

La destructiva pulsión focal de la medicina general/de familia (y de la sociedad)

Juan Gérvas (Doctor en Medicina, médico general rural jubilado, Equipo CESCA, Madrid, España, exprofesor de salud pública, Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Estados Unidos) y

Mercedes Pérez-Fernández (especialista en Medicina Interna y médica rural jubilada) Equipo CESCA, Madrid, España.

jjgervas@gmail.com mpf1945@gmail.com www.equipocesca.org @JuanGrvas @juangrvas.bsky.-social

Contenido

1. Cuestión clínica
2. Introducción
3. Especialistas versus generalistas
4. Paradoja de la atención primaria
5. Otras paradojas
6. Del generalismo a la familia y de la familia a la enfermedad
7. NOTA

1. Cuestión clínica

Iris, una compañera, comenta:

“Han creado una unidad de domicilios en mi centro. Ya no podré visitar a los que atendía habitualmente en su casa, los pierdo del todo. Ahora cada familia tendrá dos médicas, yo para los demás, y la “unidad” para el que esté enfermo crónico y no pueda salir de casa”.

Otra, Mar, añade:

“Pues oyes, tan bien, como cuando el PADE vino de apoyo y “de facto” se hizo cargo de los que querían morir en domicilio. Estoy encantada, los llamo y me olvido. Lo hacen muy bien y me quitan trabajo, aunque los pacientes sigan siendo míos. La verdad, no tengo tiempo para ninguna clase de visitas a domicilio”.

Iris responde:

“¡Entonces, cada familia puede llegar a tener tres médicas: de cabecera, “chica para todo” y “referente”, la de domicilios para algún crónico a domicilio, y, en teoría sólo de apoyo, la del PADE para el que desee morir a domicilio!”

Apunta una tercera, Elena:

“Pues en mi centro tenemos un equipo para crónicos complejos y frágiles, así que pierdo los pacientes cuando justo les soy más necesaria. Ofrecerán calidad pero no longitudinalidad”.

Iris apostilla y comenta:

“O sea, cada familia puede llegar a tener cuatro médicas: de cabecera “chica para todo” y referente, la de crónicos complejos frágiles, la de crónicos a domicilio y el PADE para el que desee morir a domicilio.

Y con enfermería también, hay cuatro enfermeras que pueden interaccionar con la familia: la “referente”, la de domiciliaria, la gestora de casos (complejidad) y la del PADES. Y ojo, porque ahora están potenciando la "hospitalización domiciliaria" que ya es la bomba.

Además, ten cuidado con las críticas porque, por ejemplo, pueden publicar artículos como si fuera un triunfo justo de la longitudinalidad, sin mencionar siquiera que es una atención primaria viciante, en este caso equipos sólo para domicilios crónicosⁱ.

¡Vaya fragmentación y destrucción de la atención primaria!

Si añadimos profesionales de “nuevos perfiles” tendremos macrocentros de atención primaria llenos de microespecialistasⁱⁱ.

¡Pobres pacientes!”

2. Introducción

En Medicina distinguimos dos grandes campos de especialización, según el objeto de dedicación sean poblaciones (salud pública) o individuos (especialidades clínicas).

Entre las especialidades clínicas distinguimos las focales y las generales. Son especialidades focales si se centran en una edad (pediatría, geriatría), órgano (ginecología, urología, dermatología, cardioloxía, etc), técnica (cirugía, radiología, anatomía patológica, análisis clínico, etc), campo concreto (psiquiatría, infecciosas, etc), etc.

En el hospital, es especialidad generalista la medicina interna. En atención primaria es la medicina general/medicina de familia.

El médico primero fue médico general, y los especialistas sólo aparecieron en el ecosistema sanitario a mediados del siglo XIX, asociados a la burguesía y al capitalismo. Desde entonces los especialistas han ganado la batalla del prestigio social, pues dicho prestigio lo atribuyen las clases altas históricamente asociadas al desarrollo de las especialidades médicas.

Parece lógico confirmar ese mayor prestigio con hechos, con estudios de comparación entre generalistas y especialistas.

3. Especialistas versus generalistas

¿Qué tal lo hacen los generalistas en los pacientes con X, comparados con los especialistas en X?

Lo esperable es que los especialistas lo hagan mejor que los generalistas y diversos estudios parecen confirmarlo.

Pero la comparación es interesada, pues casi siempre se ha basado en 1/ la noción de que el todo (el paciente) es la suma de las partes (las enfermedades), 2/ el uso preferente de los especialistas por pacientes con mejor salud global, mayor nivel educativo y mejor situación económica y 3/ la definición de la calidad de la atención prestada con criterios de especialista^{iii iv}.

Como conclusión, los estudios comparativos suelen ser de baja calidad, y no demuestran clara superioridad de la atención especializada^v.

Además, cuando se comparan generalistas y especialistas, los especialistas lo hacen mejor en su campo (en su foco) pero la salud de individuos y poblaciones es peor cuanto más especialistas haya y se consulten. Es decir, el efecto beneficioso en lo focal en lo concreto no se transforma en mejor salud en lo global, al contrario^{vi}.

Lamentablemente, la sociedad aspira al acceso directo a los especialistas focales y al “más es mejor” en medicina, lo que conlleva peor salud individual y poblacional.

La fuerza del espejismo de las especialidades focales, la “pulsión focal”, se demuestra bien en la sociedad con la persistencia del mutualismo en España, las mutualidades financiadas con dinero público que dan acceso directo a especialistas focales y carecen de médicos generales/de familia (para funcionarios como jueces, militares, profesores, de la Administración y otros, con MUFACE, IS-FAS, MUGEJU y Clases Pasivas).

4. Paradoja de la atención primaria

Se denomina “paradoja” de la atención primaria al hecho de que, comparada con la atención especializada o con sistemas dominados por ella, la atención primaria se asocia con atención de calidad aparentemente peor para enfermedades individuales, pero estado de salud y función similar a menor costo para personas con enfermedades crónicas, y mejor calidad, mejor salud, mayor equidad y menor costo para personas y poblaciones en su conjunto^{vii}.

Es decir, para la salud conviene el desarrollo de una potente atención primaria.

5. Otras paradojas

La implantación de “campos de interés” para los médicos generales es una forma de “super-especialización, una opción muy atractiva para los propios profesionales y para gestores y políticos (que normalmente pertenecen a la clase media-alta) y también para pacientes que quieren “especialistas en lo mío”.

Los médicos generales/de familia con intereses especiales son como los especialistas focales: abarcan poco y de ese poco saben mucho.

Por ejemplo, un médico general/de familia “especializado” en diabetes atiende a su cupo y además a los pacientes diabéticos que le derivan sus compañeros. Lo mismo para cirugía menor, dolor crónico, cáncer, epilepsia, ecografía, cefalea, asma, adicciones, EPOC, etc, los distintos “campos de interés” en que se pretende hacer las cosas bien (“mejor”).

Incluso se puede llegar a una super-especialización total/exclusiva en atención primaria con médicos generales/de familia “especializados” y dedicados en exclusiva por ejemplo a pacientes terminales a domicilio, a pacientes crónicos frágiles y complejos, a pacientes crónicos recluidos en sus casas, a pacientes en los asilos (residencias), etc.

Se pretende con ello “hacer bien lo que los generalistas hacen mal”, ahorrando en costes y mejorando la calidad, por ejemplo al derivar menos y más apropiadamente a los especialistas focales.

Los médicos generales/de familia “super-especializados” reducen su campo y disminuyen la incertidumbre clínica (menor variedad diagnóstica, mejor uso de las técnicas) lo que se supone es beneficioso para la salud.

Sin embargo, por ejemplo, es paradójico que los tales generalistas super-especializados (“con intereses especiales”), tan satisfechos con su rol como los pacientes con sus servicios, deriven más, cuesten más y no se haya demostrado mejor impacto en salud^{viii, ix, x}.

6. Del generalismo a la familia y de la familia a la enfermedad

El creciente predominio de los médicos de médicos generales/de familia “con intereses especiales”, la pulsión focal, amenaza los cimientos mismos de la atención primaria: el acceso oportuno, la continuidad, la longitudinalidad y la integralidad. Si no se controla, esta tendencia corre el riesgo de fragmentar la atención, exacerbar las desigualdades y destruir la atención primaria^{xi, xii}.

La medicina general perdió el generalismo para transformarse en “de familia”, pese a ser clave el desarrollo del generalismo como tal, la importancia de centrar la atención médica en la complejidad de cada persona en “sus circunstancias” y no solo en la aparente sencillez de sus enfermedades a las que aplicar guías y protocolos^{xiii}.

Lo de “familia” fue un cambio cosmético preciso en Estados Unidos para lograr el reconocimiento como especialidad, en los años 60 y 70 del siglo pasado, pero sin impacto real en terapia familiar y similar [lea la Nota].

Lamentablemente de Estados Unidos saltó a España y de España al resto de América. En el camino se perdió mucho generalismo y mucha longitudinalidad (por el énfasis en “el equipo”^{xiv}, y por una gestión de personal peor que “deficiente”).

Además, la residencia de la especialidad de medicina de familia en España se centra en el hospital y en las urgencias, lo que conlleva incrementar el rechazo (verdadero “horror”) a la incertidumbre por más que sea básico en atención primaria justo lo contrario, el control de la incertidumbre, el disfrute del oficio durante la “navegación en el Mar de la Incertidumbre”^{xv}.

Con estos mimbres es esperable el desarrollo destructivo de la “pulsión focal”, de los médicos generales/de familia con “intereses especiales” hasta llegar en el límite de esa deriva a la super-especialización total con médicos generales/de familia “especializados” y dedicados en exclusiva por ejemplo a pacientes terminales a domicilio, a pacientes crónicos complejos, a pacientes crónicos recluidos en sus casas, a pacientes en los asilos (residencias), etc. Es el espejismo de obtener mejores resultados al disminuir el generalismo, a acotar el campo de trabajo, como si los seres humanos no fuéramos complejos y como si el enfermar fuera algo simple.

Todo ello en contra de pacientes, profesionales, profesionales y sociedad.

7. NOTA

En Estados Unidos, el cambio de Medicina General a Medicina de Familia no se hizo por voluntad propia, pues la primera propuesta de la American Academy of General Practice fue la de crear la especialidad de Medicina General. Pero los especialistas del Consejo de Educación de la Asociación Médica Estadounidense (AMA, American Medical Association) señalaron que nada que fuera “general” podía ser “especial, concreto, limitado”; es decir, que un médico generalista no podía aspirar a ser especialista.

Como expuso Gabriel Smilkstein, los médicos generales estadounidenses hicieron cirugía cosmética y cambiaron el “general” por “family” al escoger la familia como campo de trabajo^{xvi}. O, al menos, como un paraguas, “una área compleja, concreta y delimitada en que desarrollar conocimientos y habilidades específicos”, y se transformaron en médicos de familia. Crearon la American Academy of Family Physician, y en 1969 lograron la aprobación de su especialidad, Medicina de Familia.

En otros países como Australia, Dinamarca, Nueva Zelanda, Noruega, Países Bajos y Reino Unido, se renovó la Medicina General y se mantuvo el médico general como tal.

En España, la atención primaria tuvo influencia estadounidense a través del Hospital Puerta de Hierro, Madrid, y de su director, José María Segovia de Arana (que creó la especialidad de Medicina de Familia en 1978, muy influido por la visión de “internista en atención primaria” y la residencia formativa básicamente en el hospital) y de ahí la solución “a la americana” respecto a la Medicina General.

La Medicina General propiamente dicha tiene en España una historia centenaria, con médicos “titulares”, profesionales independientes que tenían responsabilidades de salud pública (aguas, viviendas, bares, mataderos, etc.), contratos con las autoridades e “igualas” con los pacientes (pago por

capitación por el influjo de los ya citados “cupos” de los gremios medievales). En el mismo sentido se desarrolló la enfermería, con los “practicantes”. Y la farmacia, con las farmacias comunitarias llevadas por “boticarios” profesionales autónomos. También la atención al parto, con matronas en trabajo independiente.

La atención primaria de la “Seguridad Social” se desarrolló en los años 60 y 70 del pasado siglo, mediante médicos generales y pediatras, que atendían niños hasta los 7 años (pero el médico general podía también ser de cabecera de menores de 7 años si la familia lo solicitaba). Eran profesionales independientes con trabajo a tiempo parcial en consultorios públicos, y cobro por capitación, con monopolio del primer contacto (filtro para los especialistas focales).

Tales consultorios también acogían a practicantes en condiciones similares a los médicos, y apoyo de enfermeras y personal administrativo.

La reforma de 1984 creó los centros de salud con médicos generales/de familia a tiempo completo, la desaparición de la figura del practicante y el trabajo en equipo con pediatras (atendiendo a niños hasta los 14 años), enfermeras, auxiliares, trabajadora social y personal administrativo.

En España los centros de salud son tipo soviéticos, con sus equipos orgánicos según plantillas, no elección entre los miembros de los equipos, el pago por salario, la estructura jerárquica y la presencia de pediatras. Todo ha sido siempre muy militar en España como corresponde a una sociedad impregnada de ello por casi 40 años de dictadura militar.

Ahora se han añadido profesionales en la periferia, como especialistas en terminales, en urgencias y en avisos a domicilio y otros y se reclama añadir farmacéuticos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, ginecólogos, geriatras y más.

Cada Comunidad Autónoma es peculiar campo fértil en este “regar” la atención primaria de especialistas, los llamados “nuevos perfiles profesionales”. Por ejemplo en Cataluña, en enfermería en atención primaria, lleva a haber la enfermera de pediatría, la de adultos no complejos, la de cronicidad avanzada, la gestora de casos, la de atención a domicilio y la de pacientes terminales en casa.

“Bajo el epígrafe de nuevos perfiles profesionales se engloba una amplia variedad de figuras con requisitos y funciones distintas: personal administrativo (gestores de salud, asistentes clínicos, administrativos asistenciales), de enfermería (gestoría de casos, enfermería de práctica avanzada en atención primaria), dietistas-nutricionistas, fisioterapeutas, farmacéuticos, agentes comunitarios de salud y profesionales de salud mental, entre otros”^{xvii}.

Lo dicho, macrocentros con microespecialistas.

iEffect of Continuity of Care on Emergency Care and Hospital Admissions Among Patients Receiving Home-Based Care: A Population-Based Cohort Study.

<https://www.annfammed.org/content/24/1/17>

iiMacro-centros de salud con micro-especialistas. Fragmentación y destrucción de la atención primaria. <https://equipocesca.org/wp-content/uploads/2024/02/Macro-centros.pdf>

iiiAre patients who use a generalist physician healthier than those who seek specialty care directly? <https://www.metajournal.com/articles/233481/patients-use-generalist-physician-healthier-seek-specialty-care-directly>

ivCompara (generalistas y especialistas), que algo queda.

<https://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/04/gcs-2007-compara-generalistas-y-especialistas-que-algo-queda.pdf>

vA Comparison of Outcomes Resulting From Generalist vs Specialist Care for a Single Discrete Medical ConditionA Systematic Review and Methodologic Critique.

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/411483>

viContribution of Primary Care to Health Systems and Health.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2690145/>

viiThe Paradox of Primary Care. <https://www.annfammed.org/content/7/4/293>

viiiParadojas en la derivación de primaria a especializada.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708703330?via%3Dihub>

ixGeneral practitioners with special interests. <https://equipocesca.org/family-medicine-should-encourage-its-clinicians-to-subspecialize-negative-position/>

xGeneral practitioners with special interests—not a cheap option.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1315651/>

xiDismantling general practice <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2169307/>

xiiBalancing specialist roles with generalist responsibilities in primary care: have we gone too far? <https://www.frontiersin.org/journals/health-services/articles/10.3389/frhs.2025.1438711/full>

xiiiLa urgencia del generalismo <https://www.nogracias.org/2024/10/28/la-urgencia-del-generalismo-parte-1-el-triunfo-del-modelo-biomedico-por-abel-novoa/>

<https://www.nogracias.org/2024/10/29/la-urgencia-del-generalismo-parte-2-la-practica-generalista-por-abel-novoa/> <https://www.nogracias.org/2024/11/03/la-urgencia-del-generalismo-parte-3-porque-funciona-por-abel-novoa/>

xivAre we careless about continuity of care?

<https://qualitysafety.bmj.com/content/early/2025/11/23/bmjqs-2025-019416>

xvManejo de la incertidumbre diagnóstica en la consulta del médico general/de familia.

<https://equipocesca.org/manejo-de-la-incertidumbre-diagnostic-a-en-la-consulta-del-medico-generalde-familia/>

xviThe family in family medicine revisited, again. https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1994-volume_38-39/JFP_1994-12_v39_i6_the-family-in-family-medicine-revisited-.pdf

xvii“Nuevos perfiles profesionales: tiempo para la reflexión” 2023) <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-nuevos-perfiles- profesionales-tiempo-reflexion-S0212656723000124>