

Archivos de Medicina Familiar

Volumen **6**
Volume

Número **2**
Number

Mayo-Agosto **2004**
May-August

Artículo:

Los cuatro pilares de la medicina de familia

Derechos reservados, Copyright © 2004

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Los cuatro pilares de la medicina de familia

Four basic principles in Family Medicine

González-Blasco P.*

La medicina de familia es la práctica médica centrada en la persona, no en la enfermedad. El médico de familia es el médico personal, el *médico de cabecera* como se le llamaba en otras épocas. En esos tiempos la medicina tenía que ser así o no era medicina. No había entonces otros recursos para atender al paciente, ni tecnología que nos pudiera distraer del enfermo para centrarnos en la molestia. Los tiempos mudan, el progreso técnico evoluciona, pero el espíritu de la medicina de familia permanece. No obstante, ahora se hace necesario explicar —para enseñar y aprender— lo que antes se intuía y se practicaba de manera espontánea. La medicina de familia tiene ahora la obligación de volverse explícita, de presentarse como ciencia con las credenciales que le confieren su cuerpo propio de conocimientos, sus métodos, y sus líneas de investigación. No basta la intuición o el sentido común. Hay que abrirse camino para —en versión moderna y actual— promover el protagonismo del paciente frente a la enfermedad. En esta sublime misión la medicina familiar se engrandece y define su identidad que es, hoy como siempre, estar al servicio del enfermo, de la persona.

“El médico de familia no es el médico de su estómago, ni de su depresión, ni de su diabetes, ni de su artrosis. Cuida de todas estas cosas, pero es algo más. Es... su médico”. Esta sencilla frase con la que nos colocamos a disposición de nuestros pacientes es tal vez la definición más clara de lo que somos y de lo que hacemos. Algo que el paciente entiende en la primera oportunidad, que busca con más o menos conciencia —que necesita y que se resiente cuando le falta— sin que le sirva de consuelo la técnica más moderna o el más destacado progreso médico.

La medicina de familia se afirma como especialidad moderna en su afán por recuperar el personalismo en la actuación médica. Incorpora el progreso científico, certificado por las evidencias de calidad, lo asimila y digiere para llevarlo, en lenguaje comprensible, hasta el paciente, hasta su paciente. Porque lo que más caracteriza la actuación del médico familiar no son las molestias que trata, sino las personas a las que cuida. *Una conciencia frente a una confianza*, reza un viejo

refrán; el paciente deposita su confianza en nosotros, y para honrarla, bueno será reflexionar brevemente sobre nuestra misión. Esa reflexión fortalecerá nuestra identidad y tomará transparente el contenido de la ciencia que practicamos. Es una reflexión que transcurre por lo que podríamos llamar *los cuatro pilares de la medicina de familia*. Son las bases teóricas y, al mismo tiempo, el campo preciso de actuación; son las condiciones necesarias para que la práctica llevada a cabo sea, de hecho, verdadera medicina de familia.

“¿Doctor, qué síntoma debería sentir para que usted me consulte?” —me preguntó cierta vez una señora en los pasillos de un ambulatorio público— “puede usted consultarme sobre lo que quiera. Cuidamos de personas. No se preocupe por los síntomas” le respondí de inmediato. Eso es, en lenguaje popular, lo que llamamos *Atención primaria*, el primero de los pilares de nuestra reflexión.

Atención primaria es la puerta de entrada al servicio de salud, el primer contacto del enfermo que, sin saber lo que tiene, necesita a un médico que le cuide y oriente. Como decía un viejo profesor, somos los médicos del “sentirse mal”. Cuando las personas tienen dolor de cabeza consultan al neurólogo; si sienten dolor en el pecho, buscan al cardiólogo; y el traumatólogo es consultado cuando el dolor es en la espalda, o quizá el reumatólogo. Pero si se sienten mal... nos consultan a nosotros. Basta sentirse mal o quizá estar con miedo de sentirse mal; o bien estar asustado porque un conocido se sintió mal.

Estar abierto para cualquier consulta y con disposición para “lo que va a entrar por esa puerta”, como decía un colega también médico de familia, no es una simpleza sino la postura correcta para actuar competentemente en Atención primaria. Sabemos que las cosas comunes son corrientes, y las molestias raras se presentan muy de tarde en tarde. También sabemos que los síntomas iniciales de lo complejo y lo sencillo se entrelazan y confunden al inicio de las enfermedades. Nos sentimos confortables tratando y cuidando, al tiempo que esperamos la evolución sindrómica, sin que nos inquiete la falta provisional de diagnóstico o el retraso de unos análisis y la precisión anatómopatológica. Hay quien no considera actuar sin tener el diagnóstico, o piense que es peligroso para el enfermo. “Usted dice que casi la mitad de los enfermos que le consultan la primera vez salen sin diagnóstico —me dijo un estudiante cierta vez— ¿eso es muy peligroso, no?” No me dio tiempo de contestar; lo hizo un compañero, médico de familia con experiencia que estaba a mi lado: “No te creas, joven, lo peligroso es colocarle el diagnóstico a la primera”.

* Doctor en Medicina. Fundador y Director Científico de la SOBRAMFA-Sociedade Brasileira de Medicina de Família. Miembro Numerario de la Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar AC.

Diagnóstico secuencial, ponderación sindrómica, o como dicen los anglófonos *watchful waiting*, una espera atenta, cariñosa y “científica” a la vez, donde observamos la evolución de la molestia mientras vamos conociendo a la persona que nos orienta al diagnóstico correcto y a la terapéutica eficaz. Medicina centrada en la persona, sabiendo que conocerla es tan importante —a veces más— que conocer la molestia que la persona padece. Relación médico-paciente clara, disposición de ayudar y comprender el universo del enfermo en todas sus variables, teniendo conciencia de que la enfermedad que afecta cuerpo y mente, es también afectada por las circunstancias familiares y sociales que cristaliza, con expresión única en aquella persona, en *aquel enfermo*. La enfermedad es siempre de la persona, de *aquella persona*.

¿Cómo se enseña la clínica? Podríamos formular esta interrogante contemplando el panorama absolutamente fragmentado de la educación médica universitaria. La pregunta nos introduce en la segunda cuestión que contribuye a definir nuestra identidad. La *Educación médica* es el segundo pilar sobre el que se apoya la medicina de familia. Los motivos históricos son claros y comprensibles cuando se piensa en el proceso de instalación de la medicina familiar como ciencia y como especialidad. La construcción académica de un nuevo paradigma de práctica médica —centrada en la persona, no en la enfermedad— requirió para poder conquistar credibilidad en el ámbito médico universitario, pensar en el proceso educacional y solicitar la colaboración de educadores y pedagogos. Esta colaboración estrecha, que en varios países cristalizó en la constitución de Sociedades de Profesores de Medicina de Familia (cfr. www.stfm.org) ha configurado al médico de familia como un educador que piensa en primer lugar en el modelo médico que su especialidad propone, pero también en el proceso educacional del alumno de medicina, tornándose así en un colaborador importante en la formación integral de los futuros médicos. Basta consultar las publicaciones especializadas en educación médica para ver que los médicos de familia ejercen un importante protagonismo en este tema. Muchos son los frutos que se aprecian en la estrecha colaboración entre la medicina de familia y las cuestiones relativas a la educación médica. El médico de familia ve al paciente, —antes de ver la molestia—, porque es el paciente la clave que orienta su acción médica. Igualmente es el alumno —con sus expectativas, dilemas, dudas, y proceso de aprendizaje— el que orienta al médico de familia como profesor. Así, en el caso del aprendizaje basado en problemas —cuya mejor versión es el paciente real, colocado en contacto con el alumno— el profesor como modelo estimula el potencial vocacional en el alumno, la atención para la educación afectiva del estudiante, el ejemplo simultáneo de como se realiza la actividad clínica con competencia y ética, con ciencia y arte; saber enseñar mientras se efectúa la práctica, el integrar los diversos conocimientos médicos, se constituyen en un terreno adecuado donde el médico de familia se desenvuelve como profesor.

Lo que se inició hace más de 30 años como una necesidad para conquistar credibilidad y mostrar seriedad académica de una nueva especialidad es actualmente condición *sine qua non*, un verdadero consenso. No se puede, hoy día, ejercer la medicina de familia en el ámbito universitario sin pensar

en la educación médica. La convivencia de profesor y alumno, en el ámbito de la medicina familiar, se ha hecho tan estrecha como la del médico con sus pacientes. Descuidar este aspecto privaría a las facultades de medicina de la importante colaboración de quien es un educador genuino y pondría en riesgo no sólo la continuidad de la medicina de familia como especialidad, sino su propia identidad, su compromiso educacional. Fácilmente se comprende el paralelismo que existe entre el paciente y el alumno para el médico de familia —como médico y como profesor— cuando se recuerda que el objetivo de su actuación es la persona, el ser humano. Esta *mirada antropológica* —practicando la actividad clínica y enseñando— introduce el tercer pilar de la Medicina de Familia en nuestra reflexión: el *Humanismo médico*.

Humanismo no es dar soluciones filosóficas a las enfermedades, como una fuga de la competencia científica. Humanismo no es cultivar un diletantismo que adorne superficialmente, una práctica médica tecnicista; humanismo es, antes que nada, tener presente de modo práctico y real que el objeto de la actuación médica es un ser humano, una persona, *aquella persona*, única e irrepetible. Y para no olvidar esto, y para conocer mejor la persona en su riquísimo espectro, el médico de familia utiliza todos los recursos necesarios que le permiten un mejor conocimiento del ser humano. Por eso, cultivar las humanidades no es un apéndice cultural, o un *hobby*, sino una verdadera necesidad, como lo son también los diversos conocimientos técnicos actualizados.

La palabra humanización está de moda. El deseo que anima las continuas campañas de humanización en hospitales, clínicas y servicios de salud es probablemente sincero. Pero con frecuencia falta la ciencia que construya una humanización real, verdadera, sustancial sobre la actuación médica. Se adoptan soluciones superficiales que ornamentan el ambiente pero no llegan hasta el núcleo de la persona, del enfermo, quien no se siente cuidado ni individualizado. No se compensa la falta de atención y de interés con *música ambiental*, plantas exóticas o atractivas pinturas en las paredes del consultorio. Las soluciones “*fast-food*” de humanización que se ofrecen al enfermo a cambio de comprensión y hasta de educación, se vuelven ridículas, cuando no ofensivas.

El humanismo es una actitud innata a la profesión médica. Un médico sin humanismo es un “ente” muy próximo a lo que se podría denominar “mecánico de personas” por muchos títulos que posea. El conocimiento científico no le habilita automáticamente para cuidar a quien —por ser vulnerable a causa de la enfermedad— posee especial sensibilidad para juzgar estas actitudes. El enfermo nunca podrá ponderar científicamente al médico que le atiende, ni será capaz de evaluar su saber técnico. La única evaluación que el paciente hace del médico —y en esto es absolutamente certero— es sobre su estatura como persona, es decir, su capacidad humanista.

El humanismo no es privilegio de la medicina de familia, ni ésta reclama el monopolio de la humanización, debe ser practicada por todos los médicos y transmitida a los estudiantes, profesionales del futuro. Si un especialista en medicina familiar es evaluado por sus pares será en función de las competencias específicas que debe tener. El médico de familia —lo será fundamentalmente— por su capacidad para relacionarse con sus enfermos. En otras palabras, el humanismo que es recomendable a todos los médicos, es condición de so-

breviencia para el médico familiar. El carecer de humanismo es sinónimo de incompetencia. Así como se exige actualización en los diversos conocimientos médicos también se debe exigir un permanente crecimiento en la dimensión humanista. Si los especialistas tienen que gastar tiempo actualizándose en nuevas técnicas, el médico de familia tendrá que invertirlo en construirse como humanista. El médico de familia se “construye” en la reflexión humanista, como experto en su capacidad para relacionarse, como conocedor del ser humano que con frecuencia enferma y debe ser cuidado. El carácter reflexivo de la medicina de familia es una marca registrada que se acopla al tercer pilar de esta reflexión. El médico de familia debe practicar lo que con acierto se ha denominado “ejercicio filosófico de la profesión” la cual favorece el conocimiento propio, que se constituye en una dimensión profunda del verdadero humanismo. No se debe olvidar que el *otro*, el paciente, es un ser humano, es necesario recordar que *yo*, médico, soy humano y no puedo ni debo abdicar de semejante condición. El ejercicio filosófico de la profesión es lo que los pensadores anglofonos denominan *Reflective Practitioner*, otro de los trazos característicos del médico de familia.

La actitud reflexiva que fomenta el conocimiento propio nos conduce hasta el cuarto pilar de nuestra reflexión: *la formación de líderes*. Instalar un nuevo paradigma de atención médica implica contar con líderes, esto es, con formadores de opinión, con elementos que sepan crear, soñar, ejecutar y convocar seguidores en torno de un ideal. El liderazgo verdadero comienza por uno mismo, supone ser líder de sí mismo, conductor de su destino, saber ¿Quién soy?, ¿Qué quiero?; es condición imprescindible para arrastrar a otros e implantar ideas nuevas. Necesitamos líderes para poder construir la medicina de familia con seriedad. Líderes que tengan orgullo de ser lo que son, médicos de familia, por opción vocacional, porque esa fue su decisión profesional. No se puede construir nada serio y duradero con material de derribo, con restos. No se puede construir la medicina de familia con quien no la escogió, sino que se encuentra en ella por falta de otra opción, porque no consiguió ser “especialista”. La medicina centrada en la persona que nuestra especialidad propone no puede apoyarse en una práctica generalista inundada de sentimientos de frustración de quien quería ser “especialista” y no pudo serlo.

Liderazgo significa entender la grandeza de la misión que tenemos encomendada. Cuidar de personas, en todo el espectro riquísimo que el ser humano nos ofrece, además de ser testigos cualificados de historias de vida, estas circunstancias no pueden convivir con sentimientos de mediocridad. Necesitamos crecer, cualificarnos, mostrar competencia profesional, seriedad científica. Necesitamos establecer centros de excelencia en formación continuada, proyectar a nuestros investigadores, publicar los resultados de nuestros trabajos venciendo el conformismo o la dificultad de traducir en parámetros mensurables lo que, con emoción, comprobamos diariamente: que hemos conseguido hacer diferente la vida de las personas que cuidamos. Necesitamos formar profesores que enseñen en la Universidad, que sean modelos reales y que, entusiasmados con su profesión —sabiendo lo que son y lo que quieren— despierten entre los estudiantes liderazgos futuros y la continuidad vigorosa de nuestra especialidad.

Liderazgo es saber convivir con todos, agregar valores, ser positivos, promover la ciencia médica al servicio del enfermo, ya que es ése el verdadero sentido de la profesión; aglutinar los conocimientos, promover la salud y tornarla accesible a todos, sin distinción de raza, credo o cultura. Es evidente que para ejecutar todo esto —y, sobre todo, para permitirse soñarlo antes— son necesarios líderes que tengan un entusiasmo apasionado por la medicina de familia, que hayan sabido hacer de ella una opción de vida. Algo que alcanza una distancia infinitamente mayor que los compromisos políticos o las gestiones administrativas, universo gris donde, por falta de líderes adecuados, son sepultados los verdaderos ideales de la medicina familiar. Porque reducir la medicina de familia a políticas de sanidad o programas de salud pública es amputarla en lo que tiene de más genuino: el cuidado de la persona. Y si los médicos familiares pueden capacitarse para cuidar de comunidades es porque antes, y en todo momento, saben cuidar de cada una de las personas que componen esa comunidad. Primero lo individual, la persona; después, sólo después, lo colectivo.

Los cuatro pilares de la medicina de familia —*Atención Primaria, Educación Médica, Humanismo y Formación de Líderes*— son simultáneamente apoyo y norte de acción, bases teóricas que garantizan la identidad de los valores y estrategias de actuación; son combustible y engranaje que permiten el funcionamiento de lo que con expresión feliz se ha denominado *idealismo práctico de la medicina de familia*. Un idealismo hecho realidad que encuentra en la persona —paciente, alumno y médico que se auto-construye con sabiduría humanista— su punto de convergencia. Un idealismo práctico que es antropología activa; ciencia y arte, privilegio para los que somos llamados a practicarla.

Bibliografía

- Blasco PG. Medicina de Familia & Cinema: *Recursos Humanísticos na Educação Médica*. Ed. Casa do Psicólogo, São Paulo. 2002.
- (<http://www.hottopos.com/videtur22/pablo.htm>) Blasco PG. Medicina de Familia: Ciência e Arte com Metodologia Acadêmica. Videtur 2003; 22.
- Bogdewic S. Practical Idealism: A Blueprint for Caring. *Fam Med* 2000; 32(6): 372-5.
- Improving Health Systems: *The Contribution of Family Medicine*. A Guidebook. (Collaborative Project of the World Organization of Family Doctors-WONCA & World Health Organization-WHO).
- Irigoyen CA. *Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar*. 2ª Ed. México: Medicina Familiar Mexicana. 2004.
- McWhinney I. *A textbook of Family Medicine*. New York. Oxford University Press. 1997.
- McWhinney I. The importance of being different. Part I: The marginal status of family medicine. *Can Fam Phys* 1997; 43: 193-195. Part II: Transcending the mind-body fault line. *Can Fam Phys* 1997; 43: 404-406.
- Roncoletta A, Moreto G, Levites M, Janaudis M, Blasco P, Leoto R. *Princípios da Medicina de Família*. SOBRAMFA. São Paulo. 2003.
- Stange K, Miller W, McWhinney I. Developing the knowledge base of family practice. *Fam Med* 2001; 33(4): 286-297.
- Stewart M, Belle BJ, Wayne WW, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. *Patient Centered Medicine: transforming the clinical method*. Sage Publications, Inc. California. 1995.