



EDITORIAL

POR LA UTOPIA DE LA FORMACION DE MEDICOS GENERALES INTEGRALES Y DE CALIDAD EN UN SISTEMA SANITARIO PARADAJICO

Jairo Echeverry Raad[‡]

Resumen

Se hace una reflexión en relación con una publicación, en un periódico de circulación nacional, en la que se divulga la queja sobre la escasa capacidad resolutive de los médicos generales del país, en un marco de sobrecarga laboral y pobre reconocimiento, donde simplemente se restringen la prescripción de medicamentos OTC (*Over The Counter*) y la remisión de un número significativo de pacientes a especialistas cuyas agendas atiborradas no dan abasto.

Palabras clave: Médicos generales, especialización, especializaciones médicas, educación médica de pregrado.

For the utopia of training of quality and integral general practitioners, in a paradoxical health system.

Abstract

One reflection regarding a publication in a national newspaper which complaints about the low capacity to resolve and the operative role of general practitioners in our country, within a framework of overloaded labor and poor recognition, where they simply restrict themselves to the prescription of "OTC" (Over the Counter) medicaments and to refer of a significant number of patients to specialists, to whose crowded agendas cannot cope.

Key words: General practitioners, specialization, medical specialties, education, medical, undergraduate.

El origen



[‡] Profesor Asociado, Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. jecheverryr@unal.edu.co



Las siguientes líneas se escriben como reflexión frente la noticia del periódico El Tiempo bajo los titulares "Los médicos generales se sienten "simples operarios", página 1, y "Médicos generales no resuelven el 30 % de los casos", página 3, en la edición del 17 de marzo de 2016 (1), así como a la Editorial "Llegó la hora de corregir", del 26 del mismo mes en el mismo periódico.

La Medicina, ese arte de "curar" a los enfermos teñida de algo de ciencia, es tan bella como paradigma como imperfecta como disciplina o profesión, en un hecho poco controvertible en la actualidad (2).

Esta imperfección se hizo notoria a principios del siglo XX, pero muy especialmente tras la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, en la posguerra de la segunda contienda bélica europea de ese siglo.



Organización Mundial de la Salud

https://www.who.org/images/mg_coher/who_logo_s.jpg

Bajo esta nueva ONG, la Medicina, inicialmente concebida para la "atención" y "curación" de los enfermos, se la obliga a regañadientes a participar inmersa en un sistema sanitario que propende no solo por la atención de los enfermos, sino por la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad desde una perspectiva holística biopsicosocial de los determinantes del complejo continuo de salud-enfermedad, entrando en un modelo de "socialización" de la Medicina (3).

Pero...

Para algunos es poco probable que estos aspectos fuesen siquiera implícitamente contemplados en la mayoría de las condiciones nosológicas desde los principios hipocráticos del modelo médico moderno que era y es eminentemente biologista.



https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/4/46/Anatomische_les_door_Dokter_van_der_Meer_van_Michiel_en_Pieter_van_Mierevelt.jpg/400px-Anatomische_les_door_Dokter_van_der_Meer_van_Michiel_en_Pieter_van_Mierevelt.jpg



Es apenas entendible la gran frustración que representó para los médicos graduados en aquellas épocas de transición, y aún en los actuales, cuando fueron conminados a trabajar en un sistema para el cual no habían sido preparados, con la obligación del dominio integral y exhaustivo de una gran materia médica.

Desbordados...



<http://clincasanpedromancora.com/wp-content/uploads/2014/05/especialidades-medicas.jpg>

La imperfección de la disciplina, este nuevo modelo disonante y avasallante de práctica, la tranquilidad de controlar una parte de dicha materia y, hay que decirlo, la economía de mercado, encontraron una fácil válvula de escape a la tensión existente, con la creación artificial de programas académicos de posgrado en Medicina, las llamadas especializaciones o especialidades médico-quirúrgicas.

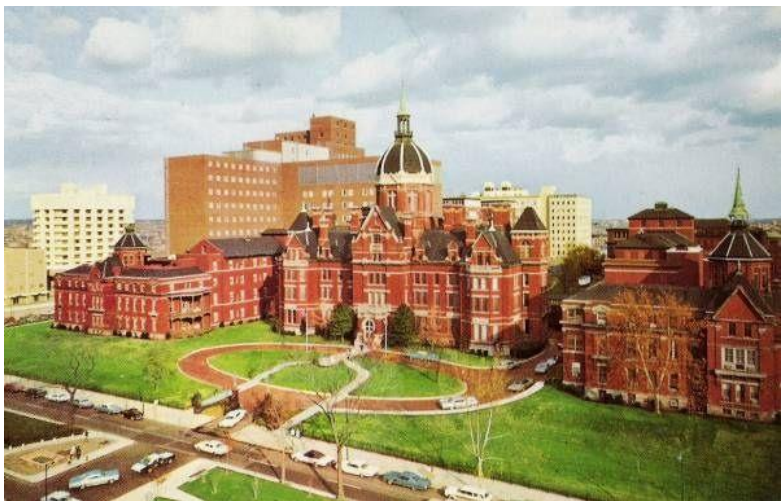
Las especialidades

Estas llegan a Colombia después de cerca de 50 años de origen, a principios de los años sesenta del siglo pasado, cuando un número significativo de médicos generales, que se formaron en esa nueva corriente en países anglosajones, posteriormente las implantan en estas latitudes. Creo que debo declarar aquí que sucumbí ante esto. *Mea culpa*.

Hasta antes de esa época, la decisión de profundizar en una de las diferentes ramas de la Medicina las hacían los médicos por vocación y porque tomaban la decisión, muchas veces filantrópica, de dedicarle un tiempo adicional de su formación en los *hospitales* donde se volvían expertos, al punto de convertirse en "Jefes de Clínica".

Una visión

Se remarca la palabra *hospitales* por cuanto, como una distorsión adicional del modelo Flexneriano y apuntalado por el naciente Hospital Johns Hopkins con su "Big Four" (4) en USA en los albores del siglo XX, la formación médica de especialistas fue centralizada en escenarios hospitalarios de referencia cada vez más complejos, donde no se enseña ni se aprende Medicina general, y es, desde ese momento hasta la fecha, transferida a los estudiantes de pregrado en la mayor parte del mundo, quienes durante su formación en los hospitales no ven otro modelo a seguir que el de especializarse. En mis 25 años de vida educativa no he visto ningún estudiante de Medicina que idealice o tenga como modelo a seguir a un médico general.



<https://s-media-cache-ak0.pinimg.com/736x/b7/46/e2/b746e25ccb2f52d6b4e96ba64b76ac82.jpg>

La especialización médico-quirúrgica, al menos en Colombia, es concebida como el proceso de formación posgraduada para la atención de pacientes especiales que requieren de esa especialidad, en el que el médico adquiere una serie de competencias, conocimientos, habilidades y destrezas que le permiten dar solución a esos problemas concretos en diferentes etapas del ciclo vital (5,6). Se supone que para ello debe haber una buena dosis de entrenamiento, prácticas asistenciales y un número adecuado de casos (enfermos) para asegurar el logro de las competencias (6). En esa formación no vemos acogida a la inmensa mayoría de miembros de la sociedad, a los saludables o los sanos, pero en riesgo, a quienes irían las estrategias costo-efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Las promesas que no se cumplieron

Muy pronto, como las especialidades son incapaces de resarcir la imperfección de la Medicina misma, esta "solución" prometida a los problemas pasa a un nuevo estado cuando se considera que no importan los resultados de la práctica especializada sino que es suficiente el mayor y mejor esfuerzo y toda la mejor evidencia disponible para ello, pasando de un tradicional e insostenible modelo de "resultados" por el eufemístico de "medios", con lo cual se disipa un tanto la tensión y la presión social (y un buen número de demandas médico-legales).



https://upload.wikimedia.org/wikipedia/en/d/d4/Marcus_Welby_intro_Screen.jpg

Vs.



<http://jeffrona.com/wp-content/uploads/2010/03/chicagohope.jpg>



En este sentido, aunque suene un argumento excesivo, a los especialistas como es obvio les va relativamente mejor con sus pacientes cuando solo se dedican a un aspecto concreto de su especialidad, cuando lo hacen entre semana (7), en escenarios altamente especializados que tienen toda la infraestructura, la tecnología y experiencia acumulada para soportar y atenuar la variabilidad humana del ejercicio (8). Las técnicas abiertas de revascularización o endovasculares de recanalización, en centros especializados (solo en esta área), son un claro ejemplo entre otros (9).

De esta manera, el paso seguido de esta escalada progresiva de especializaciones, en un marco de práctica cada vez más defensivo, es la creación de programas de segundas o terceras especialidades (microespecialidades) de la especialidad madre.

Por ello no es infrecuente encontrar ortopedistas que solo operan rodillas (es posible que algunos solo la derecha), cardiólogos que solo hacen hemodinamia, radiólogos que solo leen tomografías, oncólogos que no "tratan" linfomas pero si leucemias, o especialistas en pediatría general cuyo único trabajo se restringe a la remisión de los niños que atienden a uno de tantos microespecialistas de igual número de sistemas u órganos en los cuales es factible especializarse formalmente. Paradójicamente esta fragmentación está pasando de manera creciente en las cuatro grandes especialidades tradicionales ("fundadas" por el Johns Hopkins) de la misma manera como le ha venido sucediendo a la Medicina general desde el advenimiento de la Ley 100.

Especializarse es restringirse



<http://tusbuenosmomentos.com/wp-content/uploads/2012/02/lente.jpg>

El mismo diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define a la especialización como limitar algo a un uso o fin determinado. Por otro lado, epidemiológica y epistemológicamente la *especificidad* y, por extensión, la *especialidad*, es la capacidad de una prueba para detectar los verdaderamente sanos y, por tanto, la de no cometer "falsos positivos", o sea, no sobre-diagnosticar erróneamente y no prescribir tratamientos innecesarios. Pero los especialistas médicos, tal vez más en terrenos quirúrgicos, tienen enormes dificultades técnicas para trabajar con los individuos "sanos" o en riesgo de enfermedad y se les va la vida haciendo cosas en los enfermos. Suelen trabajar con el espectro más avanzado y complejo de la misma. Es apenas lógico que si alguien se especializa, simultáneamente se "desensibiliza" porque ambos atributos son muy difíciles de ostentar al mismo tiempo. A este respecto, ¿no le parece conspicuo que existan movimientos renovados de "sensibilización" y humanización de la Medicina tal vez como antítesis de la "especialización" y deshumanización reinantes?



Lo malo de esa visión especialista

Haciendo a un lado esta disquisición semántica, lo cierto del asunto es que, con honrosas excepciones menos frecuentes que lo deseable, hay cierta superficialidad y desintegración en la aproximación a los problemas de los pacientes por parte de algunos especialistas, aspecto que lo llevaría a uno a pensar en la necesidad de un nuevo paradigma de la formación avanzada del talento humano en salud hacia la "profundización integral" más que la especialización médica.

Posiblemente (y es una teoría) las especialidades médicas, y más las quirúrgicas, desagregan, desarticulan la doctrina médica, generan unas fronteras invisibles e infranqueables del conocimiento y de la práctica, no crean puentes o ventanas de comunicación, y ponen en causas prietas a los sistemas de salud quienes están bajo su merced y su orden.



http://1.bp.blogspot.com/_mtrinknL20/T1wNID54Hj/AAAAAAAAAKw/MKpME4_y9c/s1600/laparoscopia.png

Las especialidades han logrado doblegar el principio de socialización de la Medicina. Una muestra clara de esta realidad es que en el sistema de salud colombiano, se reconoce pecuniariamente por su trabajo, solo a aquel que "haga" (y facture) procedimientos invasivos y esos procedimientos solo pueden ser hechos por especialistas en esas "invasividades" (10).

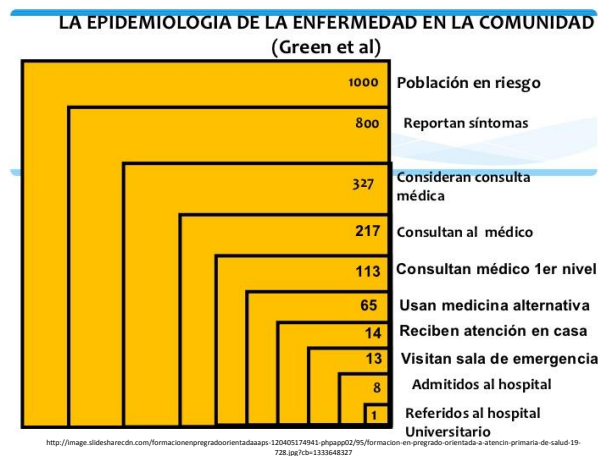
Adicionalmente, en Colombia, las competencias generales, específicas, básicas, y transversales para la formación de los médicos generales, que se clama sean "integrales y holísticos", son formuladas por médicos especialistas quienes apuntan y transfieren su específica visión de la integralidad (otra paradoja) (11).

El precio a pagar...

Posiblemente hemos equivocado el rumbo y buscamos la calentura en las sábanas. La situación deficitaria y la pobre calidad del sistema de atención de la enfermedad (paradójicamente que no de la salud), no se arreglan con una mayor formación de especialistas, mayores camas hospitalarias o más recursos para adquirir o administrar mayor tecnología médica (12, 13).

De los casi siete millones de eventos clínicos reportados en los Registros Individuales de Salud (RIP), público y privado, en menores de 18 años en Colombia durante el año 2013, por ejemplo, solo el 4 % ocurrieron en los hospitales, 10 % en los servicios de urgencias y 86 % en la consulta ambulatoria[§]. Estas cifras de la realidad del ejercicio profesional médico en Colombia, contrastan significativamente con la formación posgraduada en Medicina, que dedica contrariamente 85 % de los esfuerzos, desarrollos y tiempos del programa a los ambientes hospitalarios (14). Esto es lo que llamaríamos la gran paradoja formativa.

[§] Cálculos extraídos del documento: Análisis de Situación de Salud de Poblaciones Diferenciales Relevantes. Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía, Grupo ASIS. 2013.



El sistema de salud crecientemente “recalentado” que estamos presenciando (15), y no es retórico, solo se podría aliviar en la medida en que el modelo gire a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, y que el talento humano se redirija hacia el mantenimiento de la salud como su variable de desenlace fundamental (16).

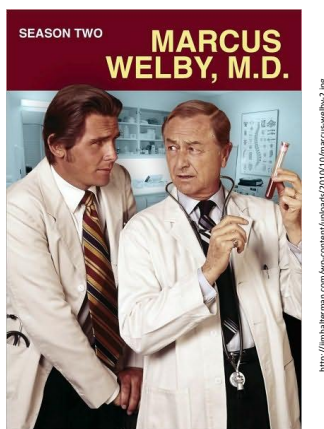
En otras palabras al personal de salud se le deberían reconocer con creces, además de un salario digno, por cada caso de neumonía, infarto cardíaco, suicidio o cáncer evitado, o por cada caso adecuadamente referido o escalado en el sistema de salud, con un mayor reconocimiento, incluso pecuniario, que aquellos casos que fueron remitidos y tratados. Estos serían el centro del sistema sanitario. Naturalmente esto pisa callos, lesiona aspiraciones muy poderosas que están interesadas en el *status quo* (léase el negocio de la "salud").

Nadie niega la potencial importancia de las especialidades, pero el sistema sanitario no debería descansar sobre ellas. Las especialidades deberían hacer su trabajo operativo concreto para lo cual se han preparado de manera esmerada e intensa y a continuación devolver a estos pacientes a su escenario natural, donde se encuentren con un médico general integral, que le atienda en el seno de su familia, donde se trascienda de lo biológico, se le escuche, se le aconseje y se le ayude a tomar las mejores decisiones posibles, en un marco de libertad, autonomía y humanismo, pero adecuadamente reconocido por su importante trabajo.

Lo que debería ser

Este debería ser el modelo formativo fundamental de nuestras facultades de Medicina en el pregrado, un sólido médico general integralista, si queremos hacer un verdadero impacto social de nuestra doctrina y de nuestro sistema teórico de pensamiento, porque la sociedad ya se ha dado cuenta de la imperfección del actual sistema.

Es posible que estas palabras suenen desatinadas para alguien que es especialista, pero debo confesar que las nociones y argumentos expuestos previamente no solo se derivan de los varios años de práctica profesional en Medicina, en pediatría, en educación y en investigación en salud, sino además por la amarga experiencia que han experimentado varios allegados con la “atención” por especialistas en este sistema descuadrado y paradójico. También porque afortunadamente hay una gran cantidad de médicos generales muy competentes, integrales e integrados a la sociedad, comprometidos con los problemas de sus pacientes, proveyendo alivio y consuelo a una vasta franja de compatriotas, quienes ven en estos a unos verdaderos héroes. Quiero decir aquí con mucho orgullo, que mi hermano es uno de ellos.



http://www.salusips.com/webz/images/stories/medicina_general.png

Como otra muestra de las muchas paradojas, vemos hoy en día muchos colegas, incluso con segundas especialidades, que han dejado a un lado las mismas y han retornado a la base del ejercicio de la Medicina general, pero ahora desde prácticas más holísticas.

El único interés que me afecta en la redacción de esta reflexión es la visión de contar en un próximo futuro con la utopía de médicos generales integrales que escuchen y atiendan mis problemas en el seno de mi familia.

Una última pregunta al lector de estas ideas: ¿a quién preferiría recurrir o asistir para sus problemas a este respecto, a un médico especialista muy competente que cuide su enfermedad o a un bien estructurado y responsable médico general integral que cuide su salud?

Conflicto de intereses: Ninguno.

Financiación: Ninguna.

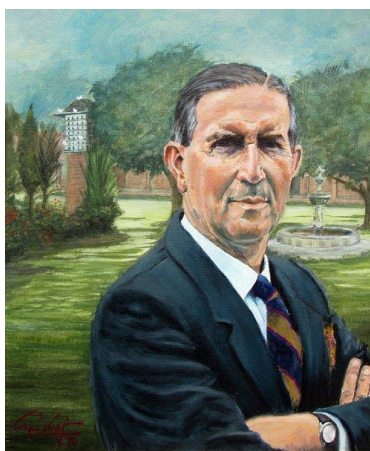
Referencias

- (1) <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/debate-por-el-trabajo-desempenado-por-los-medicos-generales/16538922>
- (2) Clinicians for the Restoration of Autonomous Practice (CRAP) Writing Group. EBM: unmasking the ugly truth. *BMJ* 2002; 325:1496-8.
- (3) Agualimpia C. Demographic data in the national study of morbidity in Colombia. 1969; 66(2):160-70.
- (4) <http://www.hopkinsmedicine.org/about/history/>. Accedido en marzo 17 de 2016.
- (5) Reyes G, Ortiz LC. Sistema de Residencias Médicas en Colombia: Marco conceptual para una propuesta de regulación. Ministerio de Salud. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Bogotá D.C., enero de 2013.
- (6) Ministerio de Educación Nacional. Decreto presidencial 1295, del 2º de abril de 2010. Por el cual se reglamenta el registro calificado de que trata la Ley 1188 de 2008 y la oferta y desarrollo de programas académicos de educación superior.
- (7) Glance LG, Osler T, Li Y, Lustik SJ, Eaton MP, Dutton RP, et al. Outcomes are Worse in US Patients Undergoing Surgery on Weekends Compared With Weekdays. *Med Care*. 2016 Apr 22. [Epub ahead of print].
- (8) Khan MS, Zhang W, Taylor RA, Dean McKenzie E, Mallory GB, Schecter MG, et al. Survival in pediatric lung transplantation: The effect of center volume and expertise. *J Heart Lung Transplant*. 2015; 34(8):1073-81.
- (9) Sgroi MD, Darby GC, Kabutey NK, Barleben AR, Lane JS, Fujitani RM. Experience matters more than specialty for carotid stenting outcomes. *J Vasc Surg*. 2015; 61(4):933-8.
- (10) Varios. Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia. Cendex, 2013. Ministerio de Salud. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia 2013.



- (11) Varios. Perfil y competencias profesionales del médico en Colombia. Ministerio de Salud-Academia Colombiana de Medicina-Ministerio de Educación. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud Salud. Bogotá D. C., Noviembre de 2014.
- (12) McKeown T. The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis? 2nd edn. Blackwell. Oxford; 1979.
- (13) Marmot MG, Smith GD. Why are the Japanese living longer? Br Med J 1989; 299:1547-51.
- (14) Echeverry J. Autoevaluación del programa de Especialidad de Pediatría de la Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina. 2016. No publicado.
- (15) Informe Lalonde. Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses. Ministerio de Salud del Canadá 1974.
- (16) Lalonde M. Guest editorial: A more positive approach to health promotion. Can Nurse. 1974; 70:19-20.

Un comentario



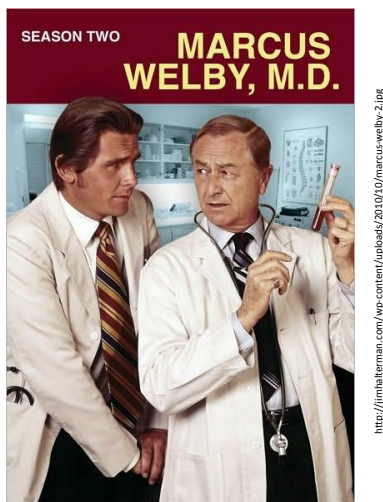
http://www.juancorpas.edu.co/uploads/pics/DR_JORGE_PIÑEROS-CORPAS-WEB.jpg

¡Cómo me ha gustado este artículo del profesor Echeverry! Creo que su planteamiento coincide con esa idea original que tuvo el doctor Jorge Piñeros Corpas y que luego modificó por la del cirujano internista (Medicina Familiar Integral) (1). Pero voy a suponer e ir más allá. El concibió al cirujano internista como un profesor que se debería hacerse cargo de formar a esos médicos generales que el país necesitaba y hoy evidentemente necesita. Lo escuché ayer y hoy estoy de acuerdo con la vigencia de tal planteamiento. Esa fue la razón fundamental de nuestra preparación (Médicos Familiares Integrales de la FUJNC) por cinco años... Convertirnos en docentes de esos médicos generales que debería promover nuestra facultad. Hoy lo somos... ¿Habremos logrado hacer realidad ese anhelo del fundador?

¿Será posible formar en seis años a un médico general altamente resolutivo? Lo creo sin duda (hipotéticamente) y creo que es necesario hacerlo (2, 3). Creo que ese médico general debe ser educado de forma proporcionada justo en los ambientes donde va ejercer, pues la Medicina tiene esa enorme ventaja, que se aprende haciendo y qué mejor que prepararse en lo que se va hacer toda la vida (2, 4). Por supuesto que para hacerlo deberemos romper paradigmas. La realidad es que aún prevalece el modelo hospitalario en la formación médica en Colombia, modelo dedicado a atender enfermos pero que olvida la prevención, la promoción, olvida a la comunidad (si es que alguna vez la recordó) (5). Reconociendo que formar en pregrado hacia la comunidad está todavía lejos de ser una realidad -nosotros hemos adquirido alguna experiencia (6)-, puede ser más fácil promover la formación en comunidad de los médicos generales ya egresados. ¿Por qué? Muchos de ellos ahí ejercen hoy por hoy.



Ciertamente se deben crear unas condiciones laborales dignas (7) pues de lo contrario, quedarse a ejercer la Medicina general será solo el reflejo de la frustración o de la imposibilidad para pagarse una residencia. El ejercicio del médico general ha de ser digno (8), un acto voluntario, debe tener un proceso continuo de capacitación y en lo posible debe ser muy estable, para que la continuidad entre prestadores y pacientes (o comunidad) sea la norma. Ello es la clave del compromiso y la calidad del ejercicio médico (9).



Ese era el mensaje de la película de Marcus Welby (10): un médico comprometido con su comunidad... y con gusto. Su mensaje fue impulsado con fuerza en la década de los setenta.

La historia va y viene...

Referencias

- (1) Piñeros J. El cirujano internista: una respuesta al futuro. Fondo Editorial Universitario Escuela de Medicina Juan N Corpas. Bogotá 1988.
- (2) Campos F et al. Caminos para acercar la formación de profesionales de salud a las necesidades de la atención primaria. Revista brasileira de educação médica. 2001; (25):2.
- (3) Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Informe sobre la salud del mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca [citado 2014 Diciembre]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/es/>
- (4) Borrell RM. La educación médica en América Latina: debates centrales sobre los paradigmas científicos y epistemológicos, en: Proceso de transformación curricular: otro paradigma es posible. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario. UNR Editora. Argentina, 2005.
- (5) Organización Panamericana de la Salud. La Formación en Medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2.
- (6) González JC. El Departamento de Medicina Comunitaria y su compromiso con la Atención Primaria en Salud. Carta Comunitaria. Agosto septiembre del 2012. Vol. XX (116):3-21.
- (7) Una cara oculta de la crisis de la salud: los bajos salarios de los médicos en Cali. <http://www.elpais.com.co/elpais/economia/noticias/estos-son-salarios-enferman-medicos-cali>.
- (8) Organización Panamericana de la Salud "Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS" Washington, D.C.: OPS, © 2008.
- (9) Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Organización Panamericana de la Salud 2008.
- (10) https://en.wikipedia.org/wiki/Marcus_Welby,_M.D.

