

Evolución histórica de la Medicina Familiar y General en Argentina

María Beatriz Ciuffolini,* Humberto Jure**

RESUMEN

El presente ensayo constituye una descripción del sistema sanitario y del desarrollo académico de la Medicina General/Familiar en Argentina. Esta presentación de logros y desafíos pretende ser un aliciente para la consolidación de la medicina familiar y contribuir a la reforma de la estructura sanitaria en Argentina.

ABSTRACT

This essay is a description of the *sanitary system* and the academic development of General/Familiar Medicine in Argentina. It pretends to be an incentive for the consolidation of Family Practice and a contribution for the reform of Argentina's sanitary structure.

* Especialista en Medicina Familiar. Magíster en Administración Pública. Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

** Especialista en Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Palabras clave: Medicina familiar, Educación médica, Historia médica en el siglo XX.

Key words: Family Practice, Medical Education, Medical History 20th Century.

Introducción

Este artículo pretende contribuir a la comprensión de la evolución histórica y situación actual de la medicina familiar en la Argentina. Las características organizacionales de nuestro sistema sanitario, la fragmentación y heterogeneidad del proceso de formación de especialistas en Medicina Familiar/General (MF/G), dificultan el acceso a todos los datos necesarios para poder realizar un certero detalle de la situación actual de la MF/G en nuestro país. Por otro lado, este artículo no persigue realizar una estricta reconstrucción histórica; se circunscribe a destacar los diferentes sucesos en la conformación del sistema de salud y el desarrollo académico-científico que de una u otra manera han contribuido a establecer a la MF/G como una especialidad de relevancia en Argentina.

La Medicina General/Familiar en Argentina: un breve recuento histórico

La configuración y evolución histórica de un modelo de atención supone un proceso dinámico, complejo y cambiante conforme a las características sociales, políticas y económicas en que se desarrolla, de las reglas de juego instituidas al interior del sistema de salud, la capacidad de acción de los actores sociales involucrados y el rol que el Estado asume en cuanto a su capacidad de regular y establecer condiciones de funcionamiento. Conforme a esto presentamos un breve recuento histórico de la conformación del sistema de salud y evolución histórica del rol del médico general/familiar en Argentina.

Los datos disponibles remiten a la primera década del siglo XX, cuando Argentina asistía a un rápido proceso de expansión, determinado por el significa-

tivo ingreso de inmigrantes europeos y de capitales extranjeros. En ese entonces la oferta de servicios de salud estaba constituida por mutualidades patronales y de las nacionalidades, que brindaban cobertura a la incipiente fuerza obrera, y por los hospitales de beneficencia destinados a la población necesitada, abocados principalmente a la atención de enfermedades infectocontagiosas y problemas crónicos. La prestación de servicios estaba a cargo básicamente de médicos generales, los cuales contando con escasos recursos tecnológicos, realizaban un cuidado integral de las familias.

Entre los años treinta y cuarenta, bajo el contexto de la Primera y Segunda Guerra Mundial, se comienzan a evidenciar los costos de la producción y la necesidad de cuidar la fuerza de trabajo mediante la organización de servicios de salud específicamente destinados a ello. Paralelamente, se desarrolla otro fenómeno significativo, la estructuración de una supuesta racionalidad científica de la medicina, centrada en la teoría flexneriana, la cual imprime una impronta significativa en la conformación de los sistemas de atención médica y formación de recursos humanos. En Argentina, esto se tradujo en un incremento de la infraestructura sanitaria y en la aparición de la especialización médica, lo cual aparece como un fenómeno de “especialización tardía”,¹ es decir el médico general que luego de años de práctica accede a la especialización, radicándose en los principales centros urbanos y académicos.

Hacia mediados de los años cuarenta, el acceso al poder del movimiento peronista y el corte benefactor de sus políticas, imprimen un cambio significativo en la conformación del sistema sanitario, determinado por el creciente movimiento de sindicalización y expansión de la seguridad social. Por otro lado, con la creación del Ministerio de Salud de la Nación, el subsector público evidenció una notable expansión, convirtiéndose en el espacio de referencia en cuanto a calidad de atención, desarrollo tecnológico y educación médica. Aparece en ese entonces un nuevo fenómeno en la conformación de la fuerza de trabajo médico: la especialización temprana, es decir la creación directa de especialistas sin contar con años de práctica en la medicina general, fundado en el modelo norteamericano de posguerra, y la constitución de los Consejos o *Boards* de médicos fuertemente entrenados en el desempeño de prácticas puntuales; comienza así a disminuir el número necesario de médicos generales.

En la década de los setenta, el papel del Estado en el cuidado de la salud comienza a desdibujarse. El subsector de obras sociales alcanza su máximo desarrollo, mediante un notable incremento de su capacidad instalada y la contratación de servicios al sector privado. El sector privado se constituye en un espacio de alta rentabilidad a partir de la incorporación de recursos de alta tecnología. Estos fenómenos tienen entonces una profunda repercusión en las características del modelo de atención y en la conformación de la fuerza de trabajo médico: se acentúa la tendencia a la desaparición del médico general y surgen las subespecialidades, vinculadas particularmente a la incorporación de nuevas tecnologías, aparecen por ejemplo, los especialistas en hemodinamia, ecografía, etc. Estos hechos, sumados a la conformación de un esquema de remuneración del trabajo médico que privilegiaba las prácticas mediadas por el uso de tecnología en desmedro del trabajo personal del médico, fueron alentando una progresiva proliferación de especialistas, la desaparición de la figura del médico de familia, y la fragmentación del cuidado del paciente entre diversos especialistas.

Paralelamente a esta tendencia, se fue configurando una estructura de gasto creciente que condujo a la debacle del sistema a fines de los años ochenta. En algunas provincias argentinas, durante la década de los setenta, el subsector público comenzó a estructurar sus sistemas de atención conforme a los postulados de la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS), se desarrolló una fuerte política de formación de recursos humanos y generación de puestos de trabajos para médicos generales. El caso paradigmático, por los logros obtenidos y sustentabilidad, es el de la Provincia de Neuquén.

Desde fines de los setenta y alentado por el surgimiento de la estrategia de APS, el proceso de creación de residencias de medicina general en el subsector público, experimenta una expansión creciente. A medida que crecen los centros formadores, los médicos generalistas comienzan a organizarse en asociaciones locales las cuales confluyen en 1986 en la formación de la Asociación Argentina de Medicina General (AAMF). Paralelamente, en la ciudad de Buenos Aires surgen los primeros sistemas de formación de recursos humanos en medicina familiar en el subsector privado, inspirado en el modelo americano de formación, proceso que se extiende a otros centros privados tomando como referencia la capital del país. Como parte de este movimiento, en la ciudad capital surgen

servicios de medicina familiar y se funda la AAMF. Este proceso de crecimiento y expansión de la MF/G se inserta en un contexto de colapso del sistema sanitario y de cuestionamiento al modelo de atención centrado en la subespecialización.

Durante la década de los noventa, la conformación de un Estado de corte neoliberal, significó una profunda transformación al interior del sistema de salud mediante la implantación de políticas de descentralización, desregulación de obras sociales y desarrollo de programas de atención primaria selectiva.² Estas políticas, lejos de sus tan promovidas bondades, sólo contribuyeron a afianzar la fragmentación del sistema sanitario y a profundizar las condiciones de inaccesibilidad e inequidad en nuestra población. La figura del médico general/familiar, comienza a ser valorada al interior del sistema sanitario como un recurso costo-efectivo satisfactorio, en perjuicio de sus capacidades para brindar una atención integral y humanista.

Durante los últimos años de la década de los noventa, distintas Asociaciones de Medicina Familiar, General y Rural se reunieron con el propósito de constituir una entidad que representara al movimiento Generalista del país. Este proceso de acercamiento condujo a la creación de la Federación Argentina de Medicina Familiar, en el mes de octubre del año 2000, integrada por 17 asociaciones de medicina familiar, general, comunitaria y rural de diferentes distritos del país. Esta propuesta de generar un gran espacio de consenso de todas las asociaciones de medicina generalista y familiar existentes en el país, no pudo concretarse en ese momento; posteriormente se creó la Federación Argentina de Medicina General. Desde entonces, estas dos federaciones han logrado consolidarse como espacios organizados cuya actividad crece significativamente año tras año. Ambas federaciones realizan de manera regular actividades científicas, congresos anuales, procesos de certificación de especialistas, diferentes actividades de formación y educación continua y han comenzado a desarrollar tareas de investigación en el ámbito de la atención primaria.

Desde sus inicios, la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG) destacó como objetivos básicos: promover acciones tendientes al mejoramiento del nivel de salud y la calidad de vida de la comunidad, la necesidad de apoyar el desarrollo de la estrategia de APS, y de propender al fortalecimiento de la especialidad en Medicina Familiar y General, Rural y/o Comunitaria.³

En lo que respecta a la inserción y desarrollo de la MG/F en la estructura sanitaria actual, la profunda crisis económica, social y sanitaria de fines del 2001, fue el signo más contundente y dramático del fracaso del modelo hasta entonces vigente. Los incipientes cambios en el modelo de organización estatal actual, la clara enunciación oficial de una política sanitaria sustentada en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), sumado a la existencia de estructuras de formación de recursos humanos en medicina general/familiar (MG/F), aparecen como una esperanza para la conformación de un espacio de diálogo y consenso que contribuya a una redefinición de acciones tendientes a mejorar las condiciones de vida de nuestra población y a una política de organización de los servicios de salud y de formación de recursos humanos acorde a dichas necesidades.

Las recomendaciones surgidas desde diversos ámbitos profesionales, científicos, sanitarios y educativos, en cuanto a que la atención médica debe dejar de ser impersonal, fragmentada, discontinua y costosa, han definido en estos últimos años la necesidad de fortalecer la MG/F para la adecuada instrumentación de la estrategia de APS.⁴⁻⁶

Conforme a estos conceptos, podemos afirmar que en Argentina se vive actualmente un importante proceso de desarrollo de la Medicina Familiar. Entre los principales acontecimientos que dan cuenta de este proceso de expansión podemos señalar:

- La importante inserción de médicos de familia, en los niveles decisarios y operativos del sistema sanitario, tanto en el subsector público, como en el de la seguridad social y el privado.
- La incorporación de modelos de salud familiar como estrategia de atención, en el subsector público de diversas provincias argentinas.
- La activa participación de médicos de familia en distintos programas desarrollados por el Ministerio de Salud de la Nación.
- La reciente implantación del Nuevo Modelo Prestacional Sociocomunitario en el PAMI, la obra social de jubilados y pensionados, la más importante del país con 4 millones de afiliados y un presupuesto anual que supera el millón de dólares. Esta obra social caracterizada durante mucho tiempo por un *modelo prestacional* y financiero en crisis recurrente, producto de la corrupción enraizada, la ineficiencia sistemática y la falta de políticas sanitarias definidas, ha emprendido un importan-

te camino de reestructuración y reforma de su modelo. Se ha puesto definitivamente en marcha un programa con eje en la atención primaria que modifica las características profesionales y la capacidad resolutiva de quienes ejercen como médicos de cabecera, propiciando la identificación del médico de familia como actor clave de la transformación, lo cual ha estimulado un aprovechamiento de las redes de recursos comunitarios para lograr una atención continua e integral (Figuras 1 y 2).

El eje de la transformación: la formación de recursos humanos

Los cambios mencionados en el sistema sanitario y la relación compleja y dinámica entre modelo presencial, estructura de incentivos y desarrollo de especialidades médicas, se vieron reflejados también en los distintos ámbitos de formación de recursos humanos.

En lo que respecta a la inserción de la medicina familiar en la educación de pregrado, durante la década de los años noventa, se inicia en algunas facultades de medicina un proceso de reforma curricular que implicó una redefinición de objetivos y propuestas educativas, con la finalidad de procurar un perfil del egresado más adecuado a las necesidades sociales. En este contexto comienza a percibirse un interés creciente por la APS y la medicina familiar, la cual inicialmente se inserta como materia optativa en varias universidades, constituyéndose posteriormente los departamentos de medicina familiar en

importantes centros formadores de nuestro país como la Universidad Nacional de Buenos Aires y la Universidad Nacional de Córdoba. Actualmente, más de la mitad de las facultades de medicina cuentan con la medicina familiar como materia optativa o como asignatura de la currícula.

En cuanto a la formación de posgrado, según datos del Primer Censo de Residencia de Medicina Familiar y General⁷ realizado por la FAMFyG, en el año 2004 existían 94 programas de residencias de medicina familiar y/o medicina general. Si en 1997 se reconocían en Argentina 52 residencias de Atención Primaria, bajo diversas denominaciones,⁸ el crecimiento experimentado por nuestra especialidad en este breve período de tiempo, resulta manifiestamente sustancial. La cantidad de residentes de MG/F ascendía en el año 2003 a 876, según datos del Ministerio de Salud de la Nación.

Respecto a la distribución geográfica, de las 24 provincias que componen el territorio nacional, únicamente la provincia más austral, Tierra del Fuego no cuenta con residencias de MG/F, siendo las provincias de Córdoba y Buenos Aires las que cuentan con el mayor número de sedes y residentes. En cuanto a la ubicación sectorial de las residencias de MG/F, el 70% se ubica en el subsector público, en sus diversas jurisdicciones (nacional, provincial y municipal); en el subsector de obras sociales, como en el subsector privado se encuentran importantes centros formadores.

El proceso de selección para el ingreso a las residencias es realizado por los diferentes centros for-



Figura 1. Consultorios externos Hospital Nacional de Clínicas-Universidad Nacional de Córdoba.



Figura 2. Consultorio de Medicina Familiar. Hospital Nacional de Clínicas. Universidad Nacional de Córdoba.

madores, cada uno de los cuales establece sus propias metodologías y requisitos. El período de desarrollo de estos programas de formación se encuentra entre tres y cuatro años. La formación asistencial de los residentes se realiza en el primer y segundo nivel de atención, observándose diferencias en la distribución de horas de ejercicio en ambos niveles según las características particulares de cada programa.

En cuanto a la acreditación oficial de estos programas de formación, la discutida Ley de Educación Superior (Ley 24521) establece que todas las carreras de grado y posgrado deben ser acreditadas por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) –organismo que funciona en la jurisdicción del Ministerio de Educación de la Nación– en este escenario, resulta escaso el número de residencias que han cumplimentado dicho proceso de acreditación. Varias de las residencias cuentan con más de un reconocimiento oficial a sus programas de formación realizado por diversas entidades: Ministerio de Salud de la Nación, Ministerios de Salud Provinciales, Universidades, CONEAU. La ausencia de un modelo único, debidamente consensuado y adecuadamente validado de acreditación de los programas de residencia, se traduce en la existencia de cierta heterogeneidad en los contenidos curriculares y actividades de formación.

Dentro de los programas de residencias, cabe destacar, como una experiencia innovadora en el contexto nacional, el Programa de Salud Familiar del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Esta experiencia, se inició en el año 2002, bajo la coordinación de un equipo de médicos de familia, junto a docentes de otras disciplinas. Este programa de formación, consideraba al primer nivel de atención como espacio de formación preponderante y estaba centrado en la conformación de equipos interdisciplinarios, con población vulnerable a cargo, utilizando como criterio de elaboración de sus cursos de acción el enfoque de riesgo epidemiológico y la estrategia de programación local participativa (Figura 3).

En cuanto a la certificación de especialistas en medicina familiar, se reconoce en el país un proceso heterogéneo y fragmentado. Existen diversas instituciones con potestad de certificar, como entidades deontológicas, gremiales y ministerios de salud provinciales. En el ámbito académico es la Universidad Nacional de Córdoba, desde el año 1992, la única en el país que otorga el título de especialista en medicina familiar y general, con un promedio de quince tí-

tulos anuales, lo que representa un 50% del total de postulantes que acceden al examen previa acreditación de antecedentes.

Ante esta realidad, que evidencia una ausencia de consenso en la definición de un perfil profesional un tanto más homogéneo y las competencias necesarias para alcanzarlo, la FAMFyG, mediante la creación del Consejo de Certificación, inició en el año 2000 un proceso destinado a diseñar e implantar un sistema de certificación y recertificación, válido, confiable y transparente, que permita garantizar la adquisición y el mantenimiento de competencias profesionales, científica, ética y socialmente aceptables.⁹

Desde el año 2003, la FAMFyG, ha puesto en marcha un proceso de certificación y recertificación de especialistas, en el cual aquellos médicos que hayan completado un programa educacional de formación en MG/F, acrediten ciertas experiencias curriculares (créditos) que den cuenta de una práctica afín a la medicina familiar y general y accedan a un examen de evaluación de competencias con una instancia teórica y otra práctica. Desde entonces se han certificado como especialistas 40 profesionales.

Respecto al desarrollo de actividades de educación médica continua, considerada como un elemento fundamental en el mantenimiento y mejora de la competencia profesional, en nuestro país existe una importante oferta, la cual es provista de manera regular por universidades y sociedades científicas.¹⁰ La FAMFyG, mediante su consejo de certificación ha desarrollado un sistema de acreditación de actividades educativas, destinado a garantizar la idoneidad, pertinencia y calidad de los programas educativos. Estas actividades cuyo financiamiento está general-



Figura 3. Curso de Actualización en Medicina Familiar. Universidad Nacional de Córdoba.

mente a cargo de los profesionales interesados, otorgan además del valor curricular, créditos para acceder a las instancias de certificación y recertificación.

No obstante, los importantes esfuerzos realizados desde diversos ámbitos de formación por fortalecer los procesos de formación en MF/G y los importantes logros obtenidos, el porcentaje de médicos de atención primaria sigue siendo muy inferior al de los otros especialistas: la suma de médicos de familia/generalistas, pediatras y clínicos no llega al 30% del total de profesionales. Así mismo, la estructura de profesionales de la salud en Argentina evidencia marcadas limitaciones para el desarrollo de la Atención Primaria y la conformación de equipos de salud interdisciplinarios.

Logros, expectativas y desafíos para el siglo XXI

Los aspectos referidos evidencian un importante desarrollo de la medicina familiar, tanto en lo que respecta a la inserción de la especialidad en diferentes estamentos del sistema sanitario, como en los sistemas de formación profesional. A pesar de estos importantes logros, entendemos que la MF/G en la Argentina, debe afrontar importantes desafíos intelectuales, académicos y organizacionales.

Entre las fortalezas de nuestra especialidad podemos destacar un aumento significativo del número de residencias de medicina familiar y general y de programas de educación médica continua. Por otro lado, el desarrollo de un proceso formal de certificación y recertificación profesional en distintos ámbitos y la presencia creciente en la formación de grado y posgrado en las facultades de medicina más prestigiosas del país dan cuenta de un creciente reconocimiento científico y académico. Consideramos como un hecho destacable la participación activa de médicos de familia en programas de atención primaria y salud familiar en los distintos subsectores: público, de la seguridad social y privado.

Entre las debilidades de nuestra especialidad señalamos, el bajo porcentaje de médicos de familia con entrenamiento formal y acreditado, la heterogeneidad de los programas de formación de residencias en medicina familiar y general y la ausencia de una instancia multisectorial y consensuada de acreditación de las mismas. Podemos señalar también una falta de consenso en los criterios de certificación y recertificación profesional entre entidades deontológicas, gremiales, científicas y académicas. Si bien

existen dos federaciones de MF/G en el país, la organización política científica y académica de las mismas es incipiente y se observa una falta de jerarquización económica y académica de los profesionales que se desempeñan en el primer nivel de atención sumado a una puja distributiva con otras especialidades médicas.¹¹

La crisis y el consecuente proceso de reforma del sistema de salud centrado en la estrategia de APS en Argentina (Plan Federal de Salud) con la activa influencia y apoyo financiero de organismos internacionales para el desarrollo de la especialidad y de nuevas modalidades de administración y gestión se presentan como una oportunidad para la MF/G.¹²

En este contexto un hecho destacable es la inserción docente de médicos de familia en las escuelas de medicina y la existencia de cursos de posgrado y perfeccionamiento que garantizan un importante impulso a la investigación en medicina familiar, y a la medición del impacto de estos procesos en el sistema sanitario.¹³ En octubre de 2006, se realizará en la ciudad de Buenos Aires el I Congreso Regional WONCA Iberoamericana- CIMF, IV Congreso de la FAMFyG y XIV Congreso de la AAMF. Dichos eventos, constituirán un hecho histórico para el desarrollo de la medicina familiar en el país, nos permitirá intercambiar experiencias y conocimientos con médicos de familia de todo el mundo.

Referencias

1. Doval H, Minucci H, Stein E. *Salud: crisis del sistema. Propuestas desde la medicina social*. Argentina, Editorial Agora, 1992: 24.
2. Ciuffolini MB. Análisis del Proceso de Transformación en el ámbito de la Seguridad Social. *Tesis de Maestría*. Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública, Universidad Nacional de Córdoba, 2000.
3. Estatuto Social. Federación Argentina de Medicina Familiar y General. *Documentos Técnicos*, 2001: 10.
4. *Declaración de Sevilla*. I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. OPS- CIMF- WONCA. Mayo, 2002.
5. Parkenson R, Marconi MF, Pepper C, Pavlik V, Spann S. La contribución del médico de familia al desempeño de los sistemas y servicios de salud en la Región de las Américas. *Serie HSR 29*. OPS- OMS. Marzo, 2002.
6. Conferencia Conjunta OMS- WONCA. *Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia*. CIMF, 1995: 45- 52.
7. Vallece MC, Roa R. Primer Censo de Residencias de Medicina Familiar y General en la República Argentina. *Archivos de Medicina Familiar y General* 2005; 1(2): 25-39.

8. Ceitlin J, Gómez GT. *Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo*. Madrid, SemFYC, 1997.
9. *Reglamento de Certificación de Especialistas en Medicina Familiar y General*. Federación Argentina de Medicina Familiar, 2003.
10. I Reunión Iberoamericana de Expertos en Certificación Profesional y Acreditación de Programas en Medicina Familiar. *Documentos Técnicos*. OPS- CIMF- WONCA. Noviembre, 2003.
11. Katz J, Muñoz A. *Organización del Sector Salud: Puja distributiva*. Buenos Aires, CEPAL, 1988.
12. Lemus JD y col. *Epidemiología y Atención de la Salud en la Argentina*. Representación de OPS/OMS en Argentina, no. 35, 1993.
13. Starfield B. Medición de los logros de la atención primaria. *Journal of Medical Education* 1979; 54: 361-369.

Dirección para correspondencia:

Dra. María Beatriz Ciuffolini

bciuffo@utopia.com

