of its people. It emphasises the inadequacies, imbalances and excesses of the U.S. health care industry, and points to the gulf that separates education and practice in that country where specialism is promoted as the acme of professional ambition and nurtured by the medical school, the professions and sectors of society. A high profile is given to specialists by professional and lay institutions e.g. the press and Television. Indeed the notion is fed, and zealously disseminated, that dramatic cures of individual episodes of illness in expensively-equipped

and operated tertiary care institutions are the crowning achievement of the health profession. The health industry is big business indeed and these notions feed its fires, making health care in the United States the most expensive in the world.

The U.S. approach is clearly a poor model for others, and should be a warning for those countries. e.g. Saudi Arabia, actively importing American expertise and models for its health services and medical schools. This is doubly regrettable as U.S. educators have been very active in the field of "international medical education", exporting their educational systems and methods to less developed countries, particularly those in Asia, Africa and Latin America.

The need for traditional specialists and for new types as well, is not in question, however distorted might be their proportions in the U.S. scheme of private enterprise medicine. However most health problems require, even in the United States, talents in the doctor not now easily found among medical graduates in developed countries. The logical response should be to redesign undergraduate curricula to this reality, but developed countries have chosen instead to regard undergraduate education as basic preparation for all careers including general practice, itself now a specialty. One can argue the wisdom of this approach versus one in which the production of a generalist is the primary aim of undergraduate medical education. This problem cannot be resolved on a global scale but must be dealt with regionally, nationally, or locally since it involves factors such as admissions criteria, student characteristics, length of undergraduate courses, facilities used for medical education, availability and types of clinical material, the number of teachers available, size of educational budgets,

methods of financing medical education at undergraduate and postgraduate levels, the number of practising doctors and their distribution within the different specialties etc. These are important considerations for developed and developing countries, particularly the latter which, at times of financial strain, would find it extremely difficult to meet any increased costs of medical education.

It seems reasonable to suggest that the undergraduate curriculum should provide critical examination of the realities of the health care scene, of concepts and facts of health and disease, of health care cost and of the process of planning, and should prepare the graduate for entry to any of a variety of professional careers. The practicing physician in whatever field needs a solid foundation of basic skills and information on which he could build his knowledge, gain expertise through practice and continue his education in a self-directed manner. How much of this process should take place at the undergraduate or postgraduate level is a matter for decision by the combined wisdom of health and educational authorities in each jurisdiction. The important point is that the training must take place if the primary care doctor is to function effectively or efficiently, whether alone or in a group, or with the help of extenders. Details will vary and depend on local circumstances, on social, cultural, economic, geographic, political and other factors. It would be wise to avoid rigid divisions between undergraduate and postgraduate education as such divisions are artificial; more attention should be paid instead to preserving the continuity of training which starts in the undergraduate period and should persist throughout professional life.

One of the continuing confusions that beset discussions on primary care is that it has been variously equated with community medicine and rural medicine. The community, it is obvious, exists in both rural and urban areas. A health care system should provide equally for both groups. Each community, whether rural or urban, is made up of individuals and their families. The individual is the most important unit within the community. Each individual contributes to the character of the community not only by the dues he pays, but more importantly by his knowledge, accomplishments, sensibilities, perceptions, needs, reactions, doubts, expectations, criticisms, fears, etc, and requires from it services and support systems such as health, education and access to the means whereby he could be assured of a reasonable standard of living. The need is no less great in rural areas than in cities, yet the former is often neglected. When one recalls that rurality of populations varies from 20% to 85% in different countries of the world, the failure to provide adequate rural services will deprive a majority of people of the best chances to enjoy an existence equal in quality to that of his compatriots in the city.

If the needs of the individual are remembered and if one identifies the individual clearly as a member of his community, then it becomes obvious that community medicine is but an extension of primary care both notionally and in fact. Both undergraduate and postgraduate education should reflect this concept. The general practitioner could thus be seen as a prototype community physician responsible for continuity of care for the individual patient, and with a complementary role at the group or community level to press for conditions that would promote the health of individuals and of the total community, for example, adequate and safe water supply, sanitation, preventive and curative services with

access to secondary and tertiary care centres, etc.

Within the medical school primary care and community medicine should therefore be integrated into a single program in which general practitioners and epidemiologists would have a major say, and participate with other medical professionals in designing the goals of medical education. The acceptance of the approach will clarify the learning issues fundamental to primary care and remove artificial boundaries that now constrict its practice. The strongest emphasis should be placed on ensuring that the medical education program produces a quality product; and resources, human, physical and technical, should be used sensibly to achieve this aim. Thus the number of students admitted should not be so great as to overstretch resources, and all concerned, especially politicians - whether in government or in academia - should refrain from creating falsely high expectations in the minds of aspirants to medical school admission.

These are challenging times for medical education. Medical schools and universities need leaders with clear vision, wide horizons and a deep understanding of the relationship between education and service in health. Unfortunately many medical schools have leaders who politicize the educational process, interfere selfishly in the proper organization or conduct of delivery services and follow their own notions of manpower preparation rather than proceed after a balanced study of the facts. Many established department heads jealously guard their entrenched positions, and more often than not feel that any reform in medical education, however justified, is a threat to their influence or authority.

It seems clear therefore that PL94-484 was a direct result of the

slothfulness of American medical schools in responding to the deterioration of primary care across the United States. In this context the action of the American Academy of Family Practice in requiring recertification after every seven years may be its major contribution to the cause of medical education. It should encourage family doctors to regard continuing medical education as a matter of concern and priority. Already it has begun to stimulate medical schools to arrange a wide variety of programs to meet the specific needs of each group of practitioners.

PRIMARY CARE PROBLEMS IN DEVELOPING COUNTRIES AND MODELS FOR SOLUTION

A central theme of health care philosophy in developing countries now seems fairly well established that health care delivery must be an integral part of overall social and economic development. Various approaches have been used depending on the political philosophies of particular governments. A few examples will be given to illustrate the main trends.

(13,*)
(13,34,*)
Bangladesh

This country, which occupies approximately 142,000 sq. km. is divided into approximately 400 police districts containing between 100,000 and 200,000 people. Each of these is further subdivided into unions of about 15 to 20 villages.

* The account of schemes in Bangladesh, India and Tanzania is based in part on a report of a visit to these countries, inter alia, by the author, supported by the Commonwealth Foundation, London, England, late in 1974.

Infectious or communicable diseases are the main problems in health and derive from poor environmental conditions, inadequate vector control, malnutrition, lack of health education, and socio-cultural factors. Cholera, smallpox, dysentery, tuberculosis, and malaria are prevalent. The traditional response has been to try to cope with each of these problems individually through "vertical" schemes. These, while consuming resources, have not really eradicated the problems.

With independence the strategy for health care delivery shifted to one of prevention and the provision of comprehensive clinics in each police district. The facilities envisaged was a small hospital of approximately 25 beds for each of these districts, supported by smaller clinics established for each union. The district hospital would, in turn, relate to a larger city hospital.

It became necessary to understand the interplay of forces that affected a community's viability, for example, education, agriculture, economic activity, the administrative and other machinery that deal with these. Government health objectives there sought to

- a) create an integrated health service through each district
- b) integrate family planning and health programmes under the leadership of the district health administrator
- c) improve maternal and child health services
- d) control and eradicate communicable diseases and set up an epidemiological surveillance system
- e) set up industrial health services
- f) improve the quality of existing hospitals and establish new ones where needed
- g) create undergraduate and postgraduate teaching facilities for different categories of health workers, including doctors, nurses, mid-wives, and auxiliary health workers
- h) ensure adequate supply of drugs
- i) ensure cooperation between various sectors of the society concerned with health care

The proper staffing of these facilities, particularly at the rural level, required training of large numbers of auxiliaries who would work as a member of the team under the supervision of the district doctor.

The Bangladesh auxiliary is called a basic health worker and is educated to the level of matriculation. During home visits he performs immunization and health education, collects and transmits samples to the regional laboratory, supplies antimalarial, antituberculous and antileprosy drugs to confirmed cases, participates in programmes against malaria and other epidemic diseases, and keeps the records pertaining to the family's health and other data. He is responsible to a higher level of worker called the assistant health inspector. This person has charge of four basic health workers and is responsible to the medical officer or medical assistant in charge of the union centre. Additionally, each union subcentre has a maternal and child health clinic and conducts family planning services under a lady health visitor.

The medical doctor of his assistant is team leader and is responsible for integrated health care for the union, and is responsible to the medical supervisor of the whole police district. Basic health workers have now been trained for most of the centres throughout the nation and steps have been taken to ensure their continuing education.

It is important to recognize a few of the features of this kind of development:

1. Poor communications in this country which is water-logged for most of the year and flooded during the monsoon season, create tremendous problems of communication. A delivery system which is centred at the community level offers the best chance of meeting the needs of the population.
2. The average per caput income of the Bangladesh citizen is less than U.S. \$100. At this level it is not possible for basic health needs to be met by the expensively trained medical doctor. The judicious use of physician extenders within a team led by a medical doctor offers improved chances of full national coverage.

3. Use of different levels of facilities, from the home to the fully equipped hospital in an integrated sequence is potentially cost-effective and cost-efficient.
4. Involvement of the community in their own health and welfare may lead to important changes in attitudes which are essential for the success of schemes in many developing countries, especially in the deprived areas of such countries.
5. The combination of service with training would lead to local self-sufficiency and better opportunities for continuous upgrading of knowledge and skills.
6. The recruitment of local persons for training as basic health workers improves local appeal.
7. Such an integrated comprehensive approach requires careful central planning, and often major reorganization within ministries, not only of health, but of agriculture, education, finance, communications, and social services.

Several discrete projects have been set up within this philosophical setting to add to the government's efforts. The Jurain nutrition project was set up as a self-help scheme, without external aid, and demonstrated an increase in the quality of life in the region achieved through the people's own efforts, for example in environmental sanitation, using very simple procedures. Nutrition was markedly improved through better agricultural practices, and maternal, child health and social services provided to those previously deprived of them.

(13)

Cuba

Cuba is a subtropical island with a population of approximately ten million, with agriculture, sugar especially, being the most important economic activity. The government changed by popular revolution in 1959. Prior to that the health care delivery system was characterized by:

- (i) absence of a national health system
- (ii) Insufficient services
- (iii) low quality of state services compared with private services, which were generally very costly and therefore not available to the vast majority of the population

- (iv) concentration on curative medicine with a virtual absence of preventive practices, and
- (v) a lack of relationship or coordination between social needs and medical educational approach that prepared the physician almost solely for private curative practice.

After the 1959 revolution some priority was given at the political level to improve health care services based on the needs of the population, along with education and improved means of communication. Health care was considered a human right and an excellent political investment. Health services would be free and state-run. There would be equal distribution of the services between rural and urban areas, though a different pattern of delivery might be developed for rural areas. The health services were founded on four basic principles:

- (i) that the health of the population is a government responsibility
- (ii) health services should be available to everyone
- (iii) the community should participate actively in health work, and
- (iv) preventive and curative health services should be integrated.

The policies of the World Health Organisation were followed with regard to regionalization of services, the use of auxiliaries, planning and programming, eradication of specific diseases, maternal and child health, and other elements of health care.

In the period 1960-61 all new medical graduates were required to serve in rural areas for 6 months. They were expected to develop health services with whatever means were available, and to select persons who could be trained as auxiliaries. The country was organized into districts or regions, each further subdivided into areas or sectors. Each level has a health facility serving different functions, with centralization of in-patient or specialist care, and decentralization of out-patient

or primary care. For rural areas an integrated health programme was developed, with health teams responsible for integrated care for children, integrated care for women, integrated care for adults, communicable diseases, environmental sanitation, food hygiene, occupational health, and dentistry. Centres with these activities have been developed all over the country with emphasis on under-developed areas. In rural areas, the centres with 10-30 beds, are called rural hospitals, in town they are called polyclinics.

Plans for hospital reconstruction in under-served areas were developed to attain a better distribution of hospital facilities. National norms for medical performance and techniques have been developed over the years by task forces in many fields, pediatrics, obstetrics-gynecology, surgery, statistics and others. They are based on a concensus of health workers in a particular field, and on generally accepted knowledge. The norms are intended as a guide only, and are used in basic and in-service training, supervisory work and in the preparation of programmes and plans.

Training courses for different types of health staff are organized, and to cope with the changes the Ministry of Health itself was reorganized. Of the traditional health workers, mid-wives were gradually absorbed into the health services system while witch doctors were forbidden to practice. In the early 1960's most trained health workers were auxiliary; today the great majority are middle level workers. Thirty-four nursing training schools have been established in all the provinces, with a three year programme starting from the tenth grade. Middle level technicians receive two to three years of training in provincial or national schools. More

than twenty types of technicians are trained including those for maintenance of equipment and buildings. Auxiliaries are trained in large numbers for both the nursing and technical fields. In 1971 there were 9.2 auxiliary nurses, 5.5 professional nurses, and about 10 physicians per 10,000 inhabitants. Supervision appears to be quite efficient, each level supervising the one below, and the appropriate deputy minister visiting a different province once monthly to look into programmes in his charge. Additionally, local and political organizations play an active role in ensuring that the schemes are carried out.

The concept of teamwork is important. Each health worker at every level has the same philosophy, and a very clear understanding of what his responsibility is in the accomplishment of the goals. Unified groups have been created that cross the boundaries of age, occupational status, level of training and disciplines. The most important factors in health team success are:

- (i) all belong to the same union, giving them a common interest and sense of responsibility, and doing away with factionalism in approach to problems.
- (ii) regular meetings are held with all staff at which all are expected to give their opinion, and participate.

Community involvement and mass organization were important features of the Cuban plan against disease. People's Health Commissions were created which were active at the local level, both in hospital and polyclinic. These Commissions were presided over by a physician director, and each of the mass or community organizations is represented, for example, committees for the Defence of the Revolution, the Federation of Cuban Women, and labour unions. The Commissions meet regularly, and discuss a variety of problems pertaining to hygiene, vaccination, public health

matters, milk production, etc. These Commissions involve the vast majority of the Cuban population, and their existence made possible such feats as the vaccination of 1½ million children with oral poliomyelitis vaccine in a few hours, at almost no expense. The free availability of all mass media, including radio, press and television makes it easy to approach the people. Reasons for each health activity are explained. Each member of the health team is trained to adopt the community approach, to give health education and an orientation towards health promotion. New physicians in training come in contact with the community from their first year of study.

Certain factors of health care make the Cuban health services efficient: extremely high motivation of health services, complete literacy, a high proportion of doctors and other health professional staff, good transport facilities, mass organization and full participation of the people.

(13,36,*)

India

This country has a population of some 600,000,000 people, and many medical schools which produce scientific doctors trained in the Western style. There is, additionally, a large group of indigenous practitioners whose training has followed the ancient tradition of Ayurvedic medicine. Approximately 80% of the rural population of India use these practitioners, who number something over 400,000. A small percentage are fully trained both traditionally and in Western style medicine, and number about 7,000. About 43,000 are trained mostly in Ayurvedic medicine but have some elementary knowledge of modern medicine. About 150,000 have no formal training other than through correspondence courses, and about 200,000

* see Footnote, page 28

have no formal training but have learned through apprenticeships.

Ayurvedic medicine has made significant contribution to medical care and has evolved many respected remedies, for example, the use of Rauwolfia in hypertension. The system practices an integrated, psychosomatic approach to health. It has two approaches, preventive and curative. It is not proposed to go into details of this here, but suffice it to say that various studies on the efficacy of many of the measures advocated in this system of medicine suggest that integration of Ayurvedic "doctors" into the health care system of India might go a very far way towards alleviating the severe shortages of health manpower in rural areas. Most of them would need additional training which could be done through the various schools and colleges of Indian medicine now established in the various states. It would be advantageous too for practitioners of modern medicine and undergraduate students to be instructed in aspects of the indigenous system to improve their knowledge of them, and to apply those aspects that are of particular advantage in promoting health and preventing disease.

Indigenous practitioners of one type or another exist in many countries. Developing countries should seriously consider integrating them, after appropriate additional training, into their health care systems as one means of fairly quickly alleviating the shortage of health manpower at the primary level, particularly in remote and rural areas, or for specific functions.

In 1970 a project was initiated to meet the basic health needs of a deprived rural area centred on the village of Jamkhed, 400 miles southeast of Bombay. The objectives basically were the same as those

described for Bangladesh. Community health facilities and staff were used. The following strategies were adopted:

- (i) Community participation
- (ii) Development of a training programme and utilization of village health workers
- (iii) Development of agriculture as a basis for the nutrition programme
- (iv) Provision of safe drinking water by sinking of deep tube wells with hand pumps in the most needy villages
- (v) Organization of clinics, at times determined by the activities of the community, not necessarily at the usual hours
- (vi) Health education, using various audiovisual aides, community members with a talent for acting, mobile education exhibits and talks by village health workers.

Various measures were used to improve the quality of life:

- (i) Agricultural projects such as sheep breeding, chicken farming, feed improvement schemes, and an oil mill.
- (ii) Housing loans were made available at 8% interest, payable over 20 years.

The village health worker was a female member of the community and selected by it for her role. She was first contact in health matters with the villages she served, a feature which ensured effective communication between them. Her task was to trace target groups within the budget's priorities, provide health education and first aid, and work with the health team in house-to-house surveys.

Village health workers are the first tier of the team; they are trained in service for two days a week at the project centre. A small honorarium of one rupee (approximately 10 cents) per day is paid. They are supervised by the second tier which consists of a nurse supervisor, medical social workers, auxiliary nurse, mid-wives, leprosy and laboratory technicians, working together in two teams. These are trained in service as a team, and each member has a specific role. The training emphasizes project priorities. They visit each village once weekly, make

house calls to detect malnutrition, communicable diseases, particularly leprosy and tuberculosis, examine pregnant and lactating women and consider couples for family planning. Periodically, health promotion talks are given or films or other audiovisual material shown. Two Ayurvedic practitioners from the area have been incorporated into the team. Traditional birth attendants are also included. These workers are responsible to two staff physicians whose main functions are administration, supervision, training and the day to day running of the main centre, which is the only medical facility in the area. They also supervise the thirty subcentres. Their time is allocated as follows: 30% to curative services, 30% to public health services, 20% to supervision, 10% to training and 10% to self education.

The project has a governing body which includes the two doctors, a representative of the nursing profession and one from the WHO. Seventy percent of the budget comes from fees and from a government grant for family planning; the other 30% comes from donations. Curative services absorb 30% of the budget, preventive and promotional services 60%, and administration and training 10%.

This project has been remarkably successful in achieving its objectives. Some of the important factors in this success are as follows:

1. The basic data was obtained from the community itself through demographic surveys and responses were made to the community's felt needs.
2. Agricultural support improved community nutrition. The project lends equipment and machinery to farmers in exchange for a percentage of the crops which are then used to supplement the nutrition of the needy. This aspect of the programme is fully self-supporting.

3. Provision of new wells or the deepening of old ones improved the pure water supply and that available for crop irrigation.
4. The selection of members of the village as health workers guaranteed more effective relationships between worker and community than could be developed by nurses or technicians trained in cities. As an example, a city-educated nurse, after several months in the village, was able to persuade only one woman to have tubal ligation, while a traditional birth attendant from the village referred 75 women for the same purpose in the same time. The community takes part in the selection of these workers which improves its confidence in them.
5. Various other contributions were made through community participation: land for the project, voluntary assistance in the preparation of food for the nutrition programme, labour in the construction of roads and assistance with various health projects, for example blood collection, immunization, etc. The community helps to decide priorities within the programme. The incorporation of indigenous practitioners is also an advantage.
6. The effective use of the health team approach with responsibility delegated to the least trained of the team capable of performing a particular task, made full coverage a reality.
7. The extreme dedication and drive of the two physicians in the project were undoubtedly instrumental in achieving the results.

COMMENT:

The schemes outlined above show several common features and certain differences. The major differences are that the Cuban achievements were possible because the political system facilitated or, in fact, was responsible for the magnitude and the rapidity of the change. The same is true of China where, on a much more massive scale, a similar philosophy and approach have brought about remarkable improvements in health care. In addition, China, and now India, have shown that traditional medicine can be integrated with modern scientific medicine. It is interesting to

note in passing that these two great traditions have given acupuncture and yoga to the Western world, the former therapeutic, the latter aiming to promote health.

In Tanzania*, the pattern that is followed is similar to that in China and Cuba. Their health needs are vast, their resources are few. The same principles, however, apply. These may be summarized as follows: health is a government priority and change is centrally planned and politically directed. The schemes cover all the population, urban and rural, and integrate all facilities into a functional whole. Manpower training and service are interlinked. Facilities are provided at increasingly sophisticated levels from the smallest rural centre to the complex tertiary care hospital. Popular support and participation by individuals and organized groups within communities and dedicated leadership are features. Continuing education for all workers and health education for the population through manuals, audiovisual aides and other means, are continuously used. The approach aims at solving fundamental problems first, for example improving the economic base of the people and producing a self-awareness in them of what constitutes the state of good health.

(35)

These innovations are of profound significance to the doctor in training. In such settings the family doctor will have additional responsibilities: the supervision of health teams, management, planning, administration, the undertaking of technical procedures when stationed in remote areas, for example emergency surgery that may be beyond the regular scope of most training programmes. This underlies the need for design of curricula that are relevant to the functions of the doctor in his society.

* see Footnote, page 28.

The radical nature of some of the reforms needed will undoubtedly meet with resistance from the more traditional schools and institutions, in both developed and developing countries. Yet some changes must take place, not only in curricula, but in academic and health services structure, (12,37,38) in selection of students and of faculty, in reward systems, in greater selectivity and local relevance of educational materials, and in dismantling the ivory tower - at least in so far as preparation for primary care is concerned-care being taken to maintain a balanced educational and research programme in all aspects of health manpower training, and to create a pyramid of health workers functioning in an integrated pyramid of facilities.

ACKNOWLEDGEMENTS

Grateful thanks are due to Mary McNeill for very patiently typing this manuscript, and to Dr. Donald Rice of the College of Family Physicians of Canada for information and guidance. I also thank Mrs. E. Matthews for help with the bibliography, Drs. J. Allison and T. Muckle of Chedoke Hospitals, Hamilton, Canada for encouragement, and Dr. J. Ceitlin of PAFAMS (FEPAFEM), Caracas, Venezuela, for a considerable amount of help.

REFERENCES

1. "Special Requirements for Residency Training in Family Practice" AAFP, 1977.
2. "Family Medicine in Hospitals". The College of Family Physicians of Canada, 1977.
3. "The Functions of The General Practitioner". Professional Corporation of Quebec, Special Edition, Vol. XVII, 3, Sept., 1977.
4. "Canadian Family Medicine - Educational Objectives for Certification in Family Medicine". College of Family Physicians.
5. Alpert, J.J. "New Directions in Medical Education: Primary Care" Recent Trends in Medical Education: E.F. Purcell, ed., Josiah Macy Jr. Fndn. 1976, 165-179.
6. Naughton, J. "Medical Ethics, Humanism, and Preparation of Modern Physician", N.Y. State J. Med. 77, 1448-51, 1977.
7. Oglov, L. "The Case for a Liberal Education". CMAJ, 116, 1406-1408.
8. Johnson, K.G. "The Objectives of Primary Care Educational Programmes". Bull. N.Y. Acad. Med. 52: 1109-1114, 1976.
9. "Symposium: MRCP 1977" Brit. Med J. 6107,1,217-220, 1978
10. Mahler, H. "Tomorrow's Medicine and Tomorrow's Doctors". WHO Chronicle, 31; 60-62, 1977.
11. Stern, T.L. "Family Practice Residency Programs in the U.S.". - AAFP, Kansas City, Mo., 1977.
12. Ragbeer, M. "The Role of the University in the Training of Medical Ancillaries". Commonwealth Foundation, Occl. Publ. XIX, 66-
13. Djukanovic, V. and Mach, E.P., ed. "Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries" - WHO, 1975.
14. Mahler, H. "Health for All by the Year 2000". WHO Chronicle 29: 457-461, 1975.
15. Gellhorn, A. "Health Needs of a Society: a Challenge for Medical Education". Med. Educ. 11: 294-8, 1977.
16. McWhinney, I. "General Practice as an Academic Discipline" Lancet 1, 419-420, 1966.

17. Richardson, I.M. "The Value of a University Department of General Practice". Br. Med. J. 4, 740-742, 1975.
18. Irwin, W.G. "The Need to Teach General Practice". Med. J. Aust. 1, 393-95, 1977.
19. McWhinney, I. "General Practice in the United Kingdom and Canada". Dept. of Fam. Med. Univ. of Western Ontario, 1977.
20. Hellman, L.M. "The Federal Government in Primary Care". Amer. J. Obstet & Gynec. 128; 8, 825-830, 1977.
21. Rice, D. "FP's the World Over" - Medical World News Reviews. May, 1974, 22-24.
22. "Family Medicine at McMaster University, Hamilton, Canada".
23. Levenstein, J.H. "The Basis of General Practice, Its Content in Relation to Training". South Afr. Med. J. 52, 303-9, 1977.
24. (i) "Entry Survey Project - Class of 1980:" Program for Educational Development, McMaster Univ. Hamilton, Canada. Document 006-77, 1977.
(ii) "Exit Survey Project - Class of 1977". ibid., Doc. 011-77, 1977.
25. Cunnane, M. "Recent Trends in Medical Education - Report of a Survey" pp 1-7. E.F. Purcell, ed. N.Y. Josiah Macy Found., 1976.
26. Herman, M.W. and Veloski, J. "Family Medicine and Primary Care: Trends and Student Characteristics". J. Med. Educ. 52, 99-106, 1977.
27. Coe, R.M., Pepper, M. and Mattis, M. "The New Medical Student: Another View". J. Med. Educ. 52, 89-98, 1977.
28. Hamilton, J.D. "The Selection of Medical Students at McMaster University" J. Royal Coll. Physic. Lond. 6, 348-351, 1972.
29. Anlyan, W.G. "Recommendations for the Future of the Continuum of Medical Education" New Eng. J. Med., 297, 2, 110-112.
30. Wright, H.J. and Knox, J.D. "Teaching Teachers in General Practice" Med. Educ. 11, 48-52, 1977.
31. Barr, D.M. "Primary and Specialized Care: Implications for Learning Situations" J. Med. Educ. 53, 176-185, 1978.
32. AAFP Reprint No. 155B, 1976.

33. McInerny T.K. et al. "Primary Pediatric Care in one Community"
Pediatr. 61,3, 389-397, 1978
34. Street S. in "United Nations Relief Operation, Dacca," WHO,
Information Paper 23, 1973
35. Drs Chagula and Tarimo "Tanzania's Approach to meeting Basic
Health Services" Ministry of Health,
Dar-es-Salaam, Tanzania, 1974.
36. Sarma J.V. "Role of the General Practitioner in Medical Edu-
cation." J.Ind. Med. Assoc. 67(5),127-130, 1976
37. Lathem W. "Medical Education : Reform for Developing Countries"
Med. Educ. 11,65-70. 1977
38. Hogness M.D. and Akin G. "Administration of Education Programs
in Academic Health Centers" NEJM, 296,
12, 656-663, 1977.
39. "Away from the Ivory Tower: Student Health Workers live and learn
in Field Training Areas" WHO Chronicle 31,175-181, 1977

Appendix I

THE PHYSICIAN SHALL BE SKILLED IN APPLYING HIS KNOWLEDGE OF INDIVIDUAL AND FAMILY BEHAVIOUR TO THE IDENTIFICATION AND SOLUTION OF INDIVIDUAL AND FAMILY HEALTH PROBLEMS. (3.6)

TABLE I

A PROFILE FOR UNDERSTANDING THE FAMILY SYSTEM

- I. Family Structure
 1. Hard data re ages, occupations, family income, school, mobility patterns, home environment, religious and social affiliations.
 2. Life cycle stage of family and relevant information regarding transactions with various systems, e.g., extended family, neighbourhood, work, etc.
- II. Presenting Problems
 1. Reason for application or referral with precipitating event. Who is the identified patient, and what is his understanding of the contact? How does the total family interpret the contact? In what ways do they agree or disagree?
 2. Identification and location of target areas in the total family situation. Where is the hurt? How do the various members respond to this? Is the problem perceived as a family problem? Locate resistance regarding a family perspective.
- III. Role Network—Social Functioning
 1. What is the role of the mother:
 - (a) how does she perceive herself as a wife, parent?
 - (b) what level of instrumental care does she give the family?
 - (c) capacity for giving or receiving affection.
 - (d) does she assume responsibility or authority for the discipline of the children?
 2. What is the role of the father:
 - (a) to (d) same as above.
 3. Relationships between mother and father, mother and children, father and children, siblings, in terms of:
 - (a) verbalized evaluations of each other.
 - (b) quality: supportive, hostile, competitive, etc.
 - (c) degree of role complementarity.
 - (d) is there internal role consistency among family members?
 - (e) what is the degree of rigidity or flexibility regarding role expectations?
 - (f) role relationships between nuclear and extended family.
 - (g) resolution of role conflict.
- IV. Family Goals and Value Orientation
 1. Identify individual and family goals:
 - (a) how much agreement and conflict is there regarding these goals?
 - (b) are the goals realistic and what are the available resources for achieving family goals?
 - (c) degree of commitment to both individual and family goals.

2. Clarify value orientation:

- (a) is there similarity in values held by parents and children, and between nuclear family and extended family?
- (b) degree of commitment towards values. Which values are highly prized and which are held nominally?
- (c) how does the family characteristically respond to change in relation to value changes in society?
- (d) is the family in a transitional stage regarding the modification of goals and values?

V. Patterns of Communication

1. What is the particular and unique pattern of communication between and among family members in relation to clarity of message sent, congruence between verbal (literal content) and non-verbal (facial expression, body posture) communication?
2. Themes of metacommunication as revealed in paradoxical communications:
 - (a) double binds
 - (b) silencing techniques
 - (c) pseudomutuality
 - (d) scapegoating.

VI. Family Rules and Regulations

1. What are the rules as perceived by individual family members?
2. Do the family rules provide an opportunity for autonomy and individuation?
3. Means of controlling and enforcing rules:
 - (a) punishment
 - (b) coercion
 - (c) rewards.
4. Quality of interdependence between and among family members, both nuclear and extended.
5. Locate coalitions, alignments, and splits as modes of behaviour control.

VII. Exploring the Family System

1. Identify the particular themes as they relate to functional and dysfunctional aspects of the family.
2. What is the relevant family, e.g., extended family members and other people who are important to the life space of the family?
3. Assess transactions between various subsystems.

Appendix II

FAMILY MEDICINE PROGRAMME OUTLINE

Year I

3 Months	3 Months	2 Months	2 Months	2 Months	C O R E
Family Medicine	General Ward Medicine	Paediatrics	O & G	Emergency Room	
Family Medicine ½ day/week					
Behavioural Science ½ day/week					
Proposed Postgraduate Education Horizontal Programme					

Year II

5 Months	3 Months	3 Months	1 Mth.	C O R E
Family Medicine (N.O.M.P. Elective "In-Training Locum")	Internal Medicine (Man-based)	Musculoskeletal	D E R M	
Horizontal Electives	Rehab.	Ortho	M	
Family Medicine ½ day/week				
Behavioural Science ½ day/week				
Proposed Postgraduate Education Horizontal Programme				

Year III

6 Months ±	6 Months ±
Family Medicine (N.O.M.P., Teaching Research, etc.)	Electives (Rural, Academic Epidemiology, etc.)
Horizontal Electives	Family Medicine ½ day/week
Behavioural Science ½ day/week	
Proposed Postgraduate Education Horizontal Programme	