



Punto de Vista

Hacia una definición de la práctica del médico familiar. Reflexiones sobre el pensamiento de tres autores.

Towards a Family Physician Practice definition. Reflections about three authors thinking.

RESUMEN

Arnulfo E. Irigoyen-Coria Méd. Dr., MF (1), Efrén R. Ponce-Rosas Méd. Dr., MF (2), Juan G. García-Manrique Méd. Dr., MF (3).*

Introducción: Con el progreso de las ciencias médicas algunas de sus especialidades emblemáticas como la Medicina Familiar y la Medicina Interna están en la encrucijada de definir sus nuevos destinos.

Objetivos: Reflexionar sobre tres enfoques relacionados a la medicina familiar y otras especialidades médicas. En ellos, la identidad de la práctica del Médico Familiar coincide en el abordaje integral y de continuidad de la atención, y en un enfoque centrado en el paciente.

Temas abordados: Práctica del Médico Familiar, Valores que deben mantenerse en la Medicina Familiar.

Descriptores: Educación Médica, Práctica de la Medicina Familiar

ABSTRACT

Introduction: With the progress of medical sciences, some of its emblematic specialties as Family Medicine and Intern Medicine are in a crossroad, trying to define its new destinies.

Objectives: To reflect about three approaches related to family medicine and other medical specialties. In them, the identity of the practice of the family doctor agree with the integral and continual care, and in an patient centered focus.

Reviewed topics: Practice of the family doctor, values that must be kept in Family Medicine

Keywords: Medical education, Practice of the family doctor.

Documento de posición editorial no sujeto a arbitraje.

MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim. Int. 2010, 4(2-3): 125-128

Este artículo esta disponible en www.idefiperu.org/mpa.html

Filiación de los Autores:

*Universidad Nacional Autónoma de México, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Familiar, México D.F., México (1,2) Universidad de la Sabana, Área de Medicina Familiar y Comunitaria. Bogotá. Colombia (3).

Méd. Dr.: Médico Titulado. MF: Especialista en Medicina Familiar.

Correspondencia para el autor: Dr. Arnulfo E. Irigoyen-Coria: coriaa@servidor.unam.mx



Pienso que la medicina familiar es considerada por algunos sectores como un movimiento subversivo, al igual que la ecología ha sido llamada “una ciencia subversiva”. Esto depende del punto de vista de cada uno. Pero, en verdad la medicina familiar es un movimiento profundamente conservador ya que busca restaurar el lugar que le corresponde a los valores y a la manera de pensar que siempre han existido en la medicina pero que en los tiempos recientes habían sido marginados.

I. Mc Whinney

INTRODUCCION

En este artículo se reflexiona sobre tres trabajos fundamentales, tanto de Nicolette [1] como de Espinosa [2] y Gallo [3]. En el primero se realiza un análisis “irónico” sobre la medicina familiar en comparación con las especialidades denominadas “troncales” o básicas y que por otra parte forman parte de los programas de entrenamiento para obtener el título de especialistas en medicina familiar. Aún cuando Nicolette utiliza un lenguaje irónico, nos parece que su objetivo de presentar el núcleo de la medicina familiar se logra de manera efectiva. La Medicina Familiar es la especialidad que se construye sobre un cuerpo de conocimientos derivado de otras disciplinas -que proviene principalmente de la medicina interna, la pediatría, la cirugía, la ginecobstetricia y la psiquiatría- y que debe establecer una unidad coherente, combinando las ciencias de la conducta con las tradicionales ciencias biológicas y clínicas [3,4]. Es importante aclarar que el texto de Gallo se ha convertido en una cita clásica en cuanto a la definición de la medicina familiar en el ámbito latinoamericano y español. Por otra parte el texto de Espinosa nos ha sorprendido por las similitudes en sus planteamientos y propuestas con la situación que actualmente vive la medicina familiar en el ámbito latinoamericano [2].

El pensamiento de Nicolette [1]

Yo no soy un médico internista. No practico la medicina interna.

Nicolette señala de manera subliminal que la medicina familiar es una especialidad “horizontal” y no vertical, el médico de familia no debe tener la intención de “cortar a los cuerpos humanos en

segmentos verticales etiquetando en cada rebanada un órgano o sistema” al contrario mi obligación es ver al paciente, al ser humano, completo en su integridad.

Yo no soy pediatra. Ni practico la pediatría.

Yo no divido la vida “arbitrariamente” por compartimentos cronológicos. Yo no me fundamento en la premisa de que nuestro crecimiento y desarrollo termina a los 18 años de edad. Puedo investigar la posibilidad de anemia en los chequeos (Child checks) de niño sano, pero no según las Guidelines de la Academia Americana de Pediatría (AAP). No, porque yo no conozco las guía de la AAP sino más bien porque sigo las de la Academia Americana de Médicos Familiares las cuales son diferentes. No son mejores ni peores, son diferentes y tan dispares como cualquier enfoque médico basado en evidencias.

Yo no practico la ginecología y la obstetricia.

No practico una “medicina basada en los genitales”. Yo no agacho la cabeza para estar “observando vulvas durante todo el día”. Yo no divido a las pacientes de acuerdo al tiempo que han comenzado, o se detiene su ovulación. Es en este punto el texto de Nicolette resulta realmente enfático. Yo atiende mujeres: “Whole women” en las que su capacidad reproductiva y el área de sus órganos genitourinarios no son más que “una pequeña faceta”. Yo observo varias facetas, que forman parte de una vida mucho más grande, compleja y significativa de la existencia de las pacientes de mi consultorio.

Nicolette, presenta una primera con-



clusión: Yo practico y siempre he practicado la medicina centrada en el paciente. Veo pacientes integralmente en su totalidad. Todos los pacientes que me visitan tienen un historial médico completo en mi clínica. Me acerco a mis pacientes no sólo por un motivo de consulta, o una enfermedad, o por estudiar una parte del cuerpo o de un sistema. No me pierdo en la violencia doméstica o sólo en el dolor pélvico de mi paciente. Yo trato de ver la totalidad de signos y síntomas de una enfermedad tiroidea (no soy extraño a la guía diagnóstica) pero mi lista también incluye cambios menstruales porque yo me entrené para estudiar integralmente a una mujer.

Observo toda la vida.

Aquí realmente identificamos un punto verdaderamente distintivo de la medicina familiar. Veo a la gente desde su complejo ciclo de vida "completo y continuo". Yo no hago el "screening" o tamizaje de hipotiroidismo sólo porque son etiquetadas como: "posmenopáusicas". En el caso de pacientes con hipotiroidismo comienzo la detección desde el nacimiento y en todos los bebés. Yo veo. Observo a los pacientes al igual que otros especialistas, pero los veo de otra manera. Trato de ver todo ¡¡completo!! lo complejo de los individuos de los seres humanos, sin límites de edad o sexo, personas que se integran por sus relaciones en sus comunidades y sus ambientes. Observo a la salud y a la enfermedad liberada de los libros de texto. Veo de otra manera. Yo practico la medicina familiar. Yo soy médico de familia.

El pensamiento de Espinoza [2]

Ante las observación resulta interesante citar a Espinoza Brito [2]:

"podemos afirmar que la medicina individual moderna comienza en el siglo XX. Sin embargo, durante muchos años sólo se concebía la práctica clínica total como: medicina general. El médico debía «saber de todo». Además, la mayoría de las veces solamente «acompañaba» de manera humanitaria a sus pacientes -lo que siempre ha sido muy valorado por los enfermos y sus familiares-, pues las terapéuticas realmente eficaces eran muy escasas".

En su recuento, Espinoza, afirma que al final del siglo XIX e inicio del siglo XX no se reconocían las que actualmente denominamos como especialidades médicas, que fueron surgiendo necesaria o casualmente, basadas en diferentes criterios: órganos, aparatos y sistemas, edades, sexos, enfermedades o tecnologías [2,5] El internista al igual que el médico de familia deberían ser considerados como los clínicos por excelencia y ejemplo vivo del médico en cualquier época histórica. Para Espinoza, las características que han provocado un deterioro en la medicina interna, creemos que podrían adjudicarse en igual magnitud y trascendencia a la Medicina Familiar.

1. Alejamiento progresivo de las Humanidades.
2. Predominio del paradigma biomédico en la práctica clínica.
3. Excesiva confianza en la tecnología que tanto ha progresado en los últimos decenios.
4. Exagerada preocupación por la práctica cotidiana, compleja e impredecible, pero poco reflexiva y, con frecuencia, dirigida por normas y orientaciones superiores. En otras palabras uso irracional de guías clínicas y manuales de procedimientos.
5. Proliferación acelerada del especialismo y de las especialidades médicas con mayor énfasis en el pensamiento analítico, y no en el desarrollo paralelo del generalismo con insuficiente profundización y reconocimiento de la síntesis.

Coincidimos con Espinoza en que en la denominada revolución científico-técnica de los últimos 50 años lo que ha evolucionado es la técnica y no propiamente la clínica. Lo que se ha vuelto obsoleto es la técnica antigua, no la clínica. Si alguna especialidad médica debería mantener la defensa a ultranza del método clínico en la evaluación de la persona sana o enferma, esa es, sin duda, la Medicina Interna y diríamos también la Medicina Familiar. La propuesta de Espinoza nos parece crucial: las especialidades médicas de «base ancha», como la medicina familiar, la pediatría, la geriatría, la epidemiología, la salud pública: debemos identificar nuestras fortalezas y debili-



dades en el futuro inmediato para para estar en condiciones de enfrentar un enemigo común tanto para la medicina interna como para la medicina familiar: un escenario constante de crisis, ambigüedad, incertidumbre, conflicto y adaptación.

El pensamiento de Gallo [3].

El Médico Familiar no es un terapeuta familiar

Según Gallo, el Médico Familiar es un clínico que entiende y asume la importancia trascendental de la familia sobre cómo y de qué enferman sus miembros, teniendo en cuenta su lado positivo, como recurso de la salud, y su lado negativo, como generadora de enfermedad y de conductas de salud erróneas. Reconoce que está en una posición privilegiada para detectar problemas familiares y valorará la intervención en función del problema encontrado y de su propia capacidad en esta área.

El Médico Familiar no es un epidemiólogo,

Según Gallo, el Médico Familiar es un clínico que reconoce la importancia de la epidemiología clínica y la utiliza en su práctica diaria, tanto en la atención individual y familiar como en la orientada a la comunidad.

El Médico Familiar no es un "agente de desarrollo comunitario"

Según Gallo, el Médico Familiar es un clínico que reconoce su responsabilidad sobre la salud de la comunidad en su conjunto, así como la importancia de la participación de ésta en sus pro-

blemas sanitarios para la mejora de su nivel de salud.

El médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social.

Para este autor, el médico familiar es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario que otros profesionales o especialistas que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de la edad, sexo y/o diagnóstico de los pacientes. Para ello, el médico de familia debe ser competente desde el punto de vista clínico para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes.

Concluimos esta breve reflexión con "la apuesta" que hace Espinosa: para la situación actual de la medicina interna y que nos parece es totalmente válida para la medicina de familia: Se requiere de una formación profesional sólida en todos los sentidos y de una vocación de servicio, de una entrega que tiene que nacer desde las propias «aulas universitarias» y de una actitud ejemplar en el desempeño de nuestras funciones en todo momento y lugar. A pesar de reconocer el alcance del desafío que enfrentamos -mantener el tesoro de la esencia misma de la clínica en un ambiente inestable y cambiante-, confiamos en el triunfo de lo mejor del ser humano para continuar avanzando en este camino, por el bien de todos.

REFERENCIAS

- (1) Nicolette JD. I am. Fam Med. 2004; 36 (7): 520.
- (2) Espinosa-Brito A. Medicina Interna ¿Qué fuiste, Qué eres, Qué serás? Rev Cubana Med. 1999; 38 (1): 79-90.
- (3) Gallo-Vallejo F. Grupo de trabajo de SEMFYC. Perfil Profesional del médico de familia. Aten Primaria. 1995; 16 (1): 5-6.
- (4) Irigoyen-Coria A. Diagnostico Familiar. 6ta Ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2000.
- (5) Ilizástigui F. Salud, Medicina y Educación Médica. La Habana: Ciencias Médicas; 1985.