

Bases Conceptuales de la Medicina de Familia

Manuel Gálvez Ibáñez

Licenciado y Doctor en Medicina. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Coordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia de Granada. España. Profesor visitante de la Universidad de Valparaíso de Chile.

La mayoría de los médicos que ejercemos la medicina de familia hemos sido formados bajo un paradigma cuyo lema pareciera responder a algo parecido a: *los médicos están para curar enfermedades*. Este paradigma tiene su correlato en el método clínico a aplicar: el médico es un sujeto pasivo, objetivo y aséptico que recibe a un paciente que le solicita su atención. El paciente le cuenta un conjunto de síntomas, a través de los cuales el médico, apoyándose en la anamnesis dirigida, la exploración física y diversas pruebas complementarias, llega a un diagnóstico encuadrable en algún epígrafe de sus libros de texto. El enunciado del diagnóstico suele conllevar el descubrimiento de una noxa que produce el cuadro. El tratamiento irá encaminado a luchar contra esa noxa que produjo la enfermedad. Se sobreentiende que el paciente sigue el tratamiento prescrito por el médico y que si se cura se debe al efecto beneficioso del tratamiento, habitualmente farmacológico.

El paradigma clásico ha tenido su correlato en la organización de los servicios sanitarios: el hospital como centro de diagnóstico y tratamiento, atendido por especialistas, lo cuales fragmentan la atención en aras de alcanzar un diagnóstico lo más preciso. El uso de gran cantidad de recursos tecnológicos se orienta en la misma dirección. El resultado final es que tras varias décadas de funcionamiento, la población interioriza el modelo y lo solicita tal cual. El esquema anterior se expresa, a su vez, en el marco docente en el que los médicos se forman: se enseña por asignaturas, en las que al ser humano se le fragmenta para ser explicado. En raras ocasiones, el contexto en el que el individuo se desenvuelve es tenido en consideración. La

docencia suele llevarse a cabo en hospitales urbanos de alto nivel, en donde se trata patología hiperseleccionada. Lo anterior conlleva que se ponga escaso énfasis en la importancia de la prevalencia a la hora de abordar el proceso diagnóstico y se produzca un mayor interés de los estudiantes por las enfermedades raras. Se produce un elevado uso de tecnología con escasa atención a los costes generados. El estudiante percibe la figura del médico como una *autoridad*, y al final de sus estudios el licenciado, como no podía ser de otro modo, quiere parecerse a sus maestros del hospital. Los libros de texto al uso suelen encabezar sus capítulos con el enunciado de un diagnóstico ya establecido.

La investigación también se orienta a descubrir la causa erradicable que precede al efecto que observamos, la enfermedad.

Lo anterior es lo que conocemos como modelo biomédico. Nadie puede negar las importantes aportaciones de este modo de concebir el proceso de salud y enfermedad, y la organización de los servicios sanitarios, en la salud de los individuos.

Siendo lo anterior cierto, el modelo fracasa como intento explicativo ante diversas situaciones que se dan básicamente en el medio extrahospitalario, aunque también pueden llegar al hospital, por ejemplo:

- a) Los pacientes muchas veces nos consultan por procesos absolutamente indiferenciados, difícilmente clasificables, que suelen corresponderse más a *malestares o dolencias (mareos, dolores abdominales, palpitaciones, insomnio, cefaleas, mialgias, dolores en miembros, etc)* que a

diagnósticos clínicos. En ocasiones resultará muy difícil diferenciar entre si nos encontramos ante un inocente *malestar* o en una fase temprana de la historia natural de una enfermedad médicamente definida.

- b) En ocasiones, no es el *paciente* quien consulta, sino que lo hace un familiar, por ejemplo, la mujer de un alcohólico.
 - A veces, la causa del mal no se encuentra en el pasado, sino en el futuro (*la falta de expectativas como explicación de un cuadro depresivo*)
 - En ocasiones, no quedaría claro qué especialista debería abordar un cuadro inicial, por ejemplo, un dolor en hipogastrio en una mujer (*¿ginecólogo, urólogo, gastroenterólogo?*).
 - La variabilidad de la práctica médica nos indica que el médico no es un sujeto tan neutro como pudiera parecer en un principio (*ejemplo: el abordaje de los síntomas que en ocasiones se asocian a la menopausia*).
 - A veces, el abordaje de un problema de salud cae fuera del ámbito sanitario. Epidemia de hepatitis "A" relacionada con la deficiente canalización de las aguas residuales.
 - A veces, los pacientes no hacen el tratamiento, lo que conlleva un problema no previsto: en muchas ocasiones, nuestras intervenciones fracasan no por escaso dominio del saber *médico* sino por la escasa adherencia del paciente (*tuberculosis, hipertensión, etc.*) a las recomendaciones del médico.
 - Proliferación de enfermedades basadas en el comportamiento de los seres humanos. Deportes de riesgo, no uso de medidas protectoras (*cinturón de seguridad, casco*), prácticas de riesgo (*no uso del preservativo*), conductas adictivas tales como las drogodependencias (*tabaquismo, alcoholismo*) o la ludopatía, la anorexia.
 - Repercusiones familiares de la enfermedad o conducta de uno de sus miembros.
 - La familia como recurso terapéutico.
 - Enfermedades que estudiamos como una entidad y que nos supone un reto profesional diferente según las características de las personas que la sufren. No es igual el manejo de una diabetes en un analfabeto que en un universitario.

- El problema de la co-morbilidad cada vez más frecuente con el aumento de la expectativa de vida.
- Problemas laborales, o la ausencia de empleo, y sus repercusiones sobre la salud.
- Ancianos que pasan temporadas con cada hijo.
- Enfermos incurables, moribundos, el duelo de los familiares.
- El efecto placebo.

Por otra parte, cabe preguntarse si no hay problemas de salud fuera de la consulta, y si no pudieran existir soluciones fuera de la misma. Podríamos pensar en displasias cervicales, hemorragias postmenopáusicas, tumoraciones mamarias que no acuden a la consulta, en bebedores excesivos, fumadores, hipertensos desconocidos, controles de embarazo no realizados, embarazo en adolescentes, vacunas no instauradas.

La fragmentación y la descontextualización de la atención han traído consigo una paradoja: En el momento en que la medicina, sin ningún tipo de dudas, más está ofreciendo, aumentan las reclamaciones contra los médicos, proliferan las medicinas alternativas y se recurre cada vez más a la automedicación, tal vez como una expresión de desconfianza con el modelo de atención prestada. Los sistemas sanitarios, los grandes hospitales se han convertido en lugares en los que a los ciudadanos les cuesta orientarse. Por otra parte se produce un aumento de la iatrogenia y de los costes derivados de la intervención médica.

Para complementar el modelo biomédico, no para sustituirlo, se aportan unas nuevas concepciones, unas bases conceptuales, que pretenden servir como un modelo explicativo que den respuesta a los vacíos que dejaba el modelo biomédico. Este nuevo modelo lo conocemos con el nombre de modelo biopsicosocial.

Lo primero que cabe decir respecto a esta manera de concebir la salud y la enfermedad es que no es tan nueva, pues ya en la antigua Grecia, los seguidores de la escuela de Cos, en contraposición a los de la escuela de Cnido, abogaban por un modelo explicativo holístico y de alto contexto.

La concienciación sobre los problemas que no resuelve el modelo biomédico, la despersonalización de la asistencia

y el aumento de los costes han provocado que se haya vuelto la vista a aquel médico de confianza, que ha pervivido en todos los países a lo largo del tiempo, cercano a la población, que aprovechaba el conocimiento de sus pacientes a lo largo del tiempo y las circunstancias de su existencia, para orientar sus intervenciones produciendo resultados en salud y altos niveles de satisfacción.

Sólo faltaba ya el adaptar esa figura, respetada y querida, a los nuevos tiempos. Nacieron así los programas de formación en Medicina de Familia, con el fin de dotar al nuevo médico de confianza, al *Médico de Familia*, de la capacitación necesaria para resolver un mayor número de problemas de salud lo más cerca posible a allí donde éstos se producen.

Las bases conceptuales que dan sentido al quehacer del médico de familia pueden encontrarse descritas en largos listados en donde se desglosan cada una de ellas, pero para entender de dónde deriva la esencia de la medicina de familia, baste decir que deriva básicamente del lugar en donde se presta la atención: el lugar donde habitan las personas, allí donde éstas llevan su vida cotidiana. El papel del médico de familia quedará, no obstante, mediatizado por la estructura del servicio de salud en la cual se inserta y del papel asignado al médico de familia en el seno del mismo, pues siendo las mismas las bases conceptuales que dan soporte a su desempeño profesional, su expresión práctica quedará modulada en función de si se le asigna el papel de "gatekeeper", filtro y coordinador del flujo de pacientes dentro del sistema, o no. Otro elemento modulador lo constituye el sistema de pago a los médicos: por acto médico, por salario, o "capitativo". *Medicina de Familia*, es por tanto, y por decirlo brevemente, alta capacidad de resolución de problemas de salud, a la vuelta de la esquina, a lo largo del tiempo.

Como se decía anteriormente, las bases conceptuales en las que se inspira la medicina de familia pueden expresarse de diversos modos, pero básicamente son tres: A) **Globalidad** o abordaje integral, B) **Accesibilidad** o atención de primer contacto y C) **Longitudinalidad**, continuidad o atención a lo largo del tiempo.

A) Globalidad / Integralidad

Hace mención a la no fragmentación de la atención. No

se fragmenta la atención en función de órganos y/o aparatos, de manera que el Médico de Familia (MF) es, entre todos los médicos, el que abarca el abanico más amplio de problemas de salud. Esto le convierte en un *especialista en extensión* versus los especialistas en profundidad. Es decir el MF hace una renuncia previa a dominar en profundidad un campo cada vez más reducido de problemas, para dominar la mayoría de los problemas prevalentes. Se da la circunstancia que en torno a la tercera parte de los problemas atendidos por cualquier especialista, se trata de problemas muy prevalentes (*diabetes, artrosis, hipertensión, bronquitis crónica, cefaleas, etc.*) lo que facilita al MF el poder dominar sin problemas dichas áreas de conocimiento. El médico de familia como *especialista en problemas prevalentes*, en enfermedades comunes. Las enfermedades comunes son las más frecuentes. Una representación gráfica de este concepto aparece representada en el gráfico 1. El símil podría quedar bien reflejado imaginando una pradera llena de pozos en la que el subespecialista es un buen conocedor de las profundidades de cada uno de los pozos, y el MF es el especialista en lo que ocurre en la ancha pradera y en cada uno de los pozos en las porciones más próximas a la superficie.

El MF no concibe el cuerpo y la mente como dos entidades que deban ser estudiadas y abordadas aparte, sino que las concibe como la expresión de una misma realidad que puede expresarse de diferentes maneras.

El MF tampoco establece diferencias en función de la edad o el sexo del paciente. A él llegan todo tipo de problemas que son atendidos en una primera instancia, resueltos la mayoría, y encauzados en el seno del sistema sanitario el resto.

El tipo de atención que presta el MF no diferencia entre atención preventiva y atención curativa, pues ambas son entendidas como intervenciones tendentes a mejorar la salud de las personas a su cargo. El MF integra las actividades preventivas en su ejercicio profesional y entiende que cada contacto médico-paciente es una oportunidad para la prevención. Entiende las actividades preventivas como una oferta a sus pacientes (*población a su cargo*) para que, si ellos así lo estiman, las integren en su proyecto vital.

Para el MF, el paciente no es un medio de transporte que lleva enfermedades al médico, como si las enfermedades fuesen entes *per se* y tuviesen vida propia con independencia del individuo que las padece. El hospital tiende a homogeneizar las enfermedades y el medio extrahospitalario las individualiza. Los pacientes diabéticos acuden al médico de familia andando, sin interrumpir su proyecto vital. Al salir de nuestra consulta vuelven a su trabajo, o a su ausencia de trabajo; vuelven con su nivel socioeconómico, de instrucción, con sus creencias sobre la enfermedad, y todo eso debe ser tenido en consideración por el MF para un mejor manejo de su diabetes.

El compromiso del MF es un compromiso con la persona, no con su enfermedad. Por eso no tiene principio ni final. Empieza cuidando de un individuo al detectar el embarazo de su madre. Su compromiso no se extingue ni tras el diagnóstico, ni tras el tratamiento, ni cuando es declarado incurable. El MF como especialista en personas. *Su médico de Familia, el especialista en Ud.* como muy acertadamente reza un eslogan de nuestros colegas norteamericanos. Ni siquiera se extingue tras la muerte del individuo, pues tras su muerte aún hemos de hacernos cargo del dolor y del duelo de los familiares. *El médico de familia como especialista en familias*, de ahí nuestro nombre. Y no es sólo en el momento de la muerte de uno de sus miembros, sino que, y muy especialmente, ve al individuo en el seno de una familia, con unos recursos familiares que bien pueden estar en la génesis de un problema de salud y que pueden utilizarse a su vez como recurso terapéutico. A veces, el problema es la ausencia de apoyo familiar de cualquier tipo, situación cada vez más frecuente en los países industrializados.

La integración de la prevención y el conocimiento del ciclo vital familiar nos permitirá planificar intervenciones anticipatorias, antes de la llegada de acontecimientos vitales estresantes conocidos (*cuando el último hijo abandona el hogar, jubilación, etc.*). En ocasiones, la familia debe hacerse cargo del cuidado de alguno de sus miembros enfermos (*Alzheimer, secuelas de Ictus, cánceres en sus fases terminales*); en esos casos, es importante identificar al cuidador principal, para prestarle o buscarle apoyo ante el grave riesgo de enfermar que presenta.

El individuo y su familia no viven aislados, sino que se integran en el seno de un grupo humano o comunidad, que al igual que la familia, puede ser una fuente de problemas y, a la vez, de soluciones. La comunidad como recurso saludable. El MF, por sí mismo, o con la cooperación de otros profesionales, deberá promover la organización de redes de autoayuda (*mujeres mastectomizadas, madres de hijos con S. de Down, exalcohólicos, etc.*). El MF se ve a sí mismo como un recurso de la propia comunidad, no es extraño que se pasa por allí de vez en cuando para realizar una intervención episódica. En un sentido más amplio el MF promoverá políticas saludables al más alto nivel: informes sobre el ruido ambiental, emisión de humos, estado de las conducciones de agua potable y residual, etc., intentará que sea más fácil a los ciudadanos el tener acceso a "lo más saludable" que a "lo menos saludable" (*el litro de leche siempre debería ser más barato que el litro de vino*). abogará por una política de impuestos contra el tabaco al tiempo que sobre una limitación de su publicidad y acceso a los menores.

El MF no discrimina a las personas en función de si su problema es agudo o crónico (*urgente/no urgente*) sino que se prepara para mantener su competencia para prestar atención en todos los casos, en especial las urgencias fuera del hospital.

Entiende los problemas clínicos como un problema que tiene una causa, que puede tener su origen en el pasado (*alcohol como causa de la cirrosis*) o en el futuro (*bebedor excesivo ante la falta de expectativas*). Por ello incluirá el estudio de las ciencias de la conducta en su formación.

Como resultado de lo anterior, es el único médico que no puede decirle a su paciente: "esto no es de mi incumbencia". Su compromiso, como se ha repetido es con la persona, con Juan, con María.

B) Accesibilidad / Cercanía

Por accesibilidad entendemos la oferta de servicios sanitarios que tiene en cuenta la geografía y el horario. Pero hay un aspecto de la accesibilidad tan importante, al menos, como los anteriores, y es que la oferta debe ser de calidad, pues de no ser así pudiera darse el caso de que las personas no hagan uso de unos servicios de salud situados

a la puerta de su casa y abiertos 24 horas al día. Este es un punto fundamental, pues, o logramos que nuestra oferta sea utilizada por los ciudadanos, nos reconozcan como la mejor puerta para entrar en el sistema, o estaremos deslegitimados ante ellos. Esta accesibilidad se trata por tanto, de una dotación adecuada, de una disposición de los profesionales, y básicamente de un reconocimiento de la población.

Como consecuencia de la mayor accesibilidad de los servicios de Atención Primaria, a la consulta del MF llegará todo tipo de problemas en cualquier estadio de su historia natural. El MF encontrará que su ejercicio profesional se desenvuelve en un entorno de alta incertidumbre, en el que valorar la relevancia clínica del síntoma no es tarea fácil. Es bien conocida la influencia de la prevalencia de una enfermedad sobre el valor predictivo positivo y negativo de nuestras sospechas diagnósticas. El médico conocedor de esta influencia, pensará primero en los procesos más frecuentes con lo que ahorrará al paciente exploraciones e interconsultas innecesarias así como iatrogenia. Lo anterior supondrá importantes ahorros para el sistema de salud.

También le llegarán problemas de salud que pueden tener causas situadas en diferentes ámbitos (*laboral, escolar, etc.*) por lo que en muchas ocasiones la búsqueda de una solución intersectorial es obligada.

En la práctica, es el único médico que atiende a sus pacientes, tanto en la consulta, como a domicilio, y en ocasiones en la escuela, en el lugar de trabajo, en la propia calle (*emergencias*) y, a veces, en la puerta del hospital.

El hecho de atender a los pacientes en "su entorno natural" y sin interrupción de su proyecto vital, obliga al médico de familia a readaptar su método de entrevista clínica (*tener en cuenta las creencias y expectativas del paciente*) para conseguir una mayor adherencia a las recomendaciones terapéuticas; en definitiva, obliga al médico a intentar adaptarse a la *agenda vital* del paciente (*¿qué significa para él estar enfermo o sano*), a su autonomía personal y al contexto, en el sentido más amplio, en el que vive. En el hospital la adherencia al tratamiento es obligada, de lo contrario al paciente se le sugiere "pedir el alta voluntaria". Por otra parte, se hace preciso readaptar la tecnolo-

gía haciéndola móvil (*Electrocardiógrafos, desfibriladores*) o fácilmente utilizable por el paciente (*autoanalizadores de glucosa, medidores de la presión arterial*).

En aquellos sistemas en los que al MF se le asigna el papel del "gatekeeper", filtro o portero, al médico de familia le corresponde el papel de regular los flujos de pacientes dentro del mismo, de coordinarlo. En definitiva, tiene en sus manos la llave de la eficiencia de todo el sistema.

C) Longitudinalidad / Continuidad

Comentábamos al hablar de la accesibilidad, que ésta condicionaba la llegada de problemas indiferenciados a la consulta del médico de familia y comentábamos también los problemas para su consideración como simples dolencias, o como el posible inicio de una enfermedad médicamente definida. El MF cuenta a este respecto con una ayuda que él, y sólo él, posee, se trata del conocimiento del paciente y de sus circunstancias a lo largo del tiempo. El poder valorar los síntomas por los que consulta uno de sus pacientes en el marco de su contexto hace que la probabilidad pre-prueba de su juicio clínico se sitúe por encima de la de otros colegas, sean estos superespecialistas o no.

El MF se encarga del seguimiento de problemas de salud a lo largo de toda su historia natural, de personas a todas las edades, ello le convierte a lo largo de su ejercicio profesional en un especialista en *transiciones*, en *adaptaciones*, las transiciones y adaptaciones normales o patológicas que los seres humanos debemos llevar a cabo a lo largo de nuestra vida. Se encarga del seguimiento de familias a lo largo del tiempo, por lo que en muchas ocasiones va a ser testigo de conflictos intergeneracionales, para los que, a veces, las familias buscarán su consejo y apoyo. *El MF como especialista en problemas dinámicos.*

Su compromiso, como decíamos al hablar del abordaje integral, es con la persona y su situación, ahora añadimos, que *a lo largo del tiempo*. Su compromiso empieza antes de que el paciente acceda a la consulta (*actividades preventivas*) y no termina nunca, no tiene fecha de caducidad, es un ejercicio ininterrumpido de la responsabilidad hacia nuestros pacientes.

El uso que el MF hace del tiempo se ve mediatizado y enriquecido por este "estar a lo largo del tiempo". Algunos estudiantes de medicina se ven frustrados al comprobar que el MF le dedica 10 minutos a un problema crónico, en especial después de haber comprobado que en el hospital, a ese mismo problema se le dedica 30-45 minutos. Se olvida que a ese paciente, el MF, ya le ha dedicado muchos 10 minutos y que podrá dedicarle otros muchos 10 minutos en el futuro. El MF hace un *uso extensivo, diacrónico, del tiempo* en contraposición al uso, habitualmente *intensivo* del especialista hospitalario.

Como resultado de los múltiples contactos médico/paciente se produce una *relación de confianza* que está en la base de las intervenciones terapéuticas de los médicos de familia. Relación de confianza que constituye el *capital previo de relación* que el MF hará muy bien en cultivar pues supondrá un tampón ante posibles futuras demandas. La balanza de la relación del MF con sus pacientes admite "saldos negativos" basados precisamente en ese capital previo de relación. Con el tiempo el paciente llama a su médico de familia: "mi médico" y busca su consejo, incluso después de haber consultado a otros especialistas.

Fruto de ese compromiso cultivado a lo largo del tiempo, el MF se convierte en un orientador del paciente dentro del sistema sanitario, en tantas ocasiones tan poco "amigable" con los que sufren. En ocasiones, debe actuar como auténtico abogado defensor del paciente frente al sistema sanitario, en especial para conseguir asistencia preferente cuando así se requiere.

Una vez repasados los conceptos, y para no quedar en un simple repaso teórico se hace preciso reflexionar sobre algunas implicaciones docentes y de la organización de los servicios sanitarios en relación con el ejercicio de la Medicina de Familia.

En cuanto justificación como disciplina, como área específica de conocimientos dentro del saber médico, se hace preciso argumentar sobre la *expresividad* de nuestros conceptos, justificar nuestra solicitud de espacio como especialidad. ¿Qué flujos de conocimiento parten de nosotros? Ese es a mi entender el núcleo que da sentido a una nueva disciplina. Los médicos de familia aprendemos es-

tando con nuestros compañeros especialistas, los de la atención fragmentada. De ellos parten conocimientos y habilidades que nosotros integramos y readaptamos a nuestro medio para el mejor cuidado de nuestros pacientes. ¿Pero qué podrían ellos venir a aprender de nosotros, qué podemos enseñarles, o preguntado de otro modo, qué hacemos mejor que ellos, cuál es nuestro campo de conocimiento y habilidades específico?

Podríamos decir, que con escasas excepciones, el médico de familia es mejor:

- Manejando un abanico más amplio de problemas de salud.
- Manejando la co-morbilidad.
- En el seguimiento de los pacientes como persona insertada en un entorno.
- Manejando los síntomas, o estadios precoces de las enfermedades.
- Manejando la incertidumbre.
- Implementando actividades preventivas tanto a nivel individual como grupal. Insertando la educación para la salud en nuestro quehacer cotidiano.
- Utilizando la entrevista clínica como recurso terapéutico.
- Atendiendo a los pacientes a domicilio.
- Implementando cuidados paliativos a domicilio.
- Atendiendo urgencias fuera del hospital.
- Atendiendo el duelo de los familiares.
- Comprendiendo el papel de la familia: a) en la génesis de la enfermedad y b) activándola como recurso terapéutico.
- Comprensión y uso terapéutico de la comunidad y los grupos humanos (*grupos de autoayuda*). Organizando actividades intersectoriales.
- Como tutor "uno a uno" en pregrado.
- En el campo docente, enseñando el manejo de las enfermedades en todas las fases de su historia natural, algo que sólo el médico de familia puede hacer.
- Investigando las influencias de los factores del entorno sobre la salud y la enfermedad.

Si bien las *excelencias* reseñadas pueden llegar a ser visibles en cualquier entorno de trabajo, bien es cierto, que

es previsible que alcancen mayor expresividad si se dan algunas de las siguientes condiciones:

- Sistema de Salud basado en servicios de salud ("centros de salud") de calidad y accesibles a todos los ciudadanos.
- Proporción de Médicos de Familia versus especialistas hospitalarios en torno al 50%.
- Asignación al médico de familia del papel de "gatekeeper", de puerta de entrada al sistema.
- Participación de los médicos de familia en la docencia de pregrado, postgrado y formación continuada.
- Amplia producción de investigación científica específica de calidad.
- Sociedades científicas de médicos de familia influyentes.

En la misma línea, hemos de entender que el mundo de los conceptos, de las *Bases conceptuales de la Medicina de Familia*, no llega a plasmarse porque sí, sino que el mundo de lo que llega a acontecer es el resultado de una correlación de fuerzas en un momento histórico determinado. Ganar fuerzas que apoyen nuestro proyecto forma parte tan importante del mismo como la mera reflexión teórica. Para ello puede ser de interés:

- Ganar una alianza con la población, con los ciudadanos con los que a diario compartimos nuestro quehacer profesional. La búsqueda permanente de la excelencia en el ejercicio de nuestra profesión se antoja como una vía capaz de legitimar nuestras aspiraciones. La medicina de familia del futuro, o será reclamada por la población, por los pacientes individuales, o, sencillamente, no será.
- Se necesitan sociedades científicas de médicos de familia influyentes. Dimensionar la plantilla de cualquier grupo de especialistas hospitalarios se trata de una decisión técnica, pero orientar los servicios de salud hacia un modelo de Atención Primaria de calidad, en donde el médico de familia pueda expresar sus potencialidades, se trata de una apuesta política. Ganar fuerzas en esa dirección se trata de una cuestión esencial. Bien es cierto también que en algunas experiencias la apuesta política ha precedido a la apuesta profesional.

Nota final: el uso de sólo el género masculino, en aquellas expresiones referidas a ambos géneros, se ha tratado de una simple cuestión de economía de medios expresivos (evitación del "a/o", "os/as"). En todos los casos en que así pudiera entenderse, me refiero tanto al género masculino como femenino.

Gráfico 1: Especialidades en profundidad versus especialidades en extensión. La Medicina de Familia.



Bibliografía

- 1) OMS-WONCA. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población: la contribución del médico de familia. Barcelona: semFYC, 1996.
- 2) Fundamentos filosóficos y científicos de la medicina de familia. En: McWhinney IR. Medicina de Familia. Barcelona: Doyma, 1995: 44-73.
- 3) Gómez Gascón T, Ceitlin J. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. Madrid: IM&C, 1997.
- 4) Framework for professional and administrative development of general practice/family medicine in Europe. World Health Organization, Regional Office for Europe, 1998. URL location: <http://www.who.dk> ¡Error!No se encuentra la fuente de la referencia.
- 5) Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin (Barc) 1996; 106: 97-102.
- 6) Starfield B. ¿Es la atención primaria esencial? The Lancet (esp) 1995; 26: 178-187.
- 7) What Types of Physicians Should Provide Primary Care? En: Starfield B. Primary Care. Concept, Evaluation and Policy. Oxford: Oxford University Press, 1992: 135-149.
- 8) Uribe JM. El médico de familia en la sociedad actual. MEDIFAM 1994; 5: 237-242.
- 9) Rosser WW. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference? J Fam Pract 1996; 42: 139-144.