

# Medicina de Familia: un modelo médico de pensamiento y acción

Doctor **Julio Ceitlin**

Sesión Solemne del 27 de agosto de 1998

Vengo con un profundo sentimiento de amistad nacido de la fortuna de haber vivido en este país, en esta ciudad, durante más de un lustro, lo que me dio la oportunidad de conocer y trabajar con personas del mundo científico y académico que han dejado hondas huellas en mi espíritu. Aquí he aprendido a valorar los quilates de la intelectualidad colombiana y aquí he iniciado y cultivado amistades que perduran en el tiempo.

Les agradezco la honrosa distinción que me han conferido, lo que plantea para mí una deuda de gratitud para con la Academia Nacional de Medicina de Colombia, deuda que sólo podré devolver trabajando perseverante e incansablemente para que los vínculos que unen a las comunidades científicas médicas de nuestros respectivos países se estrechen cada vez más.

Como parte de este acto, se me ha invitado a hablarles de un tema en el que trabajo desde hace dos décadas y que me apasiona cada vez más: la Medicina Familiar.

Tuve muchas dudas sobre la forma de encararlo ante un auditorio tan ilustrado y calificado como éste, porque si uno tuviera que atacarlo escolásticamente debiera comenzar con la prehistoria de la medicina, para fundamentar el desarrollo de esta disciplina. Y pensaba, ¿qué puedo decir a ustedes sobre esto si seguramente como estudiosos de la medicina lo conocen mejor que yo? Era cierto, pues en la presentación del libro *Humanismo y Medicina*, el Académico Adolfo De Francisco Zea ha hecho con gran solvencia esa magnífica introducción histórica que yo necesitaba.

De allí que prefiero comenzar contándoles lo que había pasado en mí mismo, explicarles porqué había

elegido un derrotero que significaba y significa una lucha a veces muy dura por promover un modelo de atención médica, que en última instancia, es mejor para nuestra gente.



Quando me gradué en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, abrí mi consultorio en un barrio periférico de la ciudad. Era lo que allí denominamos un médico de barrio, un clínico que atendía las necesidades de mi comunidad viendo adultos, niños, embarazadas, familias enteras con las que convivía en un mismo ámbito ciudadano. Veía pacientes en el domicilio y muchas veces me despertaban por la noche para atender una emergencia. Tuve que hacer el parto de la tintorera japonesa de mi barrio, que no hablaba español, cuyo hijo me vino a buscar porque la madre se sentía indigestada al parecer porque le había caído

\* En su incorporación como Miembro Correspondiente Extranjero de la Academia Nacional de Medicina de Colombia.

mal alguna comida. Cuando entré me encontré con una señora obesa, con un abdomen globuloso con contracciones frecuentes y le pregunté si sabía que estaba embarazada; nunca pude oír lo que me contestó porque el niño ya venía. Para cerrar esta anécdota les cuento que horas después nació el segundo de los mellizos, producto de la famosa indigestión. Como ustedes ven hacía medicina general de barrio o de pueblo y, les aseguro, con buen éxito de pacientes.

Trabajaba por la mañana en un hospital en el que funcionaban cátedras de la Facultad y allí nació mi interés por la enseñanza. Por supuesto, cuando quise abrazar la carrera docente debí optar por una de las ramas de la medicina y elegí la que más se aproximaba a mi tarea, lo que en mi país se llama Clínica Médica, equivalente a lo que en otras partes denominan Medicina Interna. No existía una cátedra de Medicina General, como la practicaban cientos de médicos de entonces, sencillamente porque la Medicina General en el ámbito de la educación médica era una especie en extinción.

Bastantes años después, trabajando en FEPAFEM, me puse en contacto con el pujante movimiento de *Family Practice* que estaba en franco ascenso en los Estados Unidos, y allí me reencontré con un campo que me era muy familiar. Pensé de inmediato que si ese tipo de medicina tenía sus razones de ser y era bueno para el pueblo americano ¿porqué no habría de serlo para los pueblos de América Latina? A partir de ese momento comencé una apasionante tarea que se extiende hasta la actualidad.

Para mi presentación trataré de pasar revista a los siguientes puntos: Generalismo y especialismo; los fundamentos sociales y científicos del modelo; el modelo biopsicosocial y el modelo biomédico; cambios en la relación médico paciente; y ciclo vital familiar.

Las especialidades se originan por dos mecanismos principales:

**1. La fragmentación** de una rama macro de la medicina, como la medicina interna, a partir de la cual se desarrollaron la endocrinología, la cardiología, la gastroenterología, etc., o de la cirugía general, de la que se diferenciaron la cardiocirugía, la neurocirugía, etc.

**2. El desarrollo tecnológico.** Los rayos Roentgen, la fibra óptica, el ultrasonido, las ondas electromagnéticas o los radioisótopos, a partir de los cuales se desarrollaron la radiología, la endoscopia, la ecografía, la resonancia magnética, y la medicina nuclear, respectivamente, son ejemplos claros de este origen.

La Medicina Familiar no se origina por ninguno de esos mecanismos, por lo que vale la pena referirles el proceso de su gestación en un país como los Estados

Unidos. A mediados de la década de los 60 el gobierno comenzó a recibir numerosas críticas de la sociedad con respecto a la calidad de la atención médica que se les brindaba. La situación motivó el nombramiento de varios comités a los que se encargó el análisis del problema, el último de los cuales produjo un documento histórico llamado **Informe Willard** en honor a su presidente.

La atención médica fue descrita como **fragmentada y despersonalizada**, y para corregirlo se planteó la necesidad de formar un nuevo tipo de generalista, diferente del antiguo médico general, que debería tener un adiestramiento específico en el posgrado para adquirir un conjunto determinado de habilidades y conocimientos y desempeñar un papel bien diferenciado en el sistema de servicios de salud. Llama la atención que esa inconformidad se hubiera manifestado en una época en la que florecieron los más importantes centros médicos, se reconocieron la mayoría de las especialidades existentes y se avanzó impetuosamente en el equipamiento tecnológico.

No es coincidencia —dice McWhinney— que *cambios del mismo tipo se estuvieran dando en el Reino Unido, Canadá, Holanda, Noruega, Australia*, y otros países industrializados.

A partir de ese momento comienza un fuerte proceso de desarrollo de programas que comprende la creación de residencias en Medicina Familiar y la organización de servicios de medicina familiar que se insertan en los sistemas de salud existentes y en las universidades. Una idea de la magnitud de este proceso la da el hecho de que en 1969 se crearan en Estados Unidos las primeras 15 residencias habiendo hoy 450; y que hay 126 escuelas de medicina que tienen departamentos de medicina familiar.

La incorporación de servicios de Medicina Familiar en un sistema de salud es una decisión política. Agregar un servicio de terapia intensiva o de neurocirugía es una decisión más bien técnica. Incorporar servicios de Medicina Familiar en un sistema significa su transformación, de un sistema centrípeto con eje en los hospitales, en un sistema centrífugo que privilegia a las unidades de servicios ambulatorios descentralizados, idealmente, centros de medicina familiar. El cambio implica además la reestructuración del recurso humano médico, cuantitativa y cualitativamente, para lograr una proporción equilibrada entre médicos de familia y médicos especialistas del tipo tradicional.

El fenomenal resultado de la experiencia española muestra que si la reforma del sistema de servicios de salud basada en el desarrollo de la Atención Primaria de alta calidad se vincula al desarrollo de la Medicina Familiar asentada sobre la formación y utilización de

médicos de familia, esto constituye hoy por hoy la mejor estrategia para obtener un sistema de salud con mayores y mejores respuestas a las necesidades de la gente. El proceso desarrollado en España, se anticipó en una década a la tendencia promovida en los años 90 por las organizaciones internacionales sobre reforma del sector salud.

Quienes estamos acostumbrados a escudriñar más allá de lo aparente, en las causas profundas de los cambios, no podemos conformarnos con la anécdota; creer que un cambio tan fuerte se debió a hechos circunstanciales provocados por presiones de grupos o instituciones aisladas sería una ingenuidad.

Von Bertalanfy formula a mediados de los años 60, la **Teoría General de los Sistemas**, un nuevo paradigma en el que sostiene que la naturaleza está ordenada en sistemas jerárquicos, tanto orgánicos como inorgánicos. Los sistemas orgánicos van desde el organelo a la célula, al tejido, al órgano, al organismo, a la familia, a la comunidad, a la sociedad. Cada nivel jerárquico es una totalidad en sí misma y forma parte de una totalidad mayor. Dice Koestler, que como la diosa Jano, que vigilaba las puertas del cielo y la tierra, era representada con dos rostros, un sistema tiene también dos caras, una mira hacia un sistema de orden superior que lo contiene y la otra, hacia un sistema de orden inferior al que contiene. La aparición de este paradigma plantea a la ciencia pasar del modelo reduccionista del siglo XIX a un enfoque sistémico, lo que en medicina se traduce en el paso del modelo biomédico a un enfoque biopsicosocial.

John Naisbitt, sociólogo americano, en su libro **Megatrends**, señala que una de las necesidades más profundas de una sociedad tecnológica es la de mayor contacto personal y menciona específicamente a la Medicina Familiar como la respuesta del sistema y la profesión médica a esa necesidad social.

Las características del Modelo Biomédico iniciado por Bright en el Siglo XIX, pueden resumirse así: Se basa en una concepción patologista, es reduccionista, es curativo, es objetivo, mantiene la división mente/cuerpo, el diagnóstico es biológico, crea territorios estableciendo barreras disciplinarias y el paciente queda trozado en partes que pertenecen a cada especialidad, el tratamiento se considera generalmente externo al paciente y a la relación médico paciente.

Aunque el modelo biomédico ha permitido grandes avances en el conocimiento y desarrollo tecnológicos vinculados a la gran industria de la salud, al dejar por fuera las variables humanas, sociales o culturales del enfermar deja de ser científicamente completo.

**El Modelo Biopsicosocial.** En 1977 Engel, de la Universidad de Rochester, propone un paradigma

capaz de incluir científicamente **el dominio humano en la experiencia de la enfermedad**. El modelo biopsicosocial derivado de la teoría general de los sistemas, parte de la biología y corresponde a los cambios que la ciencia contemporánea ha hecho en su cuerpo teórico, como por ejemplo, la introducción del principio de indeterminación de Heisenberg en la física cuántica.

Los puntos esenciales de esta nueva epistemología son:

1. No existe el observador objetivo y prescindente.
2. La presencia del observador y sus instrumentos perturban al fenómeno de una manera no determinable.
3. No hay un fenómeno en sí mismo, la conjunción entre el operador y el fenómeno produce una nueva condición en la que aparecen fenómenos que son productos de ambos.
4. La causalidad de todo fenómeno es múltiple. Las relaciones de causalidad son complejas y no lineales.
5. Se introduce el concepto de incertidumbre.
6. No es posible fragmentar un fenómeno para su estudio. Los fenómenos deben ser tomados siempre como totalidades
7. Siempre debe tenerse en cuenta el contexto.
8. La subjetividad del observador es parte del proceso.

Un paradigma nuevo no es mejor ni peor que el anterior solo sirve para explicar más fenómenos que aquél. Esto puede entenderse mejor si pensamos que el modelo de Universo concebido por Claudio Tolomeo, era geocéntrico, y durante muchos siglos se creyó que la tierra era plana, lo que no fue obstáculo para que se construyeran monumentos extraordinarios como las catedrales góticas en Europa.

Apoyándonos en esta concepción podemos afirmar que la salud y la enfermedad son un continuo interrogante. Las barreras entre salud y enfermedad no son tan claras; la salud no es un producto, ni un estado, sino un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares, ambientales. Cambia por lo tanto la función del médico, que ya no sería sólo curar enfermedades sino cuidar la salud, teniendo en cuenta a la persona que enferma en su contexto vital.

Se pasa de **una medicina centrada en la enfermedad a una medicina centrada en el paciente**. El idioma inglés hace una diferencia sutil pero profunda entre *illness* y *disease*. *Illness* se refiere a lo que siente el paciente y *disease* es la enfermedad científicamente catalogada. En la consulta tradicional lo que está en consideración es la enfermedad mientras que en la del médico de familia, es el enfermo como persona.

Cada vez está más documentado por la investigación cómo las condiciones de vida y el vivir constituyen variables significativas que modifican el momento de aparición y el curso de las enfermedades. Por ejemplo, en los períodos de duelo, o en aniversarios traumáticos, el agravamiento de enfermedades autoinmunes es notorio. El mayor deterioro de la salud global en personas solas o sin soporte social, la depresión del sistema inmunológico en situaciones de estrés, y muchos otros.

**De la Díada a la Tríada.** La familia es el contexto principal y determinante del desarrollo físico, emocional e intelectual de cada uno de sus miembros y es el contexto social primario para tratar la enfermedad y promover la salud. Las familias transmiten directamente algunas enfermedades a través de la transferencia biológica de ADN. Investigación genética reciente ha aumentado nuestro conocimiento de que muchas enfermedades tienen factores genéticos significativos que aumentan la probabilidad de padecerlas, incluyendo depresión, alcoholismo, cáncer de mama, cáncer de colon y aparición de la diabetes mellitus en la adultez, por mencionar algunas. Pero estas enfermedades a menudo no están cien por cien determinadas genéticamente. Los patrones de conducta de larga duración pueden reducir o aumentar los riesgos genéticos, y tanto los riesgos genéticos como los patrones de conducta relacionados con la salud tienen su origen en la unidad familiar.



El acceso tradicional de la atención de salud ignora a menudo la importancia de integrar a los miembros de la familia perpetuando lo que Baird llama el *mito de la díada en la práctica médica*. Sin embargo, es posible mejorar el impacto positivo de los médicos sobre la salud de un individuo incluyendo a otros miembros de la familia en el plan de atención. Se pasa de una relación diádica en la interacción médica, a la tríada que incluye los componentes **paciente-familia-médico**.

Como un organismo vivo, la familia pasa por fases evolutivas, de curso predecible, regulado por factores internos: biológicos y psicológicos, y por factores externos: expectativas culturales y posibilidades sociales. El ciclo vital familiar, es un concepto ordenador, que

permite entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.

Los conceptos del ciclo vital familiar son una manera práctica y efectiva de ayudar a los médicos a implementar un enfoque biopsicosocial. Los momentos de transición en la vida familiar producen tensiones que exigen cambios en la organización familiar para adaptarse a las necesidades cambiantes de sus miembros.

Diferentes disciplinas convergieron para estudiar el desarrollo de la familia. En su trabajo clásico de 1957 Duvall dividió el ciclo vital en ocho etapas, todas ellas relacionadas con entradas y salidas de miembros de la familia y con eventos nodales de la crianza. Una generación se apoya sobre la otra en una **"espiral generacional"** en mutua interdependencia.

Una manera de considerar el ciclo vital familiar particularmente útil para el médico es la evolución en forma de una espiral entre dos polos: centrípeto-centrífugo. Estos términos describen estilos relacionales, organizaciones de la familia, que deben ajustarse a las necesidades de sus miembros y que se modifican a lo largo de su vida.

He mostrado hasta aquí los principales elementos que fundamentan nuestra disciplina y nuestra práctica. Ahora, parafraseando a Clemenceau, diría que la salud es una actividad demasiado seria como para dejarla sólo a los médicos por lo que creo de valor las reflexiones tangenciales o directas que hicieron filósofos y escritores con relación a este tema.

Nietzche se preguntó si ¿la ciencia debe dominar sobre la vida o la vida sobre la ciencia?

La respuesta sintetiza la revolución antropocéntrica. El centro no será más ese sujeto abstracto sino la persona concreta.

Sábato, entrevistado por un grupo de terapeutas intensivos les dice: Pero ¿qué es un enfermo? Un enfermo es un hombre. Pero cuando preguntamos ¿qué es un hombre? Empiezan las dificultades que llegan a ser vertiginosamente filosóficas. Podemos afirmar por lo menos que lo que la filosofía contemporánea llama "hombre" es mucho más que un conjunto de números, de presiones, cantidades de glucosa, radiografías y eritrosedimentaciones: es un ser complejo, una delicadísima unidad de materia y espíritu, donde todo influye sobre todo, en el que es inútil, cuando no pernicioso, el informe especializado que no integre el armónico y difícilísimo examen de la estructura.

En momentos en que el auge de la especialización y de la cuantificación mediante aparatos que parece para muchos el colmo de la maravilla, no es difícil demostrar que constituye uno de los más agudos peligros de la medicina contemporánea. Según

Schopenhauer, hay épocas en que el progreso es reaccionario y la reacción es progresista. Volver atrás en momentos de crisis, es lo más adecuado para retomar las banderas del genuino progreso.

Aun en el terreno del mundo material, la especialización condujo a una especie de nueva barbarie y debemos recordar que la más grande revolución de la física la hizo un hombre que fue capaz de tomar en consideración los problemas más generales de la materia en relación con el tiempo y el espacio; Einstein no era un especialista: era un generalista.

El creciente proceso de abstracción por obra de la matemática fue paralelo al creciente proceso de cuantificación, que si es tolerable y quizás inevitable para el mundo de los objetos es destructivo para la realidad cualitativa: el arte, los sentimientos, las emociones, los valores morales, el hombre y su espíritu. Cuantificación y abstracción, causa y consecuencia a la vez de este universo técnico y tecnolátrico son la raíz de la grave crisis de nuestro tiempo.

Para territorios complejos de la realidad biológica y psicofísica **el todo precede a las partes** lo que fue ya vislumbrado por Aristóteles y nosotros los médicos lo hemos comprobado en nuestros estudios de embriología humana donde pudimos observar que los órganos se van diferenciando de las primeras formaciones embrionarias hasta adquirir las características que tendrán en el ser maduro. El atomismo de la física no funciona en estas complejas realidades y debe ser

reemplazado por un organicismo que da prevalencia a la totalidad sobre las parcialidades.

Sigo citando a Sábato en la entrevista citada: "Reclamar al generalista ¿no es retomar la vieja tradición de aquel clínico de otro tiempo? De aquel hombre que tenía una especie de cualidad rbdomántica para detectar una enfermedad a veces con la sola forma de presentarse el paciente? De aquel hombre que conocía al enfermo por su nombre y apellido, que estaba al tanto de sus problemas familiares y de sus angustias pecuniarias, de sus manías y amistades, de sus pasiones y esperanzas, de sus ideas políticas y religiosas? ¿De aquel hombre que sin mirar un aparato sabía a priori que a Don Rafael Schiaffino lo que le hacía falta no era vigilar su ácido úrico sino, simple pero genialmente, irse por un tiempo al campo y dejar de ver a la suegra?"

Muchachos, soy apenas un escritor y, por cierto, no soy un médico. Lo que no significa que no sepa nada de medicina, pues sé de ella (y por motivos muy similares) lo que un ladrón consuetudinario puede saber de la organización policial. He padecido úlcera, reumatismo, gota, colitis, anginas de garganta, bronquitis. ¿Qué más, para hablar un poco del asunto?"

Señores Académicos, apelo a vuestra benevolencia. Por favor no se enojen, son opiniones revulsivas, con el sólo ánimo de inclinarlos al análisis y discusión de problemas que a veces creemos ya resueltos, aunque sólo lo están en apariencia.