Localizador web
Artículo 179.390

Marco competencial de los médicos de familia: ¿clínicos o personas?

Benjamín Pérez Franco[a] **y José Luis Turabián Fernández**[b]

La competencia clínica, básica en medicina de familia (MF), de «comprender que nos ha tocado un cupo de 6.500 millones de personas interconectadas… y sigue creciendo» requiere las capacidades personales de conciencia sistémica y cooperación.

Comprender que el ser humano es complejo (interconectado) y multidimensional, así como complejos y multidimensionales son los determinantes de la salud, requiere conciencia sistémica (comprensión personal de que toda la existencia está interconectada en una red cuyos nodos se deben justicia recíproca si tienen conciencia de ello)[1-3].
Si nos centramos en las interrelaciones entre las partes más que en las cadenas lineales de causas y efectos, ¿hasta dónde llega nuestro cupo de pacientes?; ¿quiénes tienen cabida en sus genogramas? Nuestra conciencia sistémica y también nuestra generosidad para admitir la participación de diversos actores (que producirán diagnósticos, pronósticos y tratamientos diversos, así como una variabilidad clínica justificada) con los que negociar –en un proceso personal de cooperación-tutoría– nos permitirá seleccionar apropiadamente el contexto biopsicosocial –familiar y comunitario– que resulte significativo en un proceso clínico individual dado. Las interacciones potenciales de nuestros pacientes abarcan los más de seis mil millones de habitantes de la Tierra[4,5].

[a]Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. Toledo. España.

[b]Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Polígono Industrial. Toledo. España.

Correspondencia:
B. Pérez Franco.
Ceubia, 36. 05400 Arenas de San Pedro. Ávila. España.
Correo electrónico: bperez1@nexos.e.telefonica.net

Manuscrito recibido el 24-9-2006.
Manuscrito aceptado para su publicación el 27-9-2006.

Una versión de este texto se presentó en el XXVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria celebrado Valencia del 15 al 18 de noviembre de 2006.

Palabras clave: Medicina de familia. Competencia clínica. Humanidades. Teoría de sistemas. Ecología.

Puntos clave

- Comprender que el ser humano es complejo y multidimensional requiere conciencia sistémica y comprensión personal.
- El médico de familia debe aprender a gestionar las incertidumbres y a reconocer las limitaciones.
- La principal enfermedad profesional del médico es la "sordera", es decir, la falta de empatía-generosidad hacia el mundo ordinario del paciente.
- Más que en aprender muchas más cosas, la eficacia del razonamiento clínico reside en aprender a relacionar las que ya sabemos.

La competencia clínica, básica en medicina de familia, de «saber que dividir un elefante por la mitad no genera dos elefantes pequeños» requiere, además, adaptabilidad, generosidad y confiabilidad.

Como los sistemas humanos son infinitamente complejos, no podemos comprenderlo todo (ni dividiéndolo en partes); tenemos limitaciones cognitivas. Y de ahí la temida incertidumbre en la medicina de familia. Su abordaje desde la conciencia sistémica implica unas diferencias paradigmáticas con el método científico convencional (tabla 1)[6-8]. Mediante adaptabilidad (apertura y flexibilidad en la utilización de las situaciones de cambio), empatía-generosidad y confiabilidad (autenticidad, honestidad y prudencia), podremos entrar en la compleja vida cotidiana de los pacientes y rebajar la tensión en la toma de decisiones.
La división de las disciplinas imposibilita coger lo que está tejido en conjunto por lo que, para mantener esta visión sistémica se precisa, cada vez más, un médico generalista. Pero un generalista que no sume disciplinas, sino que interconecte los conocimientos más significativos de cada una de ellas y, lo que es más importante aún, que estudie y valide sus postulados desde la luz de lo global.

TABLA 1 **Soluciones al problema de la incertidumbre clínica en medicina de familia**

Solución «científica»	Solución sistémica
Aproxima el zoom a la realidad para dividirla en fragmentos más manejables con el intento de comprenderla mejor	Reducir la sobrecarga de información centrándose en relaciones significativas
Dicotomía cierto/falso	Dado que no hay soluciones únicas para los problemas complejos, no existen el acierto ni el error absolutos en el médico ni en el paciente
Epidemiología lineal: marcados puntos de inicio y final en los procesos mórbidos y sus tratamientos	Las redes complejas de contextos dinámicos, por definición, no tienen punto final (momento sin cambio). Es una ilusión hablar de enfermedades agudas (son fotogramas de una película). Todos los tratamientos son a la vez etiológicos y sintomáticos. El verdadero sentido de la «atención continuada» en atención primaria es ver que los problemas de salud de un paciente no tienen solución de continuidad
Valoración normativa de la salud: «mala y buena según el médico»	Los dilemas no son «problemas» sino transiciones. Es decir, cambios en donde nos movemos de una etapa a otra. Curar es facilitar el desbloqueo de una situación. El énfasis, pues, no debe estar en el resultado final (no existe), sino en facilitar en el paciente el enriquecimiento significativo de las interacciones en cada transición de los problemas de salud

La competencia clínica, básica en medicina de familia, de «no tener motivos de sonrojo cuando declaramos que "el paciente es el centro del sistema sanitario"» requiere, además, capacidad de compromiso, autoestima y autocontrol.

Según nuestra conciencia sistémica, estar conectado con otros es parte de la definición de ser humano. La degradación de esa conexión es precisamente la enfermedad. Lo primero que el médico puede hacer por su paciente, entonces, es conectarse con él (empatía-generosidad): «estar con», «meterse en la piel del paciente», «acompañar»…
Para ayudar a un paciente de persona a persona (no de objeto a objeto), el propio profesional se debe convertir en el instrumento terapéutico, en vez de ser el portador de esos instrumentos (cooperación-tutela).
Para que la curación sea curación es preciso que resulte tal para quien presenta el problema que curar. La enfermedad profesional principal del médico es la sordera (falta de empatía-generosidad) al mundo de la «vida cotidiana» (el mundo ordinario del paciente). La empatía y la generosidad son competencias personales que implican una visión amorosa (que enlaza)[9] para recuperar los vínculos perdidos de los problemas de salud entre sí y de éstos con la vida, a la vez que refuerza el verdadero sentido de la accesibilidad en atención primaria (AP): no tener nunca que decir «este problema no me incumbe». Facilitar que el paciente se comunique (cooperación-tutela) y cambie sus significados puede ser nuestra contribución a un diagnóstico y un tratamiento significativos.
El médico «participa» de un sistema sanitario «enfermo» en el que los mal llamados «trastornos somatomorfos» y los trastornos «de cura difícil» se abordan con más fármacos, más pruebas, más derivaciones y más tecnología que ocasiona, además de consumismo sanitario que sólo reporta beneficios económicos a determinados actores, *burnout* en el médico, falsos positivos y efectos secundarios en los pacientes, logrando que en Estados Unidos sea la iatrogenia la tercera causa de mortalidad[10].
Es necesario mucho compromiso[11] con la profesión, la especialidad y la institución sanitaria para identificar la racionalidad de lo que hacemos –autoconciencia– de nuestra participación en las asunciones de la organización[12] y mucha autoestima (¡a ver quién se atreve!), adaptabilidad y autocontrol (¡a ver quién puede!) para cambiarlas. Comunicar la «vida cotidiana» de los pacientes al sistema sanitario reclamándole que «humanice» sus decisiones puede ser nuestra contribución a la cura del sistema.

La competencia clínica, básica en medicina de familia, de «comprender que los médicos de familia sabemos más de lo que creemos» requiere, básicamente, conciencia sistémica.

La eficacia del razonamiento clínico generalista no reside en la elaboración de conocimientos cada vez más sofisticados, sino cada vez más contextualizados, por lo que no es preciso que los MIR y los MF aprendamos muchas más cosas, sino que aprendamos a relacionar las que ya sabemos. Para las siguientes generaciones de médicos de familia y programas de la especialidad correspondientes, tendríamos que, en lugar de sumar contenidos, plantearnos 3 líneas maestras: *a)* interconectar las disciplinas médicas desde sus nodos más significativos; *b)* inducir (mediante investigación teórica y experimental) leyes generales (lo específico de la MF) desde las que contextualizar el conocimiento especializado y, *c)* potenciar las competencias clínicas y personales (coinciden) más apropiadas para el médico de familia, especialmente la generosidad y la conciencia sistémica.

Bibliografía

1. Margulis L, Sagan D. ¿Qué es la vida? Barcelona: Tusquets; 1996.
2. Capra F. The web of life. New York: Anchor Books; 1996.

3. Bertalanffy LV. General system theory. New York: George Braziller; 1975.
4. Pérez Franco B. Ecología, salud y medicina de familia. Dimens Hum. 2002;6:135-41.
5. Turabian JL. Pensar ecológicamente. El concepto de vida y las intervenciones médicas. Dimens Hum. 2002;6:113-5.
6. Wilson T, Holt T. Complexity and clinical care. BMJ. 2001;323:685-8.
7. Turabian JL, Pérez Franco B. La variabilidad es un indicador de buena gestión clínica en medicina de familia. Aten Primaria. 2006; 37:160-4.
8. Rogers CR. On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin; 1961.
9. Rogers CR. A way of being. New York: Houghton Mifflin; 1995.
10. Starfield B. Is US health really the best in the world? JAMA. 2000;284:483-5.
11. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter project of the ABIM Foundation, ACPASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Ann Intern Med. 2002;136:243-6.
12. Epstein RM. Mindful practice. JAMA. 1999;282:833-9.