

Los límites prácticos y científicos de la Medicina General/de Familia en relación con otras especialidades médicas

M. Seguí Díaz

Médico de Familia. Unidad Básica de Salud Es Castell. Menorca.

"Modificar el pasado no es modificar un solo hecho; es anular sus consecuencias, que tienden a ser infinitas." (Jorge Luis Borges. El Aleph. La otra muerte. Alianza Ed. 2000)

¡No podemos saber todo de todo!, exclamaba un médico de familia-médico generalista (MF/MG) cuando se le planteaba en una lista de distribución de Atención Primaria (AP) que los médicos de cabecera atendieran también a los niños. Esta afirmación compartida por muchos MF/MG, a nuestro entender, tiene una doble lectura: por un lado, muestra un grado de resignación a que competencias genuinas del médico generalista hayan sido históricamente delegadas a otros profesionales en nuestro nivel, y por otro, la percepción de que a muchos médicos de familia les falta formación para atender lo que es por definición propio de su profesión.

Sin embargo, a esta sentencia, desde esta tribuna, interponemos una pregunta: ¿por qué si lo pueden hacer los médicos ingleses, canadienses, holandeses etc. con inmejorables resultados, no podemos hacerlo nosotros? ¿Qué nos diferencia? ¿Tal vez es que estamos peor preparados?

Pues, si quisiéramos aplicar los cuatro procesos centinelas: atención a niño sano, atención a la embarazada, atención a la diabetes de inicio en el adulto y atención a los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva que se utilizaron en un trabajo histórico en EE.UU. para comparar la actividad del MG/MF con los médicos especialistas (ME), sólo podríamos aplicar en España la mitad¹

La competencia profesional está relacionada tanto con la formación pre y postgraduada como con el grado de experiencia que tiene el MF/MG en la atención de los problemas de salud que se le presentan diariamente, hecho este que está a su vez condicionado por el tipo de organi-

zación sanitaria en la que trabaja el médico de familia. Una buena muestra de ello es la atención pediátrica en España.

Dicho de otro modo, que muchos MF/MG no sean competentes se debe a que la organización sanitaria les impide tener la formación y la experiencia suficiente para la atención de problemas de salud a los que artificialmente y por motivos no sanitarios se les ha dispuesto personal especialista específico. Y "la pescadilla se muerde la cola" cuando la formación de nuestros residentes de Medicina Familiar y Comunitaria está diseñada para crear médicos especialistas de Centros de Salud y no médicos de cabecera. De ahí que sea tan importante asumir más competencias porque afecta directamente a la formación y sobre todo a la organización del sistema².

No nos debe sorprender, por tanto, que la escasa formación pediátrica, o en el seguimiento de la mujer sana, induzca con amplio acuerdo de ambas partes, a que estas parcelas competenciales del MG/MF sean atendidas por especialistas.

Pero, ¿cuál es el profesional ideal para atender un determinado problema de salud? La contestación es clara: el más capacitado. Por regla general los especialistas son los profesionales sanitarios teóricamente más capacitados para atender las enfermedades específicas de su especialidad. Sin embargo, su atención presenta inconvenientes insalvables:

1. Problemas de equidad y de justicia distributiva que se produce cuando no existen las mismas oportunidades de atención para toda la población. Existen dificultades de acceso a la atención especializada en todos los países pues ninguno de ellos puede garantizar que el especialista se encuentre al mismo nivel que un médico de cabecera. A modo de ejemplo, es sintomático en nuestro caso que en actividades preventivas realizadas por los ginecólogos, como son las revisiones de cribaje de cáncer de cérvix, se generen importantes listas de espera. Listas de espera, una vez que las mujeres han sido concienciadas y hechas dependientes del nivel hospitalario, y que sirven para nutrir a una atención sanitaria paralela y privada.

Pues bien, el médico de familia, y la AP en general, aminora las desigualdades en la atención debidas a las dife-

Correspondencia:
M. Seguí Díaz
C/. Noria den Riera, 3.
07720 Es Castell. Menorca.
Correo electrónico: mseguid@meditex.es

rencias económicas, sociales, y culturales, y mejoran la salud; algo que no nos pueden dar los especialistas.

2. La falta de una visión holística/integral del paciente enmarcada en su personalidad particular, ambiente, familiar, social, condicionantes externos etc. ya que el especialista se fija más en la enfermedad que en la persona. Por ello los especialistas adolecen con frecuencia de continuidad, y casi siempre, de longitudinalidad en la atención. Buena muestra son las interacciones medicamentosas debidas a la comorbilidad, la pluripatología, manifestaciones de trastornos somatoformes, distocias sociales etc.

3. Problema de eficiencia y efectividad: el médico de familia al ser más cercano es más accesible y utiliza el mínimo de pruebas para llegar a los mismos resultados que el especialista. Se sabe que a mayor número de especialistas mayor es el gasto sanitario. Que existe una relación directa entre el número de médicos generalistas en una población y las tasas de hospitalización. Como que a mayor número de especialistas mayor utilización del sistema, no explicable por tener mayores necesidades de salud. Hecho observable en la atención pediátrica en España.

4. Y por último, un problema de yatrogenia al medicalizar situaciones, problemas de personalidad, al fijar diagnósticos por imágenes detectadas en pruebas que no tienen que ver con el problema consultado, al considerar a la persona como un enfermo en potencia etc.^{3,4}.

Al margen de esto, la verdadera pericia del MG/MF frente al especialista se encuentra en “separar el trigo de la paja” pues los problemas/necesidades en nuestro nivel no están definidos, son muchas veces vagos e inespecíficos, dado que son problemas en los que se imbrican muchos factores. El médico de MG/MF es diestro a su vez en el manejo de la incertidumbre del paciente utilizando el tiempo como un fiel aliado en la curación; por tanto, utiliza menos cantidad de pruebas diagnósticas y de medicación que el especialista. Y por último, aprovecha los múltiples contactos con el sistema para realizar una auténtica labor educacional en aspectos de prevención y promoción de la salud. Defiende al ciudadano del sistema y ejerce funciones de consejero, relación de agencia etc.³.

Pero en lo que es verdaderamente experto el MF/MG, que enlaza con el título de este editorial, es en el manejo y tratamiento de las necesidades de salud más frecuentes del ciudadano. Si somos expertos en lo frecuente, lo debemos ser en el seguimiento del embarazo, en el niño sano, en la atención al terminal, a la mujer menopáusica, al diabético, al hipertenso etc. Y si no lo somos se debe fundamentalmente a un problema generado por la organización del sistema sanitario en España^{2,3,5}.

Repasando la bibliografía nos damos cuenta de cómo influye la organización sanitaria en la práctica profesional del MF/MG y cómo no se encuentran diferencias que hagan superior al ME en el manejo de procesos/problemas de salud frecuentes frente al MF/MG. Así, si bien existen diferencias en la atención domiciliaria, hospitalaria, en la atención durante 24 horas, etc. según los países, no se encuentran ni en el seguimiento del embarazo, en el parto,

en la atención al lactante/niño/adolescente, en la mujer sana, fértil o menopáusica, en el terminal etc., ni en habilidades como cirugía menor, control de anticoagulación, infiltraciones etc. Mas, si no existen diferencias, el valor añadido que le da el MF/MG al manejo de la mismas (ya señalado anteriormente) le hacen sin discusión superior al ME^{3,6-13}.

Y es que no existen límites entre el MF/MG y el ME mientras haya una mínima frecuentación de los problemas que le haga mantener un mínimo de destreza en su manejo y mantenga una formación postgraduada continua^{3,5,14}.

Creemos que es estéril discutir sobre si la “calidad” debe anteponerse a la “cantidad de actividades a desarrollar”, o que asumir mayores competencias es “coger el rábano por las hojas, dar valor a lo periférico en lugar de a lo central”, pues pensamos que, tal como hemos expresado en la pregunta del inicio de este editorial, el MF/MG español no es diferente a sus compañeros de otros países, y que cantidad no tiene por qué ir en detrimento de la calidad si se disponen los medios y recursos adecuados. Pero, ¿qué es lo central? nos preguntamos. Y nos contestan lo que es la semiología específica del MF: “la enfermedad individual como expresión del contexto grupal disfuncional, salud mental, familia, comunidad, atención al anciano”; entonces nos damos cuenta de que hablamos de lo mismo, toda vez que para poder alcanzar esas premisas debemos poder atender al ciudadano en su integridad. De ahí que sea fundamental asumir más competencias^{15,16}.

Por todo ello, a renglón seguido de aquellos que afirman que “el marco actual está agotado”, afirmamos que la verdadera reforma, la “reforma de la reforma”, no se encuentra en modificar la gestión de nuestros centros para pretender hacerlos más eficientes, sino en hacer del generalista el verdadero centro del sistema: en modificar la organización para que el MF/MG pueda asumir todas sus competencias. Ésta es la única manera, el único camino para incrementar la satisfacción del ciudadano, mejorar la calidad en la atención, y para hacer un Sistema Nacional de Salud (SNS) efectivo y eficiente que cumpla con su misión de garantizar y mejorar el estado de salud de la población^{2,5,15-17}.

BIBLIOGRAFÍA

- Hulka BS, Kupper LL, Cassel JC. Physician management in primary care. *Am J Public Health* 1976;66(12):1173-9.
- Gérvas J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28:472-7.
- Starfield B. *Atenció Primària. Equilibri entre necessitats de salut, serveis i tecnologia*. Barcelona: Masson; 2000.
- Parchman ML, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. Department of Family Medicine, Indiana University, Indianapolis. *J Fam Pract* 1994;39 2):186-7.
- Ortun V, Gérvas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clínica* 1996;106:97-102.
- Boerma WGW, Broenewegen PP. GP home visiting in 18 European countries. Adding the role of health system features. *Eur J Gen Pract* 2001;7:132-7.
- Paterson JM, Allega RL, Shea P. Role of family physicians in hospitals. Did it change between 1977 and 1997? *Can Fam Physician* 2001;47:971-80.

8. Roberts RG, Bobula JA, Wolkomir MS. Why family physicians deliver babies. *Journ Family Practice* 1998;46(1):34-40.
9. Tucker JS, Hall MH, Howie P W, Reid M E, Barbour R S, Florey C du V, McIlwaine G M. Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians. *BMJ* 1996;312:554-9.
10. Noren J, Frazier T, Altman I, DeLozier J. Ambulatory medical care: A comparison of internists and family-general practitioners. *N Engl J Med* 1980;301(1):11-6.
11. Cherkin DC, Roseblatt RA, Hart G, Schneeweis R, LeGerfo J. The use of medical resources by residency-trained family physicians and general internists. *Med Care* 1987;25(6):455-69.
12. Fishbane M, Starfield B. Child health care in the United States: a comparison of pediatricians and general practitioners. *N Engl J Med* 1981;305:552-56.
13. Starfield B, Hoekelman RA, McCormick M, Mendenhall RD, Moy-nihan C, Benson P, DeChant H. Styles of care provided to children in the United States: A comparison by physician specialth. *J Fam Pract* 1985;21(2):133-8.
14. Palomoa L, Gervas J, García-Olmos L. La frecuencia de las enfermedades atendidas y su relación con el mantenimiento de la destreza del médico de familia. *Aten Primaria* 1999;23(6):363-70.
15. Turabian Fernández JL, Pérez Franco B. El futuro de la medicina de familia. *Aten Primaria* 2001;28(10):657-61.
16. Merino Romero J. Problemas acuciantes en atención primaria. Profundizando en soluciones. *Aten Primaria* 2002;29(7):455.
17. Bonal Pitz P. Competencia profesional del médico de familia en España. *Aten Primaria* 1999; 23 (supl 1): 61-5.