

EL MÉDICO DE FAMILIA Y LOS OTROS ESPECIALISTAS

Fadlala Bahsas B.

Postgrado de Medicina de Familia. Facultad de Medicina Universidad de Los Andes.
Mérida - Venezuela.

Resumen

Los altos costos y la tecnología de la medicina especializada la hacen casi inalcanzable para las grandes masas, que sólo acceden a ella en un marco de asistencia pública. La variación de la demanda requiere de un sistema de servicios organizado por tres niveles de atención: el primero como la puerta de entrada al sistema; el segundo conformado por las cuatro grandes ramas de la práctica médica y el tercero constituido por los súper especialistas que atienden problemas muy complejos que requieren de alta tecnología y costos muy elevados. La complejidad del problema plantea como una de las soluciones, la formación adecuada de médicos de primer contacto estructurándose para ello la Medicina de Familia como especialidad integrada al sistema de salud para atender la totalidad de las necesidades de acuerdo con su competencia particular y referir cuando se requiera, conservando la responsabilidad del cuidado continuo e integral en el contexto familiar y comunitario. El Médico de Familia y los otros especialistas no se componen, sino que se complementan, al tener esferas de influencia interrelacionadas, pero independientes y cada vez mejor definidas. El pleno ejercicio de la Medicina de Familia será posible cuando se constituya un sistema nacional de salud con políticas bien definidas que den impulso al desarrollo de esta especialidad.

Palabras Claves: Medicina de Familia, sistemas de salud, médico de familia.

Abstract

The family Physician and the other specialists.

The high costs and the technology of specialized medicine makes it hardly reachable for the majority of the people, who can have it only in the public assistance institutions. The variety of demands require an organized system of services of three levels of attention: the first is the entry-way into the system; the second is composed of the four major branches of medical practice, and the third is composed of the super specialists who attend to more complex problems that require high technology and costs. One of the solutions to the complex problems is in the contact of the primary doctors. Doctors structure family medicine as the specialty integrated into the health system in order to attend to the total needs according to particular competence referring to it when it is required, conserving the responsibility of the integral and continuous care in the family and community context. The Family Physician and the other specialists do not overlap. They complement each other. They have relative influence, but they are independent and each time more defined. The full practice of the Family Medicine will become possible when there is a health system with well defined policies which would subsequently help develop this speciality.

Key words: Family physician, family medicine, health systems.

EL MÉDICO DE FAMILIA Y LOS OTROS ESPECIALISTAS

La ciencia y el arte de la medicina, en algún momento de su evolución, tuvieron como exponente común al médico de cabecera, un médico de familia que se enfrentaba con desventaja a la totalidad de los padecimientos que aquejaban a sus pacientes. No obstante sus limitaciones técnicas y lo reducido de su arsenal terapéutico, lograba, sin embargo, captar la confianza de sus enfermos, en el entorno de la familia y de la comunidad. En esa época de romanticismo, daba orientación y consuelo dentro de un contexto de ejercicio de verdadero apostolado y en recompensa la sociedad le confería un rol del más alto

rango de aprecio. Prácticamente ejercía sólo la medicina curativa

y poco o nada de preventiva y rehabilitadora. Su éxito se basaba en la adecuada y armoniosa relación médico-paciente, pues a falta de fármacos y aparatos, proporcionaba comprensión y apoyo.

Los cambios ocurridos en la medicina como consecuencia del aporte masivo acelerado de conocimientos nuevos, reclaman para su progreso, la formación de un tipo de médico que estudiará profunda y paralelamente un sistema, un aparato o un órgano, que condujo a que constituyeran especialistas y, sucesivamente profundizando más en un aspecto, se formarán

propiamente súper especialistas. Por los altos costos del ejercicio constituyeron médicos para las élites y élite de médicos. Este paso trascendental sólo permitió la captación y sistematización de la información de la época que se fundamentó en la investigación y en el desarrollo de nuevas técnicas y de procedimientos, pero esto tuvo como consecuencias colaterales la casi extinción del antiguo médico de cabecera, la elevación cada vez creciente en los costos de los servicios por la aplicación de ese tipo de Medicina especializada y altamente tecnificada. Los mejores elementos humanos engrosaron las filas de la medicina de especialidad y los que no tuvieron acceso a los centros de alta enseñanza, se vieron obligados a practicar una muy mala medicina general, con el consiguiente detrimento del prestigio social y deterioro anímico de su imagen, consecuentemente se proyectaban poco y la comunidad los sentía cada vez menos.

Los altos costos de la medicina especializada y altamente tecnificada, la hicieron prácticamente incansable para las grandes masas, que sólo tuvieron acceso a ella en un marco de caridad o de asistencia pública. El resultado también ha sido que la población se haya realizado en el curandero o acudido al charlatán, en su angustia ante la adversidad.

La oscilación de la demanda de servicios entre el médico de cabecera y el súper especialista, deja un orden de cosas tal, que se requiere de la estructuración racional de sistemas de salud organizados por niveles de atención; entendiéndose por tales, una proyección y utilización de una red horizontal de los servicios que se deben prestar y no como una proyección vertical, de tipo jerárquico como frecuentemente se confunde.

Estos niveles son: El primer nivel de atención, nivel básico, o nivel de contacto primario, que constituye la puerta de entrada natural a todo el sistema de atención médica. En lo operativo, tiene o debe tener, como eje al médico general o al médico de familia en ejercicio.

El segundo nivel de atención, nivel intermedio, o de contacto secundario, se fundamenta en los servicios prestados por una de las cuatro grandes ramas de la práctica de la medicina: cirugía general, pediatría, gineco-obstetricia y medicina interna. En nuestro medio, puesto que los especialistas tradicionales en la práctica privada ejercen medicina de contacto primario (control prenatal,

atención del niño sano, etc.), y en las instituciones públicas no cumplen su papel adecuadamente, como miembros de un equipo de salud.

Finalmente, encontramos el tercer nivel de atención estructurado por los súper especialistas que atienden padecimientos poco frecuentes pero muy complejos que requieren de alta tecnología y por consiguiente su actuación requiere de costos muy elevados. En lo operacional debe concentrarse en centros hospitalarios con servicios que requieran alta especialización de conocimientos y de aplicaciones de técnicas complejas, en donde además se realicen intensamente actividades de investigación clínica.

Por la falta de formación del personal de primer contacto, y por inadecuada organización de muchos especialistas tradicionales que actúan en la atención del contacto primario y simultáneamente en el secundario, descubierta la entrada natural al sistema de salud, cualesquiera que sean sus peculiaridades.

La falta de adecuada ubicación de muchos médicos de acuerdo con los niveles de atención descritos, el interés de unos y otros, y la baja calidad de la atención médica de muchos, han causado que el estatus de los médicos de primer contacto sea del más bajo rango.

Algunas mentes que han podido entender este complejo problema y lo enfocan con extrema nitidez, saben que una de las soluciones para los problemas de salud, es la formación adecuada de médicos de primer contacto, con lo cual se constituye una peculiar especialidad. Es por ello que, a partir de la década de los sesenta se inicia un movimiento mundial por la creación de la Medicina de Familia y de la formación de médicos de familia como especialistas, primero en los Estados Unidos y después en el Canadá. Pero los componentes comunitarios que hoy tiene la práctica nacieron en Gran Bretaña, expuestos por Dawson en 1920, en su célebre informe, "donde propone la reestructuración de los servicios de salud en los medios civiles, con base en cuatro principios: a) el estado como proveedor y encargado del control de políticas de salud, b) esfuerzos coordinados o trabajo en equipo en los servicios de salud; c) desarrollo de instituciones para el diagnóstico y tratamiento de casos agudos, y d) medicina curativa y preventiva sin separación". Estos principios fueron aplicados después de la segunda guerra mundial, con la

instrumentación en ese país de la medicina socializada, basada en el ejercicio organizado del "Medical practicion". El producto final de esta especialidad es obtener un médico de primer contacto con el paciente, integrado al Sistema de Salud, que evalúe la totalidad de las necesidades de la persona, le provea los cuidados indispensables en relación con su competencia particular y lo refiera cuando su pericia y habilidad, o los medios de que dispone son limitados. Por todo lo cual requiere la ayuda de otros profesionales, sin abandonar por ello la responsabilidad del cuidado continuo e integral de la salud del paciente en el contexto de su medio ambiente, incluyendo la comunidad y la familia como unidad social de atención.

No obstante el esfuerzo sostenido por muchas personas que comprende que el médico de familia y el otro especialista no se contraponen, sino que se complementan, al tener esferas de influencia interrelacionadas, pero independientes y cada vez mejor definidas; aún persiste, en muchas personas, el injusto, inadecuado y distorsionado concepto de que el médico de familia es incapaz de adquirir conocimientos y habilidades por la falta de dedicación y de capacidad intelectual.

El médico de familia es un elemento indispensable en el Sistema de Salud, no porque sea más importante que otros especialistas tradicionales, sino porque tiene un rol en el contacto primario mediante el cual eleva la calidad de la atención que consecuentemente, contribuye a la mejoría del Sistema de Salud en su totalidad. No es un médico omnipotente con conocimientos profundos de todas las ramas de la medicina, que por sí sólo deba resolver todos y cada uno de los problemas de los pacientes. Pero si puede resolver integralmente un 85% de los padecimientos que enfrenta, con un enfoque integral prioritariamente preventivo, al aprovechar la oportunidad única del contacto íntimo con sus pacientes, captar confianza de los mismos, producirle alivio a su ansiedad, lo cual le sirve como catalizador para lograr la curación.

Hacemos referencia al comentario del Dr. Jaime Alarid, durante una sesión de trabajo del Post-grado de Medicina de Familia en 1993, donde expresó lo siguiente: "Aunque no exista labor más ingrata que la del profeta, ni posición más vulnerable que la del pronosticador", expondré a continuación mis conceptos sobre el futuro de la Medicina

Familiar en Mérida.

Al comprenderse la esencia del significado de la Medicina de Familia se garantiza a su ejercicio un éxito rotundo. Sin embargo debemos reflexionar cuanto tiempo necesitamos para lograr la consecución del mismo. La realidad indiscutible del creciente impulso que ha tenido la especialidad en nuestro medio, no ha sido dado por los que la ejercen, sino habitualmente por conducto de los simpatizantes que ejercen otra especialidad; pudiendo señalar que nunca tantas personas ajenas han hecho tanto por otros, que estos por su misma especialidad. Para que se mantenga e incremente este impulso, se hace necesario primariamente de los propios médicos de familia, que se identifique y consolide su actuación apropiada mediante el logro de objetivos comunes, en forma de un grupo gremial unido y solidario.

Suponiendo que el actor de crecimiento de la especialidad fuera óptimo por la participación de todos los médicos de familia, conviene advertir que existen dos elementos que en el futuro pueden ser limitantes o facilitadores, a saber:

Primero, que los cambios que administrativamente se presenten en las esferas de alta dirección en el Sector Salud den como resultado variaciones en las políticas, desde el franco impulso, con la participación bien intencionada de muchos y la seguramente mercenaria de no pocos, y también hay que tener en cuenta la indiferencia, el abandono o la socavación del interés por el servicio, a través de la subestimación o del poco esfuerzo y el pobre aliento de los propios médicos de familia.

El segundo factor, más trascendental, lo constituye la limitación del ejercicio de la Medicina de Familia en las múltiples instituciones de salud existentes en el país, no coordinadas y con coberturas desiguales, parciales, desintegradas, que muchas veces trasladan sus obligaciones a otras, dejan grandes vacíos para responder a las necesidades totales de salud de las poblaciones que deben atender.

Se desprende de los anterior, que el pleno ejercicio de la Medicina de Familia sólo será posible cuando se constituya un Sistema Nacional de Salud, porque es irreal pensar en la práctica del Médico de Familia en comunidades fraccionadas; y sólo con audaces modificaciones esto será factible.