

El futuro de la Medicina General y Familiar

H. da Costa Machado

Diretor do Departamento de Medicina Familiar e Saude Ocupacional. Hospital Geral de Santo Antonio. Porto. Portugal.

El futuro de la Medicina Familiar depende de la definición de su papel en la sociedad contemporánea, fuertemente influenciada por las tecnologías. Ante los avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en general, ¿qué tiene la Medicina de Familia/General para ofrecer?, ¿qué papel tendrán los médicos generales en la sociedad?, ¿cómo hacer más eficaz la gestión de sus aptitudes?, ¿cómo aproximarlos a las nuevas tecnologías de la información?

La sociedad deberá ver en el médico de familia un médico personal, responsable de la gestión de sus problemas, activo en la prevención, además de eficiente en la cura de las enfermedades; un profesional indispensable a las personas, a las familias, a otros especialistas y a los servicios de salud en general, en el ámbito de las sociedades más desarrolladas.

EL PAPEL DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA

El papel de los médicos generales depende, en última instancia, de factores de orden político y profesional.

En términos profesionales, registremos el perfil del profesional del futuro:

Pone los intereses legítimos del paciente en primer lugar. Tratar no sólo las enfermedades, sino también el impacto causado en sus portadores.

Pesa la influencia de los factores comunitarios como determinantes de salud. Apoya el cambio de comportamientos cuando es necesario y moviliza a las personas hacia la prevención. Promueve la salud y previene la enfermedad antes de que aparezca.

Garantiza la continuidad de los cuidados, trabajando en equipo. Invierte en la continuidad; crea confianza y fortalece relaciones, volviéndose defensor natural de las legítimas expectativas de los enfermos y sus familias.

El razonamiento clínico en Medicina General/de Familia

El desempeño del médico de familia del futuro se asienta en un razonamiento marcado por la complejidad¹, y no se resume a la perspectiva tradicional de la lesión. Se completa con aspectos ambientales, psicológicos, genéticos y

ontogénicos. Los dos primeros aspectos son los pilares de la *fase de encuadramiento* (abstracción) que coloca el médico al lado del paciente, en un camino hecho por dos². El razonamiento clínico permite desarrollar estrategias de decisión, escoger acciones tan correctas como sea posible, después de sopesar los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas.

Esas estrategias exigen la aplicación de métodos explícitos capaces de confirmar diagnósticos, cuantificar pronósticos y valorar efectos terapéuticos en términos de coste-eficiencia. Aceptan la incertidumbre. Incluyen la medicina basada en la evidencia (*evidence, prueba*) apoyada por la epidemiología clínica. Sin duda, mejoran la calidad de la información referente a la fisiopatología y hacen el análisis de decisión más eficaz³.

Interesa situar la posición del médico de familia en este contexto. La evidencia científica trata de abstracciones; la precisión científica, aislada del valor de la relación médico-paciente, es ilusoria; no ayuda a resolver gran parte de las incertidumbres levantadas por los problemas de los enfermos y sus circunstancias. El juicio clínico del médico de familia del futuro exige más: tendrá en cuenta la individualidad expresada en un conjunto de valores subjetivos perennes, deberá decidir sobre las partes sin olvidar el todo; el *paciente* es el todo, siempre más que la suma de las partes. Servir sus mejores intereses implica ser capaz de emitir juicios clínicos abarcando toda la información posible. Tenemos que saber por lo menos tanto de las personas que nos piden ayuda como de sus órganos, y facilitar nuevos tipos de aprendizaje orientados hacia la complejidad ya desde la formación pregrada¹. La reflexión sobre nuestra experiencia a solas o con otros colegas (*peer groups*), ayuda. Hay, por ello, necesidad de construir nuevos paradigmas². “*Los pacientes observados en ambulatorio necesitan abordajes superiores a los tradicionales. Exigen comunicación empática, atención permanente, razonamiento lógico, ubicuidad y polivalencia. La respuesta a este desafío sólo parece posible, en la actualidad, recurriendo a la convergencia de la gestión de los datos clínicos con la cibernetica (cibernética, de hombre del timón, el que dirige, gobierna la embarcación). Lo designamos como Paradigma Convergente*”².

La estrategia de decisión, aplicada al diagnóstico, comprende cuatro fases sucesivas⁴. El encuadramiento (abstracción) genera el “perfil del paciente” y su entorno. Exige, desde luego, interacción personal, sentido ético y pericia en la comunicación con el enfermo, entender su

Correspondencia: Dr. Helder da Costa Machado.
Diretor do Departamento de Medicina Familiar e Saude Ocupacional.
Hospital Geral de Santo Antonio.
Largo Abel Salazar. P-4090-001.
Porto (Portugal).

mando y su idiosincrasia. En el transcurso de la construcción de hipótesis, proceso creativo iniciado por la anamnesis y el examen objetivo. El resultado se traduce en la selección de un determinado número de diagnósticos. Sigue a esto, el establecimiento de la prueba con base en la medicina basada en la evidencia (evidence)³. Finalmente, la inducción-establecimiento de la evidencia del/los cuadro/s clínico/s reconocidos en las clasificaciones internacionales. Cada hipótesis es confirmada o invalidada; en este último caso, el ciclo exige volver a su inicio.

El éxito de estas operaciones está en distinguir entre lógico e ilógico, fundamental y accesorio, previsible e imprevisible, cierto e incierto. Su eficacia depende de la disponibilidad, empatía y observación atentas. Todos estos factores, de diferente naturaleza, garantizan el uso eficaz del conocimiento.

La dinámica del encuadramiento. La implicación de los diversos factores

La dinámica del encuadramiento presupone "situar" al paciente en su medio (*Merleau-Ponty*). *Le Primat de la perception et ses conséquences philosophiques* (Verdier 1996), incluirlo en las decisiones que a él se refieren^{5,6}. Implica la personalización traducida en la geografía (dónde: ambiente y circunstancias, genograma/psicofigura), en su historia (cuándo: en una perspectiva biopatográfica, incluyendo los acontecimientos de la vida) y en el comportamiento (cómo). Esta interacción global entre biología y antropología se visualiza con simbología propia, representada en el registro médico². Facilita el razonamiento clínico y aumenta la eficacia de la estrategia de decisión en todas las fases de la atención; permite aplicar con naturalidad medidas de anticipación y prevención que retardan el período de latencia de gran parte de las enfermedades. Fomenta la autonomía y la participación, reduciendo la tendencia a la cronicidad. En términos económicos, la racionalización de los gastos y la eliminación de desperdicios acompaña las ganancias en salud. La calidad de vida, tanto de enfermos como de profesionales, tiende a mejorar. El futuro de la Medicina Familiar pasa por el encuadramiento y por el grado de autonomía adquirida por los usuarios de los servicios⁶.

En términos políticos, cabe a los gobiernos garantizar la calidad, hacer prevalecer el modelo europeo de justicia social, apostar por la prevención, educación para la salud e intervención comunitaria. La intervención política no se hará a capricho del perfil de los profesionales; se traduce en acciones de educación médica continua y de investigación.

Los factores de orden político tienen relación con la opción clara sobre la competencia entre unidades de salud, públicas o privadas, organizadas en una red. Estas unidades hacen referencia a las actividades asociadas a cuidados primarios, secundarios y terciarios, debidamente integrados. Para eso deben integrarse y comunicarse entre sí.

El poder político tendrá el mayor interés en patrocinar nuevas técnicas de gestión y, para ello, deberá estar por encima de intereses comerciales aislados y hacer buenas elecciones^{2,7}.

Los dos lados de la comunicación, la interpersonal y la comunicación de datos

El establecimiento de relaciones interpersonales eficientes con los pacientes y sus familiares, presupone aptitudes especiales de comunicación a desarrollar ya desde la facultad⁸.

La otra vertiente es la comunicación de datos a través de Internet y de la Telemedicina. Esta tecnología, en vías de expansión acelerada, favorecerá una práctica clínica independiente del tiempo y lugar.

El registro electrónico es la pieza central de información de cualquier sistema de salud, capaz de responder a las necesidades de los médicos generales de familia en particular. Es compartido por uno o más sistemas de ordenadores y permanentemente accesible. Contiene toda la información planeada relativa a una persona, estableciendo una frontera (sólo contiene información adicional sobre más personas si fuera relevante para el titular).

El registro electrónico permite comunicación amplia, retiene la integridad de los sistemas a través de la distancia y del tiempo. Respeta los parámetros éticos y médico-legales. No se reduce a léxicos, ya que, en el área de la salud, los vocablos no codifican todos los niveles ontológicos del conocimiento. No permiten la interoperabilidad semántica. Son necesarios elementos que organicen y ordenen la información para validar los datos y permitir el (*querying* [investigación no prevista]), proyectándonos para una nueva era del conocimiento⁷.

Una arquitectura de registros médicos electrónicos *normalizada* es, en este momento, el factor más importante en la mejoría de calidad de los cuidados de salud en cualquier país, región o continente.

– Permite la unión de los diferentes niveles de cuidados, a través de las instituciones y de los países, independientemente de la lengua.

– Beneficia la formación ayudando a los profesionales a aprender con su experiencia, con sus propios errores y los ajenos.

– Lleva a la utilización de registros de calidad y a compartir la información en ellos contenida, incrementando la conexión y facilitando las auditorías.

– Aproxima a los peritos a las decisiones, reduciendo así las pruebas innecesarias.

– Permite la monitorización de cuidados sujetos a principios éticos, médico-legales.

– Proporciona decisiones compartidas en tiempo útil y facilita las auditorías.

– Valora la investigación al permitir el cruce de datos sobre enfermedades y lesiones con datos de naturaleza psicosocial y genética (a partir del genoma), hasta ahora inviable².

La comunicación electrónica marcará la diferencia en el futuro. En menos de una década, casi todos los hogares de la Unión Europea (UE) dispondrán de ordenadores personales. Las dificultades de la población senil pueden ser parcialmente superadas en residencias o a través de familiares que sirvan como intermediarios.

Los médicos de familia dispondrán de más tiempo para resolver los problemas más sensibles de los pacientes, una

vez que las respuestas a otras necesidades (peticiones de análisis, renovación de medicamentos) se resuelvan por vía electrónica. Esto significa pasar de una relación ocasional, precedida por salas de espera, a una relación fluida orientada hacia prevención con beneficios a todos los niveles (racionalización de costes).

El futuro de la Medicina de Familia/General depende de la definición de su papel en la sociedad contemporánea, con marcada influencia tecnológica. El respeto por los principios éticos, el desempeño profesional y humano, el razonamiento clínico global del médico de familia, son aspectos centrales. La primera fase del razonamiento clínico, el encuadramiento, incluye factores subjetivos y objetivos de máxima relevancia para la estrategia de decisión, entre los cuales están los de naturaleza psicosocial; éstos deben estar representados en el registro electrónico bajo la forma de símbolos normalizados. Su contraste con datos tradicionales abre la especialización para altos niveles de investigación, prestigiándola⁹.

Los médicos generales saben que la ineeficacia en la práctica de cuidados, radica más en la falta de sistemas capaces de apoyar las mejoras inducidas por las recomendaciones de guías y protocolos, que en sus insuficiencias, que están dispuestos a corregir. Así, tienen derecho a esperar que las decisiones políticas las contemplen, no sólo a corto, sino también a medio y largo plazo. Estas decisiones deben contar con los médicos de familia, como principa-

les aliados. Tienen que ver con el apoyo a todos los niveles de formación¹⁰, con el refuerzo de la comunicación médico-paciente y con la institución, rápida y fundamentada, de las tecnologías unidas a la práctica de cuidados de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fraser SW, Greenhalgh T. Complexity science: Coping with complexity: educating for capability. *BMJ* 2001;323:799-803.
2. Machado H. Ciéncia e humanismo. Novo paradigma da relação médico-doente Almedina. Coimbra. 2003.
3. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg WMC, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. London (UK): Churchill Livingstone, 1997.
4. Lanzola G, Stefanelli M. Inferential knowledge acquisition. *Artificial Intelligence in Medicine* 1993;5(3):253-68.
5. O'Connor AM, Légaré F, Stacey D. Risk communication in practice: the contribution of decision aids *BMJ* 2003;327:736-40.
6. Vázquez FL, Galán JC, Cortés C, Rodrigo S. Reflexiones en medicina de familia. Repercusión en atención primaria de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente. *Aten Primaria* 2004;33:28-30
7. http://www.openehr.org/cgi-bin/document_list
8. Vídeos e CD ROMs em inglês e castelhano. Robert Buckman. Toronto. Medical Audio Visual Communications Inc.
9. García Criado EI. Tema central: Investigación en Atención Primaria. *Semergen* 2001;27:190-211.
10. Moral RR, Rodríguez JJ, Epstein R. ¿Formación continuada? ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes? Reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Aten primaria* 2003;32: 596-602.