

El modelo biopsicosocial y el «mercado de limones»

Sr. Director: El abordaje que hacen los médicos de los pacientes y sus problemas está influido por el modelo conceptual alrededor del cual se organiza su conocimiento¹. Así, un mismo problema puede ser percibido de forma muy diferente por un especialista biomédico tradicional y por un médico de familia (MF) con visión biopsicosocial (BPS) (tabla 1). Los MF tienen que pensar y actuar antes de disponer de toda la información biomédica teóricamente necesaria, pero tienen mucha in-

Palabras clave: Medicina de familia. Sistema sanitario. Modelo biopsicosocial.

formación BPS, lo que les permite enfrentar problemas de salud mal definidos y enfermedades en sus primeros estadios de evolución. En economía se ha estudiado la paradoja de la asimetría de información a través del análisis del mercado de los productos defectuosos^{2,3}. El vendedor de un automóvil de segunda mano (los coches de mala calidad son conocidos como *lemons*, «limones», en Estados Unidos) sabe, mucho mejor que el comprador, su estado real. La consecuencia a la que llega el comprador es que hay automóviles de buena y de mala calidad, y esto lleva a que se vendan más coches de baja calidad con un precio de salida menor. En el caso extremo, los automóviles defectuosos expulsarán

del mercado de segunda mano a los automóviles de mayor calidad. El nivel de información que tienen los distintos agentes distorsiona el mercado e impide su correcto funcionamiento, lo que origina un proceso de selección adversa. El sistema sanitario, en el ámbito profesional, funciona como un mercado de información asimétrica: el MF que trabaja con un modelo BPS llega a tener mucha más información relevante de su paciente que el médico hospitalario que trabaja con un modelo biomédico. El trabajo del médico hospitalario es fundamental y es adecuado que enfatice su marco biomédico al afrontar problemas graves seleccionados por el MF, pero en la práctica, esta situación de mercado con información asimétrica origina fa-

Visión biomédica	Visión biopsicosocial y multisistémica
1. Un bebé fue ingresado en el hospital por desnutrición e infecciones repetidas. Había evidencias de desatención materna y, así, se diagnosticó desnutrición e inmunodeficiencia secundaria La intervención consistió realizar una serie de pruebas para descartar otras causas de inmunodeficiencia e identificar agentes infecciosos en su organismo. Estas pruebas incluyeron múltiples análisis de sangre y punciones lumbares. Finalmente, el bebé murió ¿Las pruebas realizadas para aumentar la precisión diagnóstica contribuyeron a su muerte?	Un bebé fue ingresado en el hospital por desnutrición e infecciones repetidas. Había evidencias de desatención materna y, así, se diagnosticó desnutrición e inmunodeficiencia secundaria La intervención podría haber sido comenzar el tratamiento a partir de este diagnóstico, tratando al bebé con «atención cariñosa», y antibióticos si se precisaran para las infecciones
2. Una paciente de 52 años con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), control deficiente, obesidad y dolor en una pierna (neuropatía diabética) acude a un control. Tiene un hijo de 28 años que es toxicómano y ella tiene un comportamiento sobreprotector hacia él. La paciente no cumple la dieta. Se instaura tratamiento con insulina. Sigue con control deficiente y ganancia de peso. Se continúa aumentando la dosis de insulina para intentar controlar la glucemia. El médico ha intentado muchas intervenciones, incluidas la educación, la entrevista motivacional y los libros de autoayuda, y está completamente frustrado respecto a sus intentos de motivar a la paciente a afrontar el control de su diabetes. Está claro que es una paciente incumplidora El médico sube y sube las unidades de insulina, pero se mantiene el mal control. Se diagnostica resistencia a la insulina y se remite al endocrinólogo, quien añade metformina, pero el control sigue siendo malo...	Una paciente de 52 años con DM2, control deficiente, obesidad y dolor en una pierna (neuropatía diabética) acude a un control. Tiene un hijo de 28 años que es toxicómano y ella tiene un comportamiento sobreprotector hacia él. La paciente no cumple la dieta. Se instaura tratamiento con insulina. Sigue con control deficiente y ganancia de peso. Se continúa aumentando la dosis de insulina para intentar controlar la glucemia. El médico ha intentado muchas intervenciones, incluidas la educación, la entrevista motivacional y los libros de autoayuda, y está completamente frustrado respecto a sus intentos de motivar a la paciente a dejar la relación de dependencia con su hijo y afrontar el control de su diabetes La relación madre-hijo es disfuncional para ambos y como resultado ella desarrolla un estado de tensión crónica que desvía los recursos emocionales e intelectuales alejándolos de su uso para el control de su DM2 El médico de cabecera es consciente de esto y decide que simplemente el abordaje de su control metabólico no resolverá ese problema. Llevar al sistema familiar (que presenta un desequilibrio crónico) a un estado más estable podría incluir que ella cambiara su rol actual como madre. Hasta que no cambie su relación con su hijo, no será capaz de dedicar la energía suficiente a controlar su dieta, y eso podría permitir bajar las dosis de insulina necesarias actualmente
3. Una niña de 14 años presenta un traumatismo que ha tenido lugar mientras jugaba al baloncesto, con fractura de la rodilla, e ingresa en el hospital para cirugía. Cuando, después de la intervención, la visita el médico, la paciente muestra debilidad muscular en la pierna y se queja de una serie de síntomas generales (cansancio, sudación y dolor cervical). Cuando el médico le dice que no está haciendo sus ejercicios de rehabilitación, ella se enfada. El médico ve a la paciente hostil, poco colaboradora y desagrdecida tras una cirugía con éxito de una fractura de rodilla	Una niña de 14 años presenta un traumatismo que ha tenido lugar mientras jugaba al baloncesto, con fractura de la rodilla, e ingresa en el hospital para cirugía. Cuando, después de la intervención la visita, el médico encuentra una importante debilidad muscular en la pierna y los mismos síntomas generales. Después de excluir algunas de las causas principales de sus síntomas, la invita a que le cuente sobre el impacto de la intervención en su vida. Está pasando una situación crítica: tiene que dejar el baloncesto, que era un elemento importante en su vida, y perderá la base principal de su autoestima. Permitiendo la reflexión, aunque superficial, sobre su problema se logró una recuperación gradual de su enfermedad y regresó a la actividad completa El médico vio a una paciente con fractura de rodilla y una crisis vital

llos en las tomas de decisiones (tabla 1). El especialista hospitalario ve la enfermedad; el MF la ve, pero en su contexto. Para hacer un juicio clínico es preciso usar un modelo multisistémico que integre los distintos ámbitos de la enfermedad del paciente y permita la selección adecuada del camino por donde podría ir el tratamiento. Un médico con visión biomédica se concentrará en los niveles más bajos posibles de la organización sistémica (células, órganos), mientras que un médico con enfoque BPS se centrará en los niveles más altos posibles de la organización sistémica (familia, comunidad)^{4,5}.

El factor que puede corregir los «fallos» en las tomas de decisiones del sistema sanitario es la medicina de familia. Las autoridades sanitarias deben favorecer que el MF con visión BSP ejerza un papel más fuerte en el sistema. Aunque no estamos en 1970 y la medicina de familia no se siente ya como un catalizador de cambio social, sino como la parte desheredada del sistema, el modelo BPS proporciona un marco apasionante para corregir los fallos del mercado sanitario y favorecer acciones relevantes en el mundo real de la asistencia médica^{5,6}.

**José Luis Turabián Fernández^a
y Benjamín Pérez Franco^a**

^aMedicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Polígono Industrial. Toledo, España. ^bMedicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina, Toledo, España.

5. Engel GJ. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36 [accedido 1 Feb 2007]. Disponible en: <http://www.sciencemag.org/cgi/content/abstract/196/4286/129>
6. Edsall R. Can family medicine still catalyze social change? *Fam Pract Manag* 2007;14:8 [accedido 7 Feb 2007]. Disponible en: <http://www.aafp.org/fpm/FPM->

1. Sheldon M, Brooke J, Rector A. Decision-making in general practice. New York: Stockton Press; 1985.
2. Akerlof GA. The market for lemons. *Quality Uncertainty and the Market Mechanism*. *Quarterly J Economics*. 1970;84:488-500 [accedido 5 Feb 2007]. Disponible en: <http://ideas.repec.org/a/tpq/qjecon/v84y1970i3p488-500.html>
3. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. El proceso por el cual los médicos de familia gestionan la incertidumbre: no todo son cebras y caballos. *Aten Primaria* 2006;38:165-7.
4. Balner H, DeVries MJ, Engel GL, Goodkin IK, LeShan L, Lynch JJ, et al. A new medical model: a challenge for biomedicine? Amsterdam: Swets & Zeitlinger; 1990.