Editorial

En Medicina Familiar: ¿la relación médico-paciente tiene fecha de caducidad?

Medicina Familiar, más allá de la suma de episodios biológicos

Entre las cualidades que definen a los profesionales médicos de familia, que se desempeñan en APS, la atención centrada en la persona (y no en la enfermedad) es una de las características clave. (1)

Este modo de atención permite la construcción de un vínculo entre médico y paciente, donde la narrativa adquiere un espacio central que permite al profesional obtener conocimiento profundo tanto de la biología como de la biografía de la persona, pero no en una sucesión de episodios y contactos esporádicos por problemas puntuales de salud, sino como un acompañamiento e intercambio a lo largo del tiempo. En definitiva, un saber multidimensional sobre esa persona, la familia y su contexto.

Cuidar en el ámbito de la Medicina Familiar implica iniciar la construcción de una relación desde el primer contacto. Brindar confianza, tolerar la incertidumbre, ofrecer una pausa, tiempo de silencio con la atención enfocada que invita al otro (paciente) a compartir su vivencia.

En este escenario, la empatía desarrollada por los médicos de familia se constituye en piedra angular en tanto competencia esencial para una práctica de excelencia, cuidadosa y humana.

La magnitud de las necesidades paliativas

La OMS reconoce que más de 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos anualmente y la necesidad crecerá, dado el envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles. Se reconoce la urgencia de incluir los cuidados paliativos en la totalidad del proceso asistencial, en particular en atención primaria de salud, asumiendo que no integrarlos en los sistemas sanitarios implica inequidad en el acceso (2).

Se estima que el 14.1% de los adultos tienen necesidades paliativas a nivel mundial y menos del 1% de la población lo recibe. De ellos, casi el 60% sufre condiciones crónicas no oncológicas (3)(4).

La Declaración de Astana de 2018 afirma que los servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como los cuidados paliativos, deben ser accesibles para todos (5). La mayoría de las personas que necesitan cuidados paliativos son atendidas en Atención Primaria antes que en unidades especializadas.

En los países desarrollados, aproximadamente el 1% de la población sufre de enfermedades crónicas avanzadas e incurables. El Informe sobre la situación de los cuidados paliativos en la Argentina, según los indicadores de la OMS, desarrollados por el Observatorio de Cuidados Paliativos, Atlantes (6), estima que alrededor de 460,000 argentinos y argentinas necesitarán este tipo de asistencia.

De acuerdo con el enfoque de la OMS y de la Cobertura Universal de Salud, los cuidados paliativos han de ser provistos en todos los niveles de salud de un país porque son un servicio básico.

Argentina tiene una ley de cuidados paliativos. Sin embargo, en el marco de un sistema sanitario complejo y fragmentado, el acceso a CP es heterogéneo (7).

Cambio de paradigma: del cuidado al final de la vida a la atención paliativa

Durante las últimas décadas se han producido cambios en el paradigma de los cuidados paliativos, desde aquellos brindados exclusivamente a pacientes con diagnósticos oncológicos en el final de la vida, hacia la "atención paliativa" de personas con enfermedades crónicas progresivas, que pueden evolucionar con crisis, que producen impacto progresivo en la capacidad funcional y provocan mayores necesidades y demanda de recursos (7).

Se denomina "atención paliativa" (AP) a todas aquellas acciones terapéuticas que tengan como objetivo mejorar la calidad de vida, practicadas de acuerdo con las necesidades y en cualquier momento de la evolución, y en todos los niveles de atención de la salud, reservando la intervención de los servicios específicos de CP al criterio de complejidad (7).

La atención paliativa comienza cuando aparecen necesidades, no cuando se aproxima la muerte.

Aportes desde la Medicina Familiar para disminuir la brecha en el acceso

Si la relación clínica se construye a lo largo del tiempo, ¿qué ocurre cuando la enfermedad deja de ser curable? ¿Termina allí nuestra responsabilidad profesional?

Estamos convocados a reflexionar, desde una perspectiva de derechos, cuál es el papel de los médicos de familia para garantizar, en el marco de la ley de cuidados paliativos, el acceso a aquellas personas que los requieran y de alguna manera disminuir la brecha en la accesibilidad a la AP oportuna.

La atención longitudinal y el conocimiento acumulado de la trayectoria vital de esa persona y su contexto próximo colocan al médico de familia en una condición de proximidad para avanzar en la planificación compartida de la atención; entendida como el proceso deliberativo, relacional y estructurado, que facilita la reflexión y comprensión de la vivencia de enfermedad y el cuidado entre las personas implicadas, centrado en la persona que afronta una trayectoria de enfermedad, para identificar y expresar sus preferencias y expectativas de atención. Promueve la toma de decisiones compartida en relación con el contexto actual y con los retos futuros de atención (8).

En Argentina aún no existe un enfoque sistemático de toma de decisiones para pacientes con enfermedades crónicas avanzadas. Es esperable que el concepto de la PCA se extienda a los equipos de salud en el futuro cercano.

Existe consenso sobre la importancia del desarrollo de la atención paliativa primaria para mejorar el acceso de las personas que lo necesitan. La expansión de estos cuidados, cuando son brindados por los médicos de atención primaria, mejora el control de los síntomas y la calidad de vida de los pacientes durante el curso de una enfermedad potencialmente mortal. Los médicos de familia desempeñan un rol importante en la detección temprana de pacientes que podrían beneficiarse de un enfoque paliativo (9).

La última etapa del ciclo vital puede convertirse en una ventana de oportunidad como profesionales, un desafío clínico, ético y humano. Mirar al otro, persona/paciente, en las múltiples dimensiones en las que ocurre la enfermedad: biológica, psicológica, social, espiritual.

Resulta difícil aceptar aquello de "no hay más nada que hacer" si asumimos la responsabilidad de cuidar, superando la dicotomía entre curación y paliación. Integrando en forma oportuna la AP. Garantizando la continuidad asistencial, como los MF sabemos hacer, centrados en las personas, en su entorno afectivo próximo, tomando en cuenta tanto su trayectoria biológica como la biográfica.

Acompañar a una persona y su familia hacia el final de la vida no es una intervención menor. Es una competencia clínica y humana avanzada. Siempre hay algo por hacer, hasta el final y aun después de él.

Invertir tiempo en la escucha activa y ofrecer el silencio respetuoso, poner en juego la ética de la alteridad de Lévinas. Aquella sensibilidad a la que somos despertados gracias al rostro del Otro y que significa susceptibilidad frente al sufrimiento ajeno, no poder dejar de responder frente a su dolor (10).

Respetar la singularidad y autonomía de un otro que sufre y es el protagonista de la escena, sin perder de vista que la relación clínica es, ante todo, un encuentro humano.

En el centro de la medicina familiar está acompañar a personas y familias a lo largo de su ciclo vital. En un escenario de aumento progresivo de la cronicidad avanzada y la multimorbilidad, la atención paliativa no representa una nueva tarea para el médico de familia, sino una oportunidad para recuperar un sentido más profundo de la práctica: permanecer al lado de las personas cuando la enfermedad ya no puede curarse y, sin embargo, queda mucho por hacer; brindar cuidado y alivio es posible y necesario.

No todas las personas que van a morir requieren especialistas en cuidados paliativos, pero todas necesitan profesionales con competencias paliativas básicas que puedan conocerlo, respetar su autonomía, valorar su narrativa, desarrollar un proceso de planificación compartida de la atención, prescribir fármacos para el alivio del dolor u otros síntomas frecuentes, orientar a la familia para la organización del espacio de cuidado, acompañarlos en la toma de decisiones y protegerlo de los excesos de un sistema sanitario fragmentado que muchas veces agrega sufrimiento con medidas fútiles.

Retomando la pregunta inicial, quizás podemos replantear la cuestión e intentar responder al interrogante sobre qué sucede y cómo se transforma la relación cuando la curación no es posible y desde allí avanzar en cuáles son las mejores acciones para esta persona, en este momento de su vida.

La atención paliativa integrada a la medicina familiar representa una aproximación ética, clínica y humana frente al desafío creciente de la cronicidad avanzada y el envejecimiento poblacional.

Y quizás allí encontremos una respuesta a la pregunta inicial. En Medicina Familiar, la relación médico-paciente no tiene fecha de caducidad. Cuando no sea posible curar, aun y con mayor énfasis, se puede aliviar; si las intervenciones curativas se agotan, permanece el cuidado; en el momento que la enfermedad avanza, podemos sostener la presencia. Acompañar con dignidad, respeto y humanidad hasta el final de la vida (y en el duelo a quienes continúan después de la pérdida) es una de las expresiones más profundas de nuestra práctica profesional.

En ese territorio de vulnerabilidad compartida, donde el sufrimiento interpela y la incertidumbre se hace presente, la Medicina Familiar encuentra una de sus expresiones más genuinas.

Referencias

1. Starfield B, Horder J. Interpersonal continuity: old and new perspectives. Br J Gen Pract. 2007;57(540):527-529.
2. Asamblea Mundial de la Salud, 67. Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida: informe de la Secretaría [Internet]. 2014. Disponible en: apps.who.int/iris/handle/10665/170558

3. Connor SR, Connor S, Claire W, Ma M, Jaramillo E. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. 2nd ed. [Internet]. 2020. Available at: https://www.thewhpca.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care

4. Bonilla P. Cuidados paliativos en Latinoamérica. Rev Nutr Clin Metab. 2021;4(2):4-13.

5. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Astaná: Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: Astaná (Kazajistán), 25 y 26 de octubre de 2018 [Internet]. 2018. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/328128

6. Tripodoro VA, Candelmi DE, Suárez D, Béjar AC, Montero Á, Bastos FV, et al. Informe sobre la situación de los cuidados paliativos en Argentina según los indicadores de la OMS. Pamplona: ATLANTES Global Observatory of Palliative Care; 2025.

7. Tripodoro VA. Proyecto NECPAL CCOMS ICO© para la identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidades de atención paliativa en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina [tesis doctoral]. Universidad de Vic. Universidad Central de Cataluña; 2016. p. 19-20.

8. Di Gennaro S, Fila J, Veloso V, Lasmarías C, Tripodoro VA. Escala autoeficacia percibida sobre planificación compartida de la atención (ACP-SEs) Argentina. Medicina (B Aires) [Internet]. 2024 Ago [citado 2026 Jun 21];84(4):619-628. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802024000600619&lng=es

9. Seow H, Bainbridge D, Winemaker S, Myers J, Kortes-Miller K, Kilbertus F, et al. Does facilitated palliative care education improve patient identification? A cluster randomized controlled trial of primary care providers in the CAPACITI training program. J Palliat Med. 2025 May 19.

10. Idareta Goldaracena F, Úriz Pemán MJ. Aportaciones de la ética de la alteridad de E. Lévinas y la ética del cuidado de C. Gilligan a la intervención en trabajo social. Altern. 2012 Nov 2. Disponible en: https://alternativasts.ua.es/article/view/4221

Agustina E. Piñero

Médica de Familia, Magíster en Cuidados Paliativos y Cronicidad Avanzada
Clínica Universitaria Reina Fabiola / Universidad Hospital Italiano.
Contacto: agustinapinero@curf.ucc.edu.ar

Autora para correspondencia: Agustina E. Piñero, agustinapinero@curf.ucc.edu.ar

Cómo citar: Piñero, A. En medicina familiar: ¿la relación médico-paciente tiene fecha de caducidad? Arch Med Fam Gen. 2026 Jul;23(3):1-4