

## Reflexiones sobre la medicina de familia

### Reflections on family medicine

*Sr. Director:*

Hay quien preconiza que la medicina es una ciencia también un arte; Yo creo, que ni una cosa, ni la otra, o mejor dicho: un médico ni debería ser un científico ni un artista. Un médico debería ser un humanista. Debería poder poner a disposición de su paciente una visión integral e integradora de lo que suponen para ellos sus padecimientos, ofreciéndole toda su ciencia y su arte para llegar juntos al mejor de los éxitos posibles, teniendo en cuenta por un lado la individualidad de cada paciente y de cada médico, como sinonimia de peculiaridad personal, y por otro, la colectividad, como sinonimia de sociedad racionalizadora y preocupada por la gestión de recursos limitados. El médico para poder disponer para sus pacientes de esta visión precisa tiempo, herramientas y adiestramiento.

Decía el filósofo de hombros anchos, que las tres potencias del hombre son la memoria, el entendimiento y la voluntad. La última se le supone al médico, profesional vocacional donde los haya. Las otras dos se van adquiriendo mediante el adiestramiento con esa formación continuada que nos va dotando de una capacidad de resolver problemas tamizada por la experiencia que nos da el tiempo, que transcurre para darnosla cuando lo hace en un contexto de constructivismo positivista exponencial. Además, el tiempo es un factor limitante al que solemos recurrir con cierta frecuencia, para justificar nuestros actos o la falta de ellos. Pero es cierto, que nos falta a veces, causándonos cierta angustia.

Son muchas las herramientas que tenemos y cada vez mas sofisticadas, pero considero que las más poderosas, la comunicación y el contacto con el enfermo, van perdiendo predicamento con el paso de un tiempo inexorable que transcurre angustiándonos. Se dice en algún texto clásico, que la mayoría de los diagnósticos se hacen con una anamnesis y una exploración física adecuadas. Pero es cierto, que sólo con esto podemos sentirnos a veces desnudos y desprotegidos.

Todos estos factores no solo nos han de venir dados sino que debemos procurárnoslos. Aquí surge un conflicto multifactorial en su génesis, desarrollo y resolución: ¿Hasta dónde me corresponde a mí como profesional, procurármelos y hasta dónde le corresponde al paciente como responsable último de su salud y responsable de sus elecciones de representantes y por tanto y en última instancia de los gestores y responsables de darnos a los profesionales tiempo, herramientas y adiestramiento? Tiene esto que ver con aspectos manidos del existencialismo social aplicados a la esfera de

lo íntimamente profesional y su reflexión cuidadosa y profunda hace de contrapeso a la sensación de desasosiego que siento y me consume en una apatía exasperante y absolutamente desmotivadora que me conduce a utilizar ciertos argumentos como justificación, construyendo una verdadera falacia de afirmación de consecuente, obteniendo como resultado creativo una verdad que no lo es, es una excusa. Encuentro mucho más adecuado buscar ante los problemas aquellas pequeñas cosas que puedo hacer yo como individuo y que seguramente acabarán movilizando otros elementos de mi entorno para cambiarlo, para bien o para mal. Este riesgo asumible es incertidumbre, que puede impedir mi movilidad profesional o acrecentarla ansiosamente. Los médicos de familia nos movemos con naturalidad en este mundo lleno de incertidumbre y las herramientas de las que disponemos para luchar contra ella podrían ser la ciencia, el arte y la tecnología, que pasarían de ser elementos definitorios de la medicina a herramientas para la consecución de un fin enmarcado en la relación antropológica del médico con su paciente, su familia, su barrio, su comunidad.

Al mirar a nuestro alrededor, encontraremos que van surgiendo diversas corrientes de pensamiento colimadas en forma de grupos de profesionales más o menos organizados que vienen a condensar la plasmación de lo que se ha dado en llamar orientación biopsicosocial de la práctica médica, utilizando el enorme potencial de datos clínicos, familiares, laborales y sociales de los pacientes para rentabilizar pragmáticamente las intervenciones sanitarias que se hacen sobre los pacientes optimizando el proceso médico al preconizar el «esperar y ver» más que el intervenir, pero con una actitud expectante que permite actuar cuando es necesario desde un punto de vista clínico. Por el contrario, hay otros que actúan necesariamente de otro modo, sometiendo al paciente a una valoración pensando en términos de posibilidades y no de probabilidades y sin el colchón del conocimiento de sus circunstancias biopsicosociales.

Cometeríamos un craso error si no entendiésemos la medicina actual como un sistema con subsistemas complementarios y necesariamente interconectados para dar respuesta a esa realidad innegable. Hasta el eminente Dr. House tiene un equipo de diferentes modelos de profesionales sin el cual su éxito final sería poco menos que imposible.

José Luis Vallina Pérez

*Médico de Atención Primaria, Área Básica de Salud Garraf Rural, Centro de Atención Primaria de Olivella, Vilafranca del Penedés, Barcelona*

Correo electrónico: [jlval51@hotmail.com](mailto:jlval51@hotmail.com)

doi:10.1016/j.aprim.2010.05.011