FAM 1 (1990) 91-96

NOTA

Atención médica a la familia: una formulación pendiente

JOSE LUIS VAQUERO PUERTA
Jefe del Servicio de Medicina Preventiva
Hospital «Del Río-Hortega». Valladolid

1. EL PASADO DE LA ASISTENCIA MEDICA A LA FAMILIA

La apreciación de la importancia de la familia en la dinámica de la salud y la enfermedad de las personas es antigua. Al ocuparse de unos u otros problemas, diversos higienistas clásicos tuvieron que considerarla. En España, el pionero de la sanidad decimonónica, Pedro Felipe Monlau completó su amplia labor de tratadista redactando un texto sobre «Higiene del matrimonio» (1858), que hay que añadir a otros sobre la privada, la pública y la industrial, a modo de pilares básicos de la higiene. Con un mayor impacto que alcanza hasta nuestros días, a partir de finales del siglo XIX se legisló en casi toda Europa sobre seguros sociales, formulándolos con sentido de sustentación de la familia, en principio de la clase obrera. Se trataba de resolver sus estados de necesidad, originados, bien por la imposibilidad de ganancia del salario por parte de sus miembros activos, bien por la aparición de un infortunio que sobrepasase los limitados recursos familiares, como la enfermedad. Por otra parte, entre la burguesía y las clases medias, se fue conformando como una institución social la figura del médico que se comprometía en asistir ante todo evento de enfermedad a las personas, contratando previamente sus servicios para el grupo familiar. En la praxis médica, a todo nivel social, se veía como casi indisoluble el cuidado de la unidad persona en relación a su esfera biopsicosocial directa que constituía la familia. Avanzado el siglo XX los seguros sociales se mutaron a

Universidad Pontificia de Salamanca

sistema de seguridad social, amparando con sus prestaciones a amplias capas de población, pero con la constancia de su enfoque de cobertura de necesidades de la familia.

Pero estas orientaciones han ido insensiblemente naufragando en las últimas décadas. Los mismos sistemas de seguridad social, al menos en lo que a asistencia sanitaria se refiere, están en proceso de replanteamiento; en parte por haberse puesto en entredicho ya bastantes veces su sistema financiero y de gestión, al confrontar el costo de su mantenimiento con los efectos de las crisis económicas sobre los presupuestos públicos; en parte, al diluir su organización asistencial dentro de esquemas que, como veremos, responden a otra filosofía. No menos decisiva fue la aparición del especialismo a que condujo la implantación del estricto biologicismo y de una brillante tecnología en el campo de la medicina. Las posibilidades y la atracción del tradicional médico de familia que se ocupaba de personas quedó ensombrecida por el prestigio del médico especialista que se ocupaba de órganos y enfermedades. Aún quedaba mucho par andar para obtener una asistencia médica familiar totalmente satisfactoria dentro del sistema público y solidario de la seguridad social, cuando la demanda presionó fuertemente desviando la oferta de servicios en otro sentido.

2. MEDICINA DE FAMILIA Y ATENCION PRIMARIA DE SALUD

El interés por una medicina de familia satisfactoria se fue suscitando a finales de los años 60 en Estados Unidos y otros países. Por entonces, en el Reino Unido, el fuertemente socializado Servicio Nacional de Salud conseguía mantener en un nivel altamente cualificado la figura del General Practitioner, a modo de firme puntal de tal organización. Las realizaciones en uno y otro país se ofrecían como modelos emanados de concepciones sociales bien diferentes y que de algún modo copiaban otros países occidentales. En España, a mediados de 1978 se crea oficialmente la figura del médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, con la pretensión de guardar distancias del médico funcionario (Médico Titular) y del médico de medicina general de la seguridad social, como si se tratara de superar con una específica formación las insatisfacciones producidas por los obstáculos estructurales en que se desenvolvían. Sin embargo, no serán éstos abordados, posponiéndose indefinidamente, seguramente por falta de acuerdo político, la imperiosa reforma de la administración asistencial. Ese mismo año de 1978 se subscribió la declaración sobre atención primaria de salud, auspiciada por la OMS y la UNICEF y unánimemente aceptada por numerosas representaciones gubernamentales, completa y justamente

Universidad Pontificia de Salamanca

preocupadas por la absolutamente precaria situación higiénica y asistencial que atenazaba a la población de la mayoría de los países. En ella se contienen unas propuestas de mejora que se habrían de instrumentar por los agentes y medios más próximos y en contacto mantenido y directo con el pueblo. Estas indicaciones parecen desentonar en los países industrializados con los superiores recursos disponibles, pero en dos aspectos se produce una identidad: tales recursos no sirven para la atención constante a las personas y, además, se estiman como muy costosos. El ajuste a la situación de los países europeos, de la mano de la OMS, se hace al poco tiempo (Burdeos, 1983; La Haya, 1984). En España, anticipándose a la redacción de la largamente debatida nueva Ley General de Sanidad de 1986, se norma una infraestructura de atención primaria de salud (Real Decreto 137/1984), y la incardinación en ella de la medicina familiar y comunitaria.

Un notorio problema que se va produciendo es la carencia del específico contexto para la formación de los nuevos médicos de familia, que se han de acomodar al esquema docente de los especialistas hospitalarios. Por una parte los jóvenes postgraduados que van a formar en tales filas siguen partiendo de una formación académica organicista que repetidamente se ha señalado como poco adecuada para su trayectoria profesional. Por otra parte, la administración pública sanitaria pretende erigirse no solo en directora de la organización asistencial, sino también en inspiradora única y en minuciosa controladora del desarrollo de la atención primaria de salud, con el curioso efecto de reproducir su contenido burocrático que se convierte en el objetivo, relegando el cometido fundamental: el de prestar atención sanitaria. Además, la burocracia estimula las apetencias de poder. Después de que algunos sociólogos de la medicina hayan puesto en candelero lo que denominan «modelo médico hegemónico», al que acusaban de propiciar las supuestas ventajas del médico, otros profesionales que van a confluir en el equipo de salud se ven legitimados para crear su propio modelo profesional hegemónico. Todo ello en la coexistencia con médicos generales de cupo y médicos titulares acogidos a las modalidades anteriores a 1978. Toda esta serie de iniciativas y desarrollos de diferente origen y dirección repercute en los inevitables desajustes y distorsiones. No se trata tanto de criticarles como de constatarles para conseguir su corrección.

3. Claves para una formulacion satisfactoria de contenidos

Acaso la mejor forma de reequilibrar la atención primaria de salud sea enfocar el asunto desde la perspectiva y los intereses del usuario, que debe ser el objeto primordial de la asistencia. Se puede

Universidad Pontificia de Salamanca

contemplar éste desde la perpectiva individual, la familiar y la comunitaria. Cuando la doctrina de la OMS se ocupa de la comunitaria y la administración sanitaria refuerza tal enfoque aún dentro del servicio a la colectividad a la que se debe, y cuando la formación sigue siendo fundamentalmente nosológico-biologicista, parece que la dimensión que puede ser relegada es la de la persona y la da la familia, que es el envolvente más inmediato del propio ser humano, en donde aún se entreteje lo social y lo biológico, conforme al esquema de Engel. Es el equipo de atención primaria, y el médico de familia en él, quienes están obligados a dar respuesta al posible conflicto de salud que se dé a ese nivel. Pero no se trata de volver a ello con conocimientos obsoletos, sino de alcanzar una selectiva integración de los que nos proporciona la ciencia y el mundo moderno. Para caminar en este sentido acaso sea válido para el médico de familia gran parte de este bagage:

1. Una formación de pregrado con mayor peso de las ciencias volcadas hacia el componente más peculiarmente humano: psicología y ciencias del comportamiento, ciencia de los valores, sociología, antropología.

2. Una formación específica que aborde con detenimiento los aspectos más integrativos del enfermo y del enfermar: la medicina personalizada de Krelh y de von Weisäcker, patología psicosomática, patología social, geriatría, estudio del enfermo crónico y del incurable (no obstante, objeto de cuidados), fundamentos de psicoterapia. Estos aspectos, así como el concepto de medicina social parecen haber dacaído en la escala de preferencias asistenciales.

3. Una doctrina científica actualizada para comprender al individuo en su familia y a la familia en su medio social, siendo insistente la alusión a la teoría sistémica y su aplicabilidad a la medicina de familia (Sosa, Corral, Claramonte).

4. Una clara definición de los aspectos en que la interacción familia-salud es decisiva, ocupándose de su estudio extensivo y exhaustivo (Rey Calero, Zapatero y Yuste). Se podrían señalar temáticas muy concretas entre la genética, la infectología, la reproducción o lo psicodinámico.

5. Una asunción de los aspectos médicos de la orientación familiar, en el sentido dado al término por la iniciativa oficial, o sea, lo que es planificación familiar, en la mayoría de las ocasiones, simple contracepción. De todas formas, no deja de ser paradójico que algo que afecta a la familia de lleno, sin ser el único problema que la pueda importar, esté excluido del ámbito funcional de quienes se denominan médicos de familia. Deberían entrar en tal campo, sin que por ello las actuaciones obstétricas y ginecológicas dejen de ser atendidas por el correspondiente especialista. El apoyo psicológico y social que a veces se dispensa en el centro de planificación familiar

Universidad Pontificia de Salamanca

puede entrar a formar parte del equipo de atención primaria de salud, enriqueciendo su temática.

6. Un atemperamiento de funciones dentro del equipo de atención primaria, como la definición de tareas de consulta de enfermería. A la vez incentivación del rendimiento asistencial y desincentivación de la tentativa autoritario-burocrática.

7. Confección y empleo de unos instrumentos verdaderamente útiles y al servicio de la tarea, en ocasiones muy sencillos, como la historia médica familiar y el protocolo de historia médico-social (acaso el mejor un folio inicialmente en blanco).

8. Posibilidad real de cooperación con los servicios sociales de la misma zona geográfica. Se ha insistido en que el médico de familia sea el orientador del pase al hospital, pero en su acción se va a encontrar con no pocos problemas de asistencia social y necesita poder dirigirse a ellos directamente o a través del trabajador social que esté en el mismo equipo de salud.

9. Una capacidad de respuesta clínica. No debe ser la obsesión tecnológica la del médico de familia, pero tampoco ha de minusvalorar su capacidad diagnóstica por prescindir de estudios analíticos y exploraciones especiales que sean poco agresivas, de interpretación no confusa y menos caras que el costo de la asistencia especializada a que obliga su carencia. No tiene porqué gastar su tiempo y poner a prueba su pericia cuando estas pruebas se puedan hacer con facilidad con técnicas rápidas y fiables.

10. Una desburocratización del equipo de atención primaria y una resituación de sus posibilidades. Sus profesionales no tienen porqué verse llamados a hacerlo todo por el prurito de ampliar y prestigiar su papel social. Una buena atención directa a los miembros, sanos y enfermos, de las familias adscritas, es ya mucho y es lo que la población anda reclamando hace tiempo.

REFERENCIAS

CORRAL CORRAL, C.: 'El enfermo y el sistema santiario. La función del médico general desde la teoría de sistemas', *Med. Clín. (Barc);* 1989; 92 (8): 306-308.

COSTA M. y LOPEZ, E.: *Salud comunitaria,* (Martínez Roca, Barcelona 1986).

GUINOVART I GARRIGA, C., ROCA I CASAS, J., COMAS MONGAI, M. D.: 'La familia del enfermo', *Todo hospital,* 1989; 62: 61-65.

OMS-UNICEF: *Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata (URSS),* 1978, Ginebra-Nueva York.

PILAR CLARAMONTE, J. M., RODRIGUEZ ABELLAN, J.: 'La terapia familiar sistémica en la medicina de familia', *Med. Clín. (Barc)* 1988; 90 (1): 25-27.

Universidad Pontificia de Salamanca

REY CALERO, J. del: *Epidemiología y salud de la comunidad,* Karpos, Madrid 1982: 563-570.

SERIGÓ SEGARRA, A.: *Bases para la organización de los servicios sanitarios,* PANAP, Madrid, 1972: 119-129.

SONIS A. y PAGANINI, J. M.: 'Medicina general y medicina familiar', en Abraham Sonis y cols.: *Medicina sanitaria y administración de salud,* t. II, El Ateneo, Buenos Aires 1983: 331-340.

SOPENA MONFORTE et al: *La medicina familiar y comunitaria. Hacia un nuevo concepto de la asistencia sanitaria,* Ministerio de Sanidad y Consumo-INSALUD, Madrid 1980 (2ª ed.).

SOSA M.: 'Medicina familiar y atención primaria de salud', *Atención Primaria,* 1987: 4 (6); 286-294.

SUSSER, M. W., WATSON, W.: *Medicina y sociología,* Atlante, Madrid 1967.

ZAPATERO E., YUSTE, F. J.: *Introducción a la medicina preventiva y social,* Pulso, Barcelona 1971, 29-95.

Universidad Pontificia de Salamanca