



Libros  
Virtuales  
IntraMed



Introducción a la

# Medicina Familiar



# INTRODUCCION

## Julio Ceitlin

Lo que distingue a la Medicina Familiar de las especialidades lineales y hace diferente su práctica son los fundamentos y principios que la sostienen. De allí que su conocimiento y manejo sean indispensables para el médico de familia.

Saber y saber hacer son habilidades que van de la mano, que se aprenden para ser utilizados en la práctica de la medicina. Frente a un paciente que consulta por hipertensión arterial, "saber" el tratamiento correcto de la hipertensión es solamente una parte del saber que un médico de familia aplica al tratamiento de su paciente hipertenso. En la concepción kantiana (1), los principios «a priori» de la acción, la razón práctica, es distinta para un abordaje especializado tradicional que para el abordaje de un médico de familia porque el de éste incluye inevitablemente los principios que le son inherentes.

Durante muchos años en numerosas publicaciones, foros internacionales y consultorías a organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud a la gente, y a instituciones educativas que forman médicos de familia, he debido explicar nuestras semejanzas y diferencias **con la atención primaria de la salud** y con la **medicina especializada o altamente compleja**. La primera, tomada casi siempre desde una posición simplista como atención de la salud para pobres o para el sistema público de servicios, y la segunda, considerada casi siempre como el desiderátum de la medicina de alta calidad científica. También he intentado trazar un paralelo con la **medicina generalista** cuyo movimiento actual tiene en algunos países más connotaciones ideológicas que fundamentos científicos.(2, 3)

Son precisamente los principios y fundamentos de nuestra disciplina los que nos distinguen de los mencionados tipos de abordajes a la atención del paciente.

Los contenidos aquí incluidos deberían ser manejado por los médicos de familia cualquiera sea el país o la cultura donde trabajen, con independencia del tipo de problemas de salud que les toque atender. No importa si éste es un hipertenso o aquél un asmático, el médico de familia deberá considerar a la persona total en su dimensión biopsicosocial, en su contexto familiar y comunitario, reconocer las emociones incluyendo las propias y comprender las relaciones del paciente con su familia y con el médico. Esto da una idea de la complejidad de la enfermedad en la forma en que es abordada en la consulta de medicina familiar.

Contribuyen a explicar los principios, fundamentos y características de la Medicina Familiar personalidades reconocidas como autoridades y expertos en los temas respectivos.

Macaran Baird, Stephen Spann y Robert Taylor (EEUU), John

Feightner, Brian Hennen y Ian McWhinney (Canadá), Tomás Owens (Panamá), Pilar Vargas Restrepo (Suecia) y Amando Martín Zurro (España).

Uno de los hechos notables, muchas veces olvidado, es que la Medicina Familiar no surge por generación espontánea sino que tiene una historia. Como lo expresa Owens, tiene sus precursores, pensadores de fuste, que con su análisis y razonamiento profundos han sentado, en el terreno científico y en el social, las bases de lo que es hoy la Medicina Familiar. Identifica de un modo sintético, las ideas de algunos de los prohombres de Europa y América, como John Fry, Gayle Stephens, Michael Balint, Ian McWhinney, Lynn Carmichael, cuyo pensamiento nos conmueve y maravilla todavía por su fuerza y actualidad.

Nacida de la vieja práctica general de la primera mitad de este siglo, de la experiencia recogida durante largos años por médicos, pacientes y comunidades, el movimiento de médicos generales debió aggiornarse para poder sobrevivir en un mundo médico poblado cada vez más por especialistas y subespecialistas. Algunos médicos visionarios percibieron con claridad este reclamo social y haciéndose eco del mismo lideraron los esfuerzos de cambio. Podemos afirmar con certeza absoluta que la Medicina Familiar surgió como respuesta a una necesidad social.

Según lo describió el sociólogo Naisbitt, su aparición expresa una **megatendencia** de la sociedad, la necesidad de más contacto humano como reacción al mundo tecnológico que la envuelve (4). Pero coincide también con un **cambio de paradigma** de la ciencia que pasa de un enfoque reduccionista a uno sistémico y, en medicina específicamente, de un enfoque biomédico a un enfoque biopsicosocial.(5)

Después de varios decenios cuando lo que existía como "sistema de servicios de salud" estaba formado por un número de médicos más o menos dispersos y algunos hospitales, se organizan después de la segunda posguerra los sistemas de atención de la salud, comenzando en el Reino Unido con la creación del Servicio Nacional de Salud y el derecho para todo ciudadano de acceder a esos servicios. En los Estados Unidos se desarrollan con gran fuerza los grandes centros médicos basados en la concentración de especialistas y subespecialistas, dotados de una tecnología cada vez más compleja.

En los países subdesarrollados la influencia vira del patrón médico europeo al modelo americano lo que hace que aún en los países más pobres los sistemas de servicios de salud se organicen en base a hospitales, especialistas y tecnología. Son sistemas de servicios de salud **hospitalocéntricos**.

Sin embargo, la experiencia va dejando cada vez **más claro que más médicos y más hospitales no significan más salud** y que **complejidad no es igual a calidad** (6). En las postrimerías del siglo estamos de nuevo enfrentados a un profundo cambio en la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud que consiste en poner el acento en la organización de servicios de atención primaria de alta calidad en los cuales juega un papel preponderante un nuevo tipo de recurso humano: el médico de familia. Es la transformación que nos llevará de la mano a la atención de la salud del siglo XXI.

## LA POLITICA Y LA MEDICINA FAMILIAR

Medicina Familiar tiene que ver con la política. Insertar servicios de Medicina Familiar en un sistema de servicios de salud es una decisión política. Agregar un servicio de terapia intensiva o de neurocirugía es una decisión más bien técnica. Para un servicio de neurocirugía, terapia intensiva o tomografía computada hacen falta recursos financieros, de equipamiento y humanos, especialistas neurocirujanos, intensivistas o imagenólogos. Para insertar servicios de Medicina Familiar en un sistema cualquiera se necesita junto con los recursos una definición política de la dirección del sistema y la disposición a afrontar los cambios profundos que conlleva esta decisión. Estos cambios significan la transformación del sistema centrípeto, cuyo eje son los hospitales, en un sistema centrífugo que privilegia a las unidades de servicios descentralizadas, los centros de salud, de atención primaria e, idealmente, los de medicina familiar.

El cambio significa no solo la reingeniería del sistema sino también la reestructuración del recurso humano médico, cuantitativa y cualitativamente. La experiencia de los países con mejores sistemas de salud indica que debe haber una proporción equilibrada de médicos de familia, generalistas o de atención primaria, y especialistas del tipo tradicional.<sup>7</sup> Esto implica un reacomodamiento de los grupos de especialistas dentro del sistema y también el ajuste en su perfil profesional, en especial, algunas ramas como pediatría y ginecología. Se genera como es natural una resistencia al cambio y se producen quejas de tipo corporativo en el esfuerzo por defender el status anterior y oponerse al nuevo modelo.

El fenomenal resultado de la experiencia española cuyos fundamentos teóricos expone Zurro en la parte del capítulo referida a Atención Primaria y Medicina Familiar muestra las ideas bases de una estrategia de desarrollo de la Medicina Familiar ligada a la reforma del sistema de servicios de salud. El desarrollo de la Atención Primaria asentada firmemente sobre la formación y utilización de un nuevo recurso humano, el médico de familia, muestra que es hoy por hoy el mejor modo de obtener servicios de Atención Primaria y, por lo tanto, un sistema total de la más alta calidad. El proceso desarrollado en España, no finalizado aún, se anticipó en una década a la tendencia promovida en los 90 por las organizaciones interna-

cionales, la reforma del sector salud.

En la década de los 60 la Medicina Familiar surgió como un esfuerzo por ofrecer una atención médica humanizada e integral. En la década de los 90 la crisis mundial de los sistemas de servicios de salud obliga a pensar en calidad relacionada con costo efectividad y eficiencia del sistema.. Los estudios comparativos demostraron la importancia de los esquemas de utilización de los recursos médicos, que los sistemas que tenían una fuerte base de atención primaria de alta calidad, medicina familiar, además de proveer mejor atención médica son más costo-efectivos. Este hallazgo llevó a considerar como uno de los elementos fundamentales de la reforma la reestructuración cualitativa y cuantitativa del recurso médico.

Se produce así un importante fenómeno, la **convergencia** de dos grandes procesos de cambio: el de la medicina familiar iniciado en los años 60 y el de la reforma de los servicios de salud impulsado en los 90.<sup>8</sup> Los cambios que están en marcha son de tres órdenes:

- ▶ Cambios en la organización de los servicios
- ▶ Cambios en la educación médica
- ▶ Cambios en la práctica profesional

Los cambios en la organización de los servicios se darán en la **estructura**, en el **recurso médico**, en el **funcionamiento y filosofía** de la tarea médica.

Estructura. La principal transformación estructural es que el hospital no será más el centro del sistema; a este proceso lo denominamos **des - hospitalocentrismo** porque, paralelamente, va el fortalecimiento de redes de centros de atención primaria basados en médicos de familia.

Recurso médico. Se tiende a establecer una combinación más racional de la proporción de médicos de familia (generalistas) y especialistas, aceptándose que 50% de cada uno es lo adecuado.

Funcionamiento y filosofía. Los médicos se regirán cada vez más por normas administrativas que a veces podrán colisionar con los puntos de vista científicos y los intereses de sus pacientes; deberán tener en cuenta los costos y ser parte activa de su contención. Sin embargo, se acentúa el rol del medico de familia como representante de los intereses del paciente. Las guías de practica clínica serán su herramienta científica y los principios éticos, su guía de conducta profesional.

Los cambios en la educación médica se darán principalmente en el **currículo de grado** y en **las escuelas de medicina** pero estarán muy ligados a los cambios estructurales de los servicios de salud.

Currículo de grado. Deberá proporcionar experiencias educativas con enfoque generalista para equilibrar la formación ac-

tual preponderantemente especializada. Deberá incluir experiencias educativas con enfoque integrador, biopsicosocial, del individuo y su contexto, para equilibrar la formación actual dirigida solo al individuo en su dimensión biológica.

Escuelas de medicina. Para el desarrollo de las actividades curriculares mencionadas deberán crear dentro de la estructura académica departamentos o cátedras de Medicina Familiar cuyas funciones serán la formación de profesores, la enseñanza de estudiantes y la investigación. En el área de servicios será indispensable la organización de Centros Universitarios de Medicina Familiar en el que los docentes cumplan tareas de asistencia para servir como modelos de rol a los estudiantes que podrán observar un tipo de atención generalista de alta calidad que pueda ser luego elegido como carrera profesional. Será conveniente afiliar al Departamento de Medicina Familiar otros centros de medicina familiar que sirven a diferentes grupos de población para que junto con el Centro Universitario de Medicina Familiar constituyan los campos de práctica necesarios para facilitar el contacto temprano del estudiante con pacientes de atención ambulatoria.

Los cambios en el perfil de la práctica se darán **en el manejo de conocimientos y destrezas, el trabajo grupal, las relaciones con la población, y la tarea preventiva.**

Conocimientos y destrezas. Los médicos de familia deberán manejar un amplio espectro de conocimientos y destrezas para resolver la mayor proporción de problemas que les presenten los pacientes y sus familias. Aun en países de bajo desarrollo, el médico de familia deberá atender, cada vez más, pacientes crónicos con afecciones poli sistémicas, donde le cabe el importante rol de coordinar la atención especializada y supervisar los efectos de la poli medicación contribuyendo a racionalizarla. El médico de familia realizará cuando sea necesario, tareas de consejería sobre los riesgos o problemas cuya solución dependa en parte o en todo, de cambios de conducta o del estilo de vida del paciente.

Trabajo grupal. Los médicos de familia tenderán a trabajar más en grupo que solos habilitando a sus colegas como el primer nivel de ínter consulta. Los médicos de familia manejarán las ínter consultas con los especialistas y las internaciones de sus pacientes y deberán ser pagados por salario u honorario global por su responsabilidad de atender a un grupo de población definido.

Prevención. El médico de familia proveerá servicios clínicos preventivos incluidos en la visita habitual de los pacientes cualquiera sea el motivo de la consulta y será un experto en la detección de los factores de riesgo de sus pacientes y familias.

Algunos eventos recientes contribuyeron a desencadenar o impulsar el desarrollo de la Medicina Familiar ligado a la reforma de los servicios de salud.

En noviembre de 1994 se realizó en London, Ontario, Canadá, un Foro internacional, multisectorial, convocado por la Organización Mundial de la Salud - OMS - y la Organización Mundial de Médicos de Familia - WONCA - cuyo título **Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia**, expresa con claridad los propósitos del mismo.

El producto fue un documento donde se señalan los desafíos que afrontan la práctica médica, la educación médica y los servicios de salud, y se presenta un grupo de recomendaciones que constituye una verdadera guía para la acción en todo el mundo. Las conclusiones más importantes se resumen a continuación.

- ❖ En la mayoría de los países la población reclama cambios profundos en los servicios de salud dirigidos a producir servicios de salud más equitativos, costo-efectivos y acordes a las necesidades de la gente. El médico de familia debe desempeñar un papel central en el logro de este cambio.
- ❖ Los recursos financieros destinados a lograr una atención primaria altamente eficiente y de calidad científica y humana deben ser incrementados. Es necesario asegurar correctos sistemas de remuneración que estimulen prácticas médicas óptimas, costo efectivas. Los grupos que obtengan mejores resultados y sean costo efectivos deben recibir incentivos económicos.
- ❖ Para que los servicios sean de la mejor calidad y costo efectivos la mayoría de los médicos del sistema deberían ser médicos de familia bien entrenados. Lograr este objetivo hace necesario reformar las políticas de recursos humanos para salud. El sistema de gestión de los servicios debe contribuir también a lograr el equilibrio en las proporciones respectivas de generalistas y especialistas.
- ❖ Cada persona debería tener un médico que le provea servicios de atención primaria y este tipo de servicios debería ser accesible a toda la población. Todo paciente se debería identificar individualmente con un médico de familia. El uso de servicios especializados debe realizarse después del contacto inicial con el médico de atención primaria, médico de familia, para lo cual se deben introducir sistemas de derivación por consenso interprofesional y acuerdos contractuales.
- ❖ El papel de los colegios, academias, asociaciones de médicos de familia, es asegurar al público que los médicos de familia responden a las necesidades de sus comunidades y que sus miembros mantienen altos niveles de competencia. La educación médica continua debe estar enfocada hacia el perfeccionamiento del desempeño y los niveles de competencia deben ser demostrados permanentemente a través de mecanismos evaluativos como la certificación y

la recertificación.

- ❖ La educación médica debe responder a las necesidades de la gente mediante la formación de médicos que contribuyan a modelar un sistema de servicios de salud socialmente responsable. El curriculum de las escuelas de medicina debe proveer los fundamentos específicos para el entrenamiento especializado posterior. La educación médica básica es insuficiente para preparar médicos de familia.
- ❖ La Medicina Familiar debe ser enseñada como disciplina en todas las escuelas de medicina para proporcionar a los estudiantes una educación equilibrada generalista/especialista. Todos los estudiantes deben tener experiencias educativas en las que se muestre la continuidad de los cuidados de salud y enfermedad individual en un contexto comunitario.
- ❖ El reconocimiento formal de la Medicina Familiar como una disciplina especial debe convertirse en algo universal y todos los países deben proveer entrenamiento de postgrado específico en esta disciplina.

Como una actividad inspirada por la reunión de Ontario, se realizó en septiembre de 1996 la Conferencia Regional de Expertos y Líderes de Salud de las Américas sobre el tema **Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud**. Asistieron 61 representantes oficiales de 18 países, 14 representantes de organizaciones internacionales AISS, CIMF, OMS/OPS y WONCA y el producto fue la **Declaración de Buenos Aires**. (9)

Los dieciséis puntos de la **Declaración** que se presenta en la página siguiente, constituyen un cuerpo de doctrina que guía y conduce la acción hacia programas concretos que entrelazan fuertemente la Medicina Familiar con la reforma de los servicios de salud fundamentalmente en los países del continente americano.

En su esencia más profunda la medicina familiar es una atención médica centrada en la gente donde los intereses del paciente están por encima de los del médico y los del sistema, de allí que las respuestas a las necesidades de la gente son necesariamente políticas aunque la instrumentación de esas respuestas sea técnica. Acontecimientos políticos internacionales como los mencionados fertilizan el campo de desarrollo de la Medicina Familiar y su inserción en los servicios de salud pero la gran responsabilidad en esta etapa es del sector educativo que deberá entrenar la gran cantidad de médicos de familia que necesitarán los sistemas de servicios de salud a medida que se tomen las decisiones correctas de reformarlos.

Los nuevos médicos de familia que trabajarán en los sistemas de salud reformados tendrán que cumplir un rol profesional, practicar la especialidad, ser parte del sistema educativo que formará a las siguientes generaciones y desarrollar investigación en atención primaria y medicina familiar para el progreso de nuestra disciplina.

Se trata de un gran desafío que enfrentan no solo los dirigentes de los sistemas de servicios de salud y los educadores médicos sino también las nuevas generaciones de graduados de las escuelas de medicina que deberán ser motivados e incentivados para que se incorporen a la Medicina Familiar como carrera profesional. De todo este gran esfuerzo los más beneficiados serán millones de seres humanos que componen las comunidades de nuestros países.

Los temas desarrollados en este capítulo pretenden servir como base filosófica de la sólida formación científica del tipo de médicos que anhelamos tener.

## DECLARACIÓN DE BUENOS AIRES

Considerando que los países de las Américas deben responder satisfactoriamente a las necesidades integrales de salud de la población con una cobertura universal; que para ello se deben otorgar servicios médicos personales y de salud pública; y que éstos deben ser provistos por una fuerza de trabajo adecuadamente entrenada y geográficamente bien distribuida; el día de hoy 11 de septiembre de 1996, los expertos y líderes de salud, reunidos en la "Conferencia sobre Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud de las Américas", hacen la siguiente

## DECLARACION

1. La Conferencia reconoce que en la región de las Américas está en marcha una reforma de los sistemas de salud y considera que en ella, la voluntad política de los gobiernos debe ir aparejada a la acción ejecutiva, para asegurar una alta calidad en la atención que se brinda a los individuos y a las familias.
2. Por la importancia y trascendencia que tiene la reforma para alcanzar el grado máximo de salud de las personas, esta debe cumplir objetivos de universalidad, equidad, accesibilidad, eficiencia, calidad, solidaridad y participación social, con criterios de descentralización e intersectorialidad.
3. La reforma de los sistemas de salud no puede basarse solamente en cambios estructurales, administrativos y financieros, sino que debe también considerar a los recursos humanos que mejor respondan a los propósitos de la misma.
4. Por las características particulares de la práctica de la Medicina Familiar, los países deben utilizarla como estrategia básica para responder integralmente a los propósitos de la reforma de los sistemas de salud y en particular a las necesidades de la gente.
5. En atención al importante papel que juegan los organismos de cooperación, técnicos, científicos y académicos, tanto nacionales como internacionales, estos deben continuar brindando apoyo al proceso de inserción de la Medicina Familiar

en la reforma de los sistemas de salud.

**6.** Con base en sus características particulares, cada país debe desarrollar modelos integrales de atención a la salud, que permitan utilizar de manera óptima los principios y las ventajas de la práctica de la Medicina Familiar, convirtiéndola en la vía de entrada a los servicios de salud.

**7.** Para garantizar la continuidad en la operación de los modelos integrales de salud, los países deben diseñar y operar esquemas de financiamiento que garanticen un desarrollo económico sostenible, así como adecuados estándares de infraestructura en los sistemas de Medicina Familiar.

**8.** Los modelos integrales de atención a la salud, orientados a satisfacer las necesidades de la gente, deben incluir mecanismos de evaluación de los

servicios que permitan medir objetivamente el impacto y la calidad de las acciones de Medicina Familiar.

**9.** Dentro de los procesos de reforma, los sistemas de atención a la salud, deben establecer mecanismos de reconocimiento y remuneración, que permitan satisfacer las necesidades profesionales, académicas y económicas de los médicos de familia.

**10.** En los sistemas de educación médica de cada país, las instituciones formadoras de recursos humanos deben involucrarse en la definición del perfil y en la formación de los profesionales necesarios para la atención médica primaria, bajo el contexto de la reforma de los sistemas de salud.

**11.** Las escuelas y facultades de Medicina deben implementar procesos de inserción de la Medicina Familiar dentro de los planes curriculares del pregrado, que permitan al alumno un contacto temprano, gradual y continuo con los principios universales y las modalidades de práctica de esta disciplina.

**12.** El entrenamiento de los especialistas en Medicina Familiar requiere indispensablemente de un programa de postgrado residencial de alta calidad, que responda a las necesidades de una fuerza de trabajo equilibrada con las otras especialidades.

**13.** Ante las necesidades inmediatas de algunos países por contar con una masa crítica de médicos de familia a corto plazo, se pueden diseñar y operar programas de reconversión con carácter transicional y temporal.

**14.** Los organismos técnicos, científicos y académicos deben involucrarse en la definición de los estándares mínimos de capacitación de los médicos de familia, que permitan dar respuesta a las necesidades de la gente y de las familias.

**15.** Los sistemas de salud de los países deben implantar estrategias que promuevan y faciliten la educación médica continua y continuada, para mantener niveles satisfactorios de capacidad en los médicos de familia.

**16.** Para fortalecer los mecanismos de contribución de la Medicina Familiar a los procesos locales de reforma de los sistemas de salud, se deben instrumentar programas de cooperación técnica entre los diferentes países de la región.

---

---

## Bibliografía

1. Kant I. Crítica de la razón práctica, Ed. Losada, Buenos Aires, 1961
2. Ceitlin J. ¿Qué es la Medicina Familiar?, FEPAFEM/KELLOGG Foundation, Caracas 1982
3. Ceitlin J. Evolución histórica de la Medicina Familiar y los procesos de reforma del sector salud en las Américas, Conferencia presentada en México, julio 1996
4. Naisbitt J. Megatrends, Ed. William Morrow and Co., New York, 1983.
5. McWhinney IR. A textbook of Family Medicine, Oxford University Press, New York, 1989.
6. Ceitlin J. La práctica de la Medicina en los umbrales del siglo XXI, Conferencia pronunciada en el Curso de Medicina Interna, Facultad de Medicina de la U.N. de Rosario, mayo 1996.
7. OMS / WONCA. Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia, Documento final del Foro realizado en London, Ontario, nov. 1994
8. Ceitlin J. Presentación en la Conferencia Regional de Expertos y Líderes de Salud de las Américas sobre Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud, Buenos Aires, septiembre 1996.
9. Declaración de Buenos Aires, Relato final de la Conferencia Regional de Expertos y Líderes de Salud de las Américas sobre Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud, Buenos Aires, septiembre 1996.