



REFLEXIONES EN MEDICINA DE FAMILIA

Buscando el paraíso. La historia de una isla fantasma: la medicina de familia en España

Looking for paradise. The history of a ghost island: family medicine in Spain

José Luis Turabián^{a,*} y Benjamín Pérez Franco^b

^aCentro de Salud Polígono Industrial, Toledo, España

^bCentro de Salud La Estación, Talavera de la Reina, Toledo, España

Disponible en Internet el 2 de abril de 2009

Buscando el paraíso

¿Los sueños siempre serán sueños? En la película *La Vallée* (1977), del director francés Barbet Schroeder, con la música de Pink Floyd y una hermosa fotografía de Néstor Almendros, se cuenta en clave lírica la historia de una expedición que busca el paraíso en un valle que no está en los mapas; suponen que el paraíso debe de estar allí, oculto por las nubes en ese valle. Para algunos, la historia ilustra el resultado de la dedicación ciega a una fantasía idealista: descubrir un paraíso escondido.

El devenir de la medicina de familia: la historia de una isla fantasma, una isla emergida y luego desaparecida

Pretender que exista y se desarrolle la medicina de familia (MF) en España en la situación actual parece que es como buscar el paraíso en el valle cubierto siempre por la nube de la película *La Vallée*. ¡Pero hubo un tiempo en que parecía que existía! Sí, es posible, pero tal vez nos pasa como a las islas oceánicas: casi todas son de origen volcánico, y con el tiempo el destino de la isla suele ser hundirse, dejando una huella —una barrera coralina— que

da lugar después, cuando la verdadera isla volcánica ha desaparecido bajo la superficie del agua desde hace muchos millones de años, a un fino anillo emergido que traza el rastro de la costa de antaño: un atolón.

La MF en España primero emergió con fuerza —volcán en medio del océano—, allá por los años ochenta, pero va desapareciendo lentamente —a la velocidad con que se mueven los continentes— y tal vez dejando una señal —la barrera coralina— de prácticas biopsicosociales en algunos lugares remotos, que tal vez sólo tengan utilidad para organizar visitas turísticas guiadas de los especialistas biomédicos.

Los elementos cruciales en que se basa y se diferencia el trabajo del médico de familia (MdF), el uso de la entrevista clínica, la continuidad de la asistencia y el conocimiento del contexto para el diagnóstico y el tratamiento¹, tienden a desaparecer. Los residentes de MF aprenden predominantemente las herramientas de la asistencia episódica, biomédica y basada en el uso de la tecnología del hospital. El MdF establecido se ve arrastrado por las mismas corrientes (tabla 1) generadas por el aumento de la demanda —en una población medicalizada donde se crean enfermedades de estados naturales de la vida—, de la frecuentación —protocolos biomédicos que generan sobreuso médico y farmacológico y iatrogenia— y el desuso de la entrevista clínica centrada en el paciente y su contexto, para pasar a una entrevista centrada en el ordenador y su *software* pensando en el hospital y en el gerente. La falta de modelos de buena práctica en MF origina un mayor alejamiento progresivo de los conceptos de MF en los médicos jóvenes y en formación.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jturabianf@meditex.es (J.L. Turabián).

Tabla 1 Algunas corrientes que arrastran a la medicina de familia

	Descripción
La tecnología	La tecnología siempre conduce a más problemas de los que resuelve. Llega para servir a los propósitos de los médicos, pero finalmente éstos redefinen sus propias metas según la tecnología. Refuerza la visión biomédica de la enfermedad y promueve un círculo vicioso de más y más tecnología. Emplear una tecnología generalmente nos obliga a usar otra
La Historia Clínica Electrónica	El modelo actual de historia clínica culmina un proceso de empobrecimiento y rigidez en la medicina. En la práctica, va contra la profundización de la reflexión clínica y de los conceptos de medicina de familia, favorece el olvido de lo crucial que es la comunicación interpersonal y la importancia de la narración y los contextos, sesga el diagnóstico clínico y plantea problemas técnicos, de confidencialidad y de bioética
La superespecialización del médico de familia	La superespecialización (ese profesional que emplea parte de su horario cotidiano en atender un área de especialidad determinada y, por lo tanto, dedica su tiempo a procedimientos, problemas o tratamientos habitualmente realizados fuera de la atención primaria) empeora el trabajo en atención primaria
La gestión mediocre y el aumento de personal burocrático en atención primaria	El síndrome de la empresa Krupp: al terminar la segunda guerra mundial, las instalaciones de la gran empresa Krupp prácticamente habían dejado de existir y no había ninguna actividad productiva, pero su aparato burocrático estaba desbordado de trabajo. Era la situación kafkiana de una empresa sin actividad productiva alguna, pero desbordada de trabajo administrativo. La gestión sanitaria mantiene unas teorías y prácticas divergentes progresivamente con la realidad clínica cotidiana. Así, normalmente cada vez más profesionales de las gerencias no han tenido contacto con la clínica por diferentes razones. La prioridad es para la propaganda
La comunicación entre los médicos de atención primaria y los hospitalarios	Cuando se remite a un paciente al médico de familia (desde la consulta o alta hospitalaria) se sigue un procedimiento «militar»: una orden del capitán al sargento de obligado cumplimiento sobre la que no se puede discutir ni pensar. Cuando el médico de familia envía a un paciente al hospital (consulta o urgencias) es un proceso de «pasar un examen» que debe evaluar el especialista hospitalario
«Hospitalicentrismo»	Las variables de gasto hospitalario crecen más (o decrecen menos) que las de atención primaria
Medicalización	La epidemia de diagnósticos y tratamientos: creación de enfermedades, tratadas con más y más fármacos

Tabla 2 Algunos de los elementos cruciales del médico de familia y su modelo biopsicosocial

1. La entrevista
2. La historia clínica contextualizada
3. Guiar la investigación para entender a la persona completa
4. Puntos clave útiles como indicadores de problemas potenciales del contexto del paciente
5. Toma de decisiones cualitativas
6. Estrategias cualitativas variables, no fijas para gestionar la complejidad
7. Otros instrumentos clásicos de medicina familiar
8. El concepto de diagnóstico y tratamiento
9. El concepto de curación o resolución
10. El tratamiento contextual

Están desapareciendo (¿pero alguna vez se usaron realmente en MF?) las «herramientas» biopsicosociales y los elementos cruciales del MdF clínico (tabla 2) que marcan

su sólida clínica para realizar su asistencia en todos los pacientes y para todos los problemas «desde la cuna hasta la tumba»²⁻⁴. Los MdF jóvenes y los residentes recién terminados generalmente prefieren trabajar en «urgencias», y son expertos en la asistencia episódica, en pedir pruebas complementarias basadas en la tecnología y en prescribir el último fármaco comercializado sin conocer su ficha técnica. Ya no es preciso dedicarse a mirar al paciente y escucharle, sino a teclear en el ordenador al dictado del paciente, como teleoperador del nuevo paradigma informático⁵. Ya está instaurada la tendencia a anotar en estilo de telegrama (como en un SMS o en el Messenger), o «clicar» en la pantalla sobre un ítem preestablecido, lo que origina recoger una información de relevancia mínima o nula para un futuro lector de las historias clínicas. La forma del trabajo real ha hecho que no se produzca el mantenimiento de la asistencia de los mismos pacientes y familias (padres-hijos-nietos) durante años; los MdF se intercambian en las consultas como los equipos de especialistas de segundo nivel: «Cada día me ve uno distinto», como dicen los pacientes. La historia clínica electrónica no adaptada a MF nos «ayuda» a olvidar el hecho de que hay en MF múltiples motivos de visita, sus interrelaciones y las «narraciones» que son de valor diagnóstico⁶.

¿Parece que es lento este desaparecer de la MF? ¡A la velocidad que se separan los continentes! ¡Entonces, no importa!, podríamos gritar.... ¿Pero a qué velocidad van los continentes a la deriva? A mucha: en el Museo de Historia Natural y Tecnológica de La Villete, en París, hay un trozo de muro (falso) con una grieta que se amplía desde el día de la inauguración del museo a la misma velocidad a la que América y África se están alejando. Se inauguró el museo en 1980. Hoy esa grieta tiene 15 cm de ancho y se puede meter tranquilamente una mano. Si hubiera sido la pared de una casa, probablemente ésta habría caído ya.

Si se quisiera evitar que nos convirtamos en los restos de otra cosa (la barrera coralina, el atolón), en ese médico Frankenstein hecho de pequeños especialistas, serían necesarias acciones no de máximos, sino iniciativas de mínimos, por parte de la comisión de la especialidad, las unidades docentes, las sociedades científicas y las instituciones políticas para la defensa de los elementos cruciales del MdF clínico (tabla 2): necesitamos un médico polivalente y capacitado, que ofrezca cuidados clínicos sólidos en todos los campos^{7,8}, pero con los elementos que nos diferencian y dan especificidad y valor a nuestra especialidad³. Se hace cada vez más preciso ponerse en marcha para buscar ese paraíso en un valle que no está en el mapa, en esa región oscurecida por las nubes. ¿Seguiremos

lamentándonos de que ciertos sueños nunca serán más que sueños?

Bibliografía

1. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Apuntes sobre la «resolutividad» y la «cura» en la medicina de familia. *Aten Primaria*. 2003;32:296-9.
2. Turabián JL, Pérez Franco B. Atención médica individual con orientación comunitaria-atención contextualizada: la figura es el fondo. RCEAP. 2008. Disponible en <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=16&art=08>.
3. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. El médico con tres cabezas. *Aten Primaria*. 2006;38:570-3.
4. Loayssa Lara JR. Orientación psicosocial y atención familiar en medicina de familia: malos tiempos para la lírica. *Aten Primaria*. 2005;36:385-7.
5. Rouf E, Chumley H, Dobbie A. Electronic health records in outpatient clinics: perspectives of third-year medical students [citado 1 Jul 2008]. *BMC Medical Education*. 2008;8:13. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/8/13/abstract>
6. Hurwitz B. Narrative and the practice of medicine. *Lancet*. 2000;356:2086-9.
7. Borrell Carrió F, Gené Badía J. La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI. *GCS*. 2008;10:3-7.
8. Gervas J, Pérez Fernández M. La necesaria Atención Primaria en España. *GCS*. 2008;10:7-12.