

Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. Contra el descrédito del héroe

Juan Gérvas, Bárbara Starfield, Sergio Minué, Concepció Violan y Seminario de Innovación en Atención Primaria 2007

Introducción histórica

El médico primero fue el médico generalista que, de chaman a médico propiamente dicho, ha acompañado al enfermo desde la Prehistoria hasta el siglo XXI. En España se define un verdadero médico general (1) a partir del siglo XIII, con el Fuero Real de Alfonso X el Sabio que reconoció, mediante un título, la exclusiva de la prestación de servicios sanitarios al «físico» cuyos conocimientos hubiesen avalado los compañeros del mismo lugar. Por esa exclusiva se convirtió en el «médico titular», que ha llegado hasta la actualidad. También en la Edad Media, los gremios ayudaron a crear el pago por capitación, a fin de dar seguridad al médico. Se le aseguraba al médico el cobro de un fijo por «cabeza» a cambio de la prestación de cuidados a los componentes del gremio (trabajadores y sus familias, y viudas y huérfanos), a los que se «igualan» (todos pagan lo mismo, igual estén sanos que enfermos), con lo que nació la «igual». El «físico» abandonó las actividades del boticario, el cirujano y el odontólogo, hasta dedicarse en exclusiva a las que consideramos actualmente propias del médico.

Surge la especialización médica cuando se añan: *a*) un saber que permite deslindar con precisión el campo concreto de la especialidad (conjunto de enfermedades o de téc-

(1) En este texto se habla indistintamente de médico general, médico de familia, médico de atención primaria y médico de cabecera. Todos ellos se consideran generalistas, por contraposición a los especialistas en otras ramas de la medicina.

Este texto se elaboró a partir del primer taller presencial de los Seminarios de Innovación en Atención Primaria, que en 2007 se dedican a la organización de los servicios en atención primaria. Se celebró en Madrid, el 23 de febrero de 2007, y fue ponente Bárbara Starfield, contrapuntos Sergio Minué y Concepció Violan, y coordinador Juan Gérvas. Los Seminarios de Innovación en Atención Primaria están organizados por la Fundación Ciencias de la Salud y la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial, y cuentan con el patrocinio de GSK.

Correspondencia: Dr. J. Gérvas.
Equipo CESCA.
Travesía de la Playa, 3. Buitrago del Lozoya. 28730 Madrid. España.
Correo electrónico: jgervasc@meditex.es

Manuscrito recibido el 28-5-2007.
Manuscrito aceptado para su publicación el 3-7-2007.

Puntos clave

- En medicina, el espejismo tecnológico del último siglo casi ha borrado la importancia de la medicina general/de familia (y de la medicina interna) y ha acrecentado la importancia de los especialistas, los diagnósticos y la tecnología.
- En la consulta del médico de cabecera sobrepandan cuestiones que podrían resolverse con menos formación y capacitación; las consultas se han llenado de naderías y burocracia.
- Predominio del individuo sobre la población. Es el individuo el que consume, y los servicios sanitarios se convierten en bienes personales consumidos, lo que conlleva inmediatez, simplicidad y olvido de la población.
- Las clases altas, que utilizan con más frecuencia los servicios de los especialistas, les atribuyen un prestigio que niegan a los médicos de familia, sencillamente porque los ignoran o no los utilizan.
- A la sociedad le conviene recuperar y promover un nuevo médico de familia que crea en sí mismo, sepa cooperar con otros profesionales y ámbitos asistenciales, sea capaz de pensar al tiempo en el paciente individual y en la población a la que pertenece y ejerza con calidad técnica y humana.

nicas); *b*) una agrupación de habitantes que puedan recibir los cuidados (urbanización, burguesía); *c*) un desarrollo económico que permite el trabajo en exclusiva de los médicos sobre ese campo concreto (capitalismo), y *d*) la existencia de una sensibilidad social acusada acerca de la importancia de dicho campo¹.

Con el progreso de las ciencias médicas básicas y el desarrollo técnico de los hospitales empezó a verse en negativo la vieja imagen ideal del Renacimiento, del intelectual capaz de abarcar la totalidad del conocimiento, artista hábil en todas las técnicas, y artesano capacitado en su oficio. Se

veía (y se ve) sólo las ventajas de la especialización. En medicina, el espejismo tecnológico casi ha borrado la importancia de la medicina general (y la medicina interna) y el médico «renacentista» (general y polivalente) y ha acrecentado la importancia de los especialistas, los diagnósticos y la tecnología^{2,3} (tanto en las sociedades capitalistas como, en su día, en las comunistas). Demostración palpable del papel de cenicienta de la atención primaria en España es el bloqueo de su presupuesto, pese a la retórica al uso que la convierte oficialmente en «el eje del sistema sanitario»⁴. En este texto analizaremos, desde el punto de vista del propio médico de familia, tres cuestiones que explican la falta de relieve social y el descrédito de la medicina general/de familia. Se indican posibles soluciones.

Escaso interés del contenido actual de la práctica cotidiana

En la consulta del médico de cabecera sobrepasan cuestiones que podrían resolverse con menos formación y capacitación; las consultas se han llenado de naderías y burocracia.

De naderías desde el punto de vista clínico, pues lo que predomina es la realización de actividades preventivas con poco sentido (que se implantan sin análisis de su efectividad y necesidad, ni del impacto en la salud de los pacientes y de la población), la atención vicariante a los pacientes que «controla» el especialista (con sus prescripciones y sus citas y recetas), la prestación de servicios simples orientados a lo biológico (poco integrales) y el seguimiento innecesariamente frecuente de pacientes crónicos bien controlados (que «okupan» la agenda diaria).

De burocracia creciente, pues se mantiene el modelo de receta incluso en su diseño electrónico, se insiste en una rutina alienante para la baja laboral, se sobrecarga con exigencias de justificantes, informes, documentos y certificados para todo (para viajes, ausencias, balnearios, deportes, ayudas y demás), y se introducen sistemas informáticos más orientados a la gestión que a la clínica.

Como respuesta a la falta de contenido clínico, convendría seleccionar prevención de efectividad probada, y ceder actividad, poder y responsabilidad al personal auxiliar, de forma que el médico de primaria tuviera que enfrentarse a casos complejos y difíciles, a los retos que conlleva la incertidumbre clínica en los pacientes agudos y crónicos, y especialmente, al seguimiento integral de los pacientes con varias enfermedades⁵⁻⁸. El médico de familia debería ejercer de tal, de profesional altamente cualificado, capaz de tomar decisiones apropiadas en situaciones de gran incertidumbre. Los sistemas de información tendrían que permitir la valoración y la promoción de la consecución práctica de este estilo de trabajo, del médico general polivalente y competente en lo humano, lo profesional y lo organizativo, que se enfrenta con seguridad a condiciones y situaciones muy variadas, y las resuelve a satisfacción del

paciente, la organización sanitaria, la sociedad, sus colegas y de sí mismo^{9,10}. Para ello es imprescindible definir el contenido apropiado de la actividad clínica del médico de familia, los valores que caracterizan su forma de trabajo, y los métodos correctos de medir e incentivar su logro (puesto que es cierto el dicho «dime cómo me mides y te diré cómo me comporto»¹¹, y hasta ahora la evaluación ha sido más bien simplista, y hasta desatinada).

Conviene concebir la práctica cotidiana de forma que se vea el trabajo habitual en la consulta como un reto diario en el abordaje de la incertidumbre típica de los problemas en atención primaria. Reto en el sentido clínico (respuesta adecuada a los problemas orgánicos, psíquicos y sociales, con las técnicas, habilidades, conocimientos y valores propios del médico general), en el sentido de gestión clínica (uso razonable de los recursos, según gravedad y complejidad de los pacientes, y según oportunidad) y en el sentido docente y de investigación (enseñanza y valoración de la calidad técnica y humana, descripción y análisis de la actividad, estudio de la historia natural de las enfermedades y demás)¹².

En la consulta es clave la labor gerencial competente en lo económico, social y humano, la forma de organización del trabajo, y la actitud de los propios profesionales (acomodados en muchos casos a una inercia rutinaria); el cambio se logra con la asignación de autoridad y responsabilidad.

Predominio del individuo sobre la población

El «animal político» griego se está transformando en el «animal consumidor» actual. Es el individuo el que consume, y los servicios sanitarios se convierten en bienes consumidos, lo que conlleva inmediatez y simplicidad. Lo importante es la satisfacción del usuario, por encima de cuestiones más generales, como la equidad. La política sanitaria se centra en satisfacer expectativas, más que necesidades, y lo que cuenta es el individuo, la soberanía del consumidor¹⁰.

El sistema sanitario se orienta casi en exclusiva a lo urgente, a lo inmediato, y como consecuencia, las políticas a largo plazo se olvidan o relegan. Con ello no es extraño que se minusvalore el potencial del médico general en la atención de problemas de salud mediante la longitudinalidad (atención a lo largo del tiempo de los distintos problemas de salud del paciente) y el conocimiento simultáneo de la colectividad, la familia y el individuo, sin llegar a diagnósticos y sin utilizar alta tecnología (más de la mitad de los casos se resuelve en atención primaria sin un diagnóstico definitivo¹³). El médico de cabecera capaz de utilizar la escucha, la «silla» como método diagnóstico, deviene un anacronismo¹².

Conviene dedicar tiempo y esfuerzo a comprender los cambios sociales y, adaptados a ellos, demostrar la importancia y los beneficios de la visión global del paciente¹⁴. El médico de familia con una lista de pacientes debería tener claro que la resolución de lo urgente no impide considerar

cuestiones como la clase social del paciente y el cumplimiento de la «ley de cuidados inversos». Los logros en equidad no impiden logros en la clínica, al contrario. Por ello hay que exigir la inclusión en los sistemas de información de datos que permitan obtener información sobre uso y resultado en salud según la clase social.

Frente al énfasis y la necesidad de dar respuesta a lo individual, urgente e inmediato, conviene demostrar las ventajas del trabajo eficaz, a largo plazo, capaz de resolver las necesidades de la población en cooperación con la Salud Pública y con otros sectores, como los servicios sociales¹⁰. La Ley de Dependencia, por ejemplo, es una buena oportunidad para la atención primaria, por centrarse en un problema grave y complejo que requiere la cooperación intersectorial. También es una oportunidad para demostrar el potencial comunitario de la atención primaria, oportunidad perdida hasta ahora, las sucesivas crisis sanitarias (las olas de calor en verano, la «epidemia» de gripe aviar, y demás) en las que es esencial la respuesta coordinada de los servicios sanitarios y sociales.

El prestigio social lo marcan las clases altas

La democracia es un sistema político imperfecto que permite tomar decisiones «menos malas» en la resolución de conflictos entre intereses divergentes. Como en todo conflicto entre intereses, los que tienen más poder tienen más capacidad de decisión y, al menos, establecen la agenda política¹⁵.

El poder lo dan los recursos (financieros, materiales, humanos y de conocimiento), y en una economía de mercado las clases altas son las poderosas, las que definen, por ejemplo, el prestigio social. Anexo al prestigio va el poder social, en un círculo positivo retroalimentado. No es raro, pues, que las clases altas utilicen con más frecuencia los servicios de los especialistas, sobre todo en el sector privado¹⁶⁻¹⁸, y que a ellos atribuyan un prestigio que niegan a los médicos de familia, sencillamente porque los ignoran, no los utilizan o los consideran sólo buenos para una beneficencia del siglo XXI.

Por contraste con esta falta de prestigio, que también afecta a los propios médicos de familia como grupo (se demuestra, p. ej., en el escaso atractivo de las plazas de medicina de familia en la convocatoria MIR, lo que constituye un problema en España y otros países)^{7,8,10,19}, los médicos de cabecera continuamente obtienen los mejores puestos en las encuestas de confianza y satisfacción de la población usuaria²⁰, lo que no se podría deducir del eco que estos profesionales tienen en los medios de comunicación.

En los estudios de investigación de servicios también se demuestran de continuo los buenos resultados de una atención primaria fuerte en el control del gasto sanitario y la salud de la población²¹. Estas buenas marcas no se reflejan en el estatus profesional, las condiciones de trabajo, los ingresos y los recursos destinados a la atención prima-

ria^{4,22}. La atención especializada consume recursos incesantemente y su brillo tecnológico deslumbra a los pacientes (de todas las clases sociales), a los propios profesionales y a los políticos. Por ejemplo, es expresión palpable de ello la difusión sin evaluación de las consultas hospitalarias y ambulatorias de alta resolución, en las que se expone a los pacientes a una «excesiva» resolución^{22,23}.

Una atención primaria fuerte se basa en el prestigio de los médicos que trabajan en ella, en el número y la remuneración de sus médicos en relación con los especialistas, y en la fuerza de sus organizaciones profesionales y científicas. Convendría lograr estas 3 condiciones básicas, lo que exige el debate con los políticos, los especialistas y la clase alta (que busca en los especialistas al experto, al que reduce rápidamente la incertidumbre, al que etiqueta e interviene)^{2,24}. Se trataría de hacer ver la necesidad de una prevención cuaternaria que evite el consumo excesivo e innecesario de «bienes» sanitarios, tanto para defender al paciente de las consiguientes cascadas diagnósticas y terapéuticas como para ayudar al trabajo del especialista (para mantener su necesaria «pureza de raza», lo que exige enfrentarle a casos complejos, difíciles e infrecuentes, y prestar atención como consultor, salvo excepciones)²⁵. Si son ciertos los peligros de la fragmentación de la atención y si la prevención cuaternaria es esencial^{14,26}, hay que lograr que los políticos cambien las reglas y que la clase alta lo acepte. Es decir, hay que lograr poder político, hay que rentabilizar el apoyo de la población y los resultados en coste y salud de la atención primaria. Por ejemplo, para definir cómo se financia el modelo, para evitar un sistema sanitario dual (*two tier system*), para exigir la existencia del médico de cabecera en la prestación de servicios privados a través de los sistemas tipo MUFACE, MUGEJU e ISFAS (de funcionarios) y otros convenios de financiación pública y provisión privada, o que se incentive el papel de filtro del médico general en las sociedades privadas^{15,27}.

Conclusión

A la sociedad le conviene recuperar el prestigio y el crédito atribuidos de antiguo a los médicos de cabecera³, «los héroes anónimos de la medicina»²⁸, y promover un nuevo médico de familia que cree en sí mismo, que sabe cooperar con otros profesionales y ámbitos asistenciales, que es capaz de pensar al tiempo en el paciente individual y en la población a la que pertenece, que ejerce con calidad técnica y humana, con respeto a los valores generales y profesionales y al que se retribuye en justa correspondencia.

El abuso de la tecnología y la especialización médica se ha convertido en un factor de riesgo que puede llegar a tener impacto negativo en la salud de la población⁵. La fragmentación del paciente en enfermedades (diagnósticos) que nadie es capaz de sumar conlleva el peligro de considerar al conjunto como la simple suma de las partes¹⁴, lo que resulta absurdo siempre, pero más con el predominio

de la comorbilidad. Para evitar el abuso de la tecnología y la fragmentación del paciente se precisa un médico de familia prestigiado, competente y polivalente. Las organizaciones profesionales y científicas de médicos de cabecera tendrían que desarrollar «músculo» y poder político para lograrlo. Un buen indicador del éxito sería lograr un atractivo renovado de la especialidad en el MIR.

Miembros del Seminario de Innovación en Atención Primaria 2007

Abarca B, Alberquilla A, Amengual M, Ayala V, Bonis J, Coll Benezam JM, Díez Astorgano A, Drake M, Domínguez Velásquez J, García García-Esquives E, García Olmos LM, García Ortiz A, Gómez Moreno N, Miguel García F, Otero A, de Pablo R, Palacín JC, Pastor-Sánchez R, Paul P, Pérez Artigues JA, Pérez Fernández M, Rico A, Ripoll MA, Rivas Costa G, Rodríguez Ledo P, Rodríguez Sendín JJ, Ruiz Téllez A, Simó J, Timoner J, Vázquez Díaz JR, Solla JM y Vicente Molinero A.

Bibliografía

1. Laín Entralgo P. Historia de la Medicina. Barcelona: Ediciones Científicas Técnicas; 1994.
2. Rosenberg CE. The tyranny of diagnosis: specific entibies and individual experience. *Milbank Q*. 2002;80:237-60.
3. Foz M. La dialéctica entre medicina interna y las otras especialidades médicas desde la perspectiva profesional. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:141-7.
4. Simó J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, cenicienta del Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria*. 2007;39:127-32.
5. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract*. 2001;51:303-9.
6. Casajuana J. En búsqueda de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC*. 2005;12:579-81.
7. Bodenheimer T. Primary care. Will it survive? *N Engl J Med*. 2006;355:861-4.
8. Reuben DB. Saving primary care. *Am J Med*. 2007;120:99-102.
9. Ruiz Téllez A. Viabilidad de los proyectos de informatización sanitaria. Paso previo al análisis de la fiabilidad de la información. *AMF*. 2006;2:442-51.
10. Aranda JM. Medicina familiar y comunitaria y salud pública: ¿una oportunidad perdida? *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:1-6.
11. Goldratt E. El síndrome del pajar. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
12. Simó J. Empowerment profesional en la atención primaria médica española. *Aten Primaria*. 2005;35:37-42.
13. Crombie DL. Diagnostic process. *J R Coll Gen Pract*. 1963;6:579-89.
14. Pérez Franco B, Turabián JL. Marco competencial de los médicos de familia: ¿clínicos o personas? *Aten Primaria*. 2007;39:41-3.
15. Freire JM. La cobertura poblacional del SNS: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. En: Repullo JR, Oteo LA, editores. *Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible*. Barcelona: Ariel; 2005. p. 61-99.
16. Rodríguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance on the choice of GP/specialists and public/private provider in Spain. *Health Econ*. 2004;13:689-703.
17. Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*. 2006;174:177-83.
18. Centro de Investigaciones Sociológicas. *Barómetro Sanitario, 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 marzo 22. Disponible en: www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm
19. Sullivan P. Family medicine crisis? Field attracts smallest-ever share of residency applicants. *CMAJ*. 2003;168:881-2.
20. Blendon RJ, DesRoches CM, Fleischfresser C, Benson JM, Weldon K, Jovell AJ, et al. Confianza en el Sistema Nacional de Salud. Resultados del estudio español. Barcelona: Harvard School of Public Health y Fundació Biblioteca Josep Laporte; 2006. Disponible en: www.fbjoseplaporte.org/docs/trust_spanish_hcs.pdf
21. Macinko UJ, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *HSR*. 2003;38:831-65.
22. García Encabo M. Entre los deseos y los pronósticos en atención primaria. *El Médico*. 2007;1015:8-15.
23. Gérvás J, Palomo L. ¿Alta o excesiva resolución? *Med Clin (Barc)*. 2002;119:315.
24. Stein HF. Family medicine's identity: being a generalist in a specialist cultura? *Ann Fam Med*. 2006;4:455-9.
25. Gérvás J, Pérez Fernández M. Atención primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9:384-400.
26. Gérvás J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit*. 2006;20 Supl 1:127-34.
27. García Marco C. La prestación farmacéutica de las mutualidades de funcionarios españoles: ¿bueno, bonito y barato? *Rev Adm Sanit*. 2007;5:17-34.
28. Jovell AJ. El futuro de la profesión médica. Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. Barcelona: Fundació Biblioteca Josep Laporte; 2001. Disponible en: www.fbjoseplaporte.org/docs/futuropm.pdf