

Ensayo de conceptualización sobre los tipos de médicos y sistemas de atención médica

Introducción

Las designaciones de las formas del ejercicio profesional (enfermera, médico, etc.) son convenciones que generalmente denominan papeles (roles) sociales; pero son difíciles de usar como definiciones operativas, dado su margen de imprecisión. Así, médico comunitario, médico general, pueden tener connotaciones relativas según el contexto nacional o regional en el que se usan. Ante este problema, sólo es posible darles un valor semántico haciendo explícitos sus referentes empíricos.

Modelos de servicio y modelos profesionales

Nuestro siglo fue el heredero del "modelo de servicio" surgido en el siglo XIX. (Por "modelo de servicio" se implica la modalidad con la que se entregan los servicios profesionales al usuario.) En este caso, nos referimos concretamente al modelo prevaleciente: el liberal. Este "modelo de servicio" implica un contrato tácito entre dos partes: una proporciona servicios *que le son requeridos*; y la otra paga por los servicios *que requiere*. Esta modalidad de servicio también predetermina el "modelo profesional" (la forma característica como una profesión realiza sus funciones sociales y técnicas). En efecto, en el modelo de servicio liberal, el modelo profesional podría ser por demanda, puesto que la limitante se establece en la forma de proporcionar los servicios, y ésta es por *requerimiento* del cliente, lo que significa proporcionar el servicio para tratar de aliviar o cancelar *daños* ya producidos. La limitación de este modelo de servicio para prevenir la enfermedad, hacer diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, la establece la capacidad de respuesta del paciente ante el daño (la enfermedad), y los factores económicos, culturales, psicológicos y ad-

ministrativos que la condicionan. En este contexto, el médico de la familia atendía las demandas de los pacientes sin consideración de la edad, sexo o, tipo de padecimientos. Ante el surgimiento de la especialización, se hizo necesario diferenciar al médico que no establecía limitaciones en el tipo o condición de pacientes que atendía y se le designó médico general; todo esto dentro de un modelo de servicio liberal y un modelo profesional orientado por la demanda.

Las formas de protección gremial, mutualismo, beneficencia, etc., y los seguros sociales, incidieron sobre el modelo de servicio liberal: previo pago mediante cuotas, establecimiento de relaciones grupales entre proveedores y receptores del servicio; en pocas palabras, se colectivizó el modelo de servicio (en algunos casos se estatizó), pero el modelo profesional persistió en su orientación por demanda.

La medicina preventiva

A esta altura, es preciso revisar el intento de introducción de la medicina preventiva, fenómeno posterior a la Segunda Guerra Mundial, que fue limitado en sus resultados por el modelo profesional prevaleciente: el de demanda. En efecto, la posibilidad de prevenir estaba limitada por un modelo profesional en el cual el servicio sólo se proporcionaba al cliente cuando había un daño en evolución. La viabilidad de hacer prevención primaria está condicionada por la posibilidad de actuar sobre el riesgo, y esto únicamente puede lograrse bajo la condición de un modelo profesional diferente, es decir, un modelo anticipatorio.

Si, con fines teóricos, construimos una matriz, una de cuyas ramas sea el modelo profesional, y la otra el modelo de servicio, podremos encuadrar los sistemas de atención médica actuales y derivar los necesarios.

		Modelo de servicio	
		Liberal	Colectivo
Modelo profesional	Por demanda (atención al daño)	<ul style="list-style-type: none"> — Colectivos de familia — Médicos generales — Médicos especialistas — Práctica en grupo de la medicina 	<ul style="list-style-type: none"> — Mutualidades — Beneficencias — Seguros sociales — Sistemas de medicina familiar y comunitaria
	Anticipatorios (atención al riesgo)	<ul style="list-style-type: none"> — Atención prenatal — Atención del niño sano 	<ul style="list-style-type: none"> — Sistemas de medicina familiar — Sistemas de medicina comunitaria

La medicina familiar y la medicina comunitaria

La tabla resulta clara por sí misma; solamente hay que aclarar, respecto a la medicina familiar y a la comunitaria, que un modelo colectivo basado en la atención al daño va a tener características y rendimientos diferentes de otro modelo colectivo basado en la acción a nivel de riesgos, aunque reciban la misma denominación. Otra derivación de este análisis, es que podemos concluir que el sistema de atención es familiar o comunitario, y no el tipo de médico; la única forma de hablar con precisión respecto al tipo de médico es usar la tecnología educacional para caracterizarlo por las capacidades que posee (*competencias*), es decir por lo que puede hacer, para así evitar la ambigüedad de la designación “familiar” o “comunitario”, que se refiere a la unidad en que se basa un sistema de atención médica dado. Es decir, algunas capacidades del médico pueden ser comunes para varios modelos implicados en las cuatro celdas de la matriz; pero otras dependerán del modelo de referencia; por ejemplo, un médico en un modelo de atención médica familiar “anticipatorio” probablemente requerirá capacidades profesionales adicionales a las que requiere un médico, en un modelo de atención médica familiar “por demanda”, y las de éste, serán más semejantes a las que requiera un médico liberal de familia.

Estratificación de la atención médica

La estratificación de la medicina, en niveles de contacto primario, secundario o terciario, se hace con referencia a otro as-

pecto de los modelos de servicio, el de la forma como fluyen los pacientes a través de los niveles de atención en un sistema dado. En algunas condiciones, se ha equiparado la medicina general con la de contacto primario, y la medicina especializada con la de contacto secundario. Sin embargo, hay sistemas de atención (cuyas finanzas lo permiten), que colocan al especialista en el contacto primario. Este es el caso de la especialización por edad y sexo: médico de adultos, médico de niños o médico de mujeres; o de la situación de hecho, o de algunos modelos liberales colectivos, en los cuales el paciente se autoclasifica y accede directamente al especialista.

Importancia de las áreas de influencia y de control

La trascendencia de una conceptualización de la terminología en el campo de la atención médica radica en la precisión que puede ganar la definición, las de necesidades cualitativas y cuantitativas de recursos humanos. Esto estaría aparejado a la posibilidad de definir para los programas de capacitación y recursos humanos su área de influencia (el área a la cual va destinado el personal capacitado) y su área de control (el área representativa del campo de influencia en la cual se hará la capacitación), y además la regionalización y estratificación de los servicios que permitan el uso de modelos epidemiológicos para la planeación y administración de los servicios de atención médica, y para los programas de capacitación de recursos humanos.

Dr. José Manuel Alvarez Manilla