



Federación Argentina de Medicina Familiar y General

FAMFyG

Documento técnico N° 2

- BASES Y FUNDAMENTOS DE LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR y GENERAL

INTRODUCCIÓN

"...la "Atención Primaria de la Salud" es el cuidado esencial de la salud basado en métodos prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, y tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias de la comunidad, a través de su participación total y a un costo al que la comunidad y el país puedan acceder."

La declaración de Alma Ata (Organización Mundial de la Salud, 1978), "Salud para todos en el año 2000", situó por primera vez en el centro de la escena el debate sobre el concepto, los objetivos y los constituyentes de la Atención Primaria de la Salud (APS).

Atención Primaria de la Salud

Allí se definió que la "Atención Primaria de la Salud" es el cuidado esencial de la salud basado en métodos prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, y tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias de la comunidad, a través de su participación total y a un costo al que la comunidad y el país puedan acceder. Forma parte integral tanto del sistema de salud del país, del que constituye su función central y el foco principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad.

De acuerdo a esta declaración, los componentes esenciales de la APS que conforman los ejes sobre los cuales se desarrollan todos los programas y actividades son:

* **Cobertura total:** Para ello se requiere:

- Mejorar la *accesibilidad y utilización* de los servicios de salud.
- Aumentar la *disponibilidad relativa de recursos*.
- Poner en operación un *sistema técnico y administrativo* capaz de responder eficaz y eficientemente.
- * **Participación comunitaria:** Exigir y fomentar el *autocuidado responsable de la salud y la plena participación de los individuos y las comunidades*.
- * **Reorientación del financiamiento sectorial:** La APS implica *privilegiar la asignación de los recursos allí donde están las necesidades, donde están los problemas de salud, en definitiva donde está la gente y donde la gente decida*. Esto significa, en la práctica, reorientar el financiamiento *hacia la comunidad, hacia el Primer Nivel de Atención, hacia la Prevención Primaria; allí donde el recurso es más eficiente y asegura la equidad*
- * **Tecnología apropiada :** *Por apropiada se entiende la selección crítica de las tecnologías disponibles, así como el esfuerzo de investigación destinado a sustituir aquellas que no respondan satisfactoriamente a las necesidades de la comunidad a la cual está destinada, eficacia y eficiencia.*
- * **Nuevas modalidades de organización:** Poner en discusión la totalidad de la organización sanitaria para no quedar atrapados en estructuras y funcionamientos preexistentes, caducos y/o inapropiados. Se trata, en definitiva, de evitar hacer "más de lo mismo".
- * **Programación integrada por necesidades :** Nuevamente, se parte de las necesidades de la población y dado que los problemas de salud tienen determinantes y condicionantes multifactoriales, sólo una programación global e integrada con múltiples enfoques podrá proveer una respuesta eficaz.
- * **Articulación intersectorial:** *Las respuestas unilaterales el Sector Salud nunca serán suficientes por sí solas.*
- * **Recursos humanos no convencionales:** *El recurso humano es, en definitiva, quien llevará a cabo la transformación propuesta. Es por tanto un punto crítico a privilegiar a la hora de la reorientación del financiamiento, pues deberá contar no sólo con conocimientos y destrezas, sino fundamentalmente con la actitud indispensable para promover e integrarse a una forma de trabajo participativa, interdisciplinaria, e intersectorial.*

Está claro entonces que la APS es una estrategia cuya implementación depende de las decisiones de las conducciones políticas y de un contexto multifactorial receptivo. Según el documento de Alma Ata, su forma viene determinada por los *objetivos sociales*, como el mejoramiento de la calidad de vida y la obtención de beneficios sanitarios óptimos para el mayor número de individuos, y esos objetivos se alcanzan con la aplicación de *medios sociales*: mayor responsabilidad en el cuidado de la salud por parte de individuos y comunidades y su plena participación. Su aplicación tendrá consecuencias de

vasto alcance. Es de prever cierta resistencia al cambio. Por ello la voluntad y apoyo políticos son fundamentales, así como cada uno de los componentes mencionados anteriormente. Si alguno de ellos no está presente, la estrategia global no se podrá desarrollar aunque se cumplieran algunas actividades. Pero sin el desarrollo de la estrategia los objetivos difícilmente logren alcanzarse.

A su vez, la Declaración específica que comprende, cuando menos, las siguientes actividades:

v Educación en relación a los problemas de salud prevalentes y los métodos para prevenirlos o controlarlos.

v Promoción del abastecimiento de alimentos y de una adecuada nutrición.

v Adecuado suministro de agua potable y de servicios sanitarios básicos.

v Atención de la salud materno-infantil, incluyendo planificación familiar.

v Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.

v Prevención y control de las enfermedades endémicas locales.

v Tratamiento apropiado de las enfermedades y las lesiones comunes.

v Provisión de medicamentos esenciales.

Como se desprende de lo anterior, la APS como estrategia global para mejorar la salud de las comunidades incluye muchos componentes cuya implementación no depende de los profesionales de la salud sino que requiere del aporte integrado de muchas disciplinas y, fundamentalmente, de decisiones políticas firmes.

- **ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA**

La contribución a la APS de los médicos y de otros profesionales del equipo de salud como los enfermeros, los trabajadores sociales, los psicoterapeutas y los miembros del personal administrativo se conoce como Atención Médica Primaria. Es importante puntualizar las diferencias ya que los médicos podemos contribuir significativamente al mejoramiento de la salud sólo cuando otras intervenciones para mejorar las condiciones sanitarias (agua corriente, saneamiento ambiental, alimentación, etc.) tienen lugar antes. Aun cuando este debate se inició hace casi veinte años, sólo en los últimos diez se profundizó en las sociedades desarrolladas, alcanzando a la Argentina recién en los últimos cinco. Tanto la expansión de programas de APS como el desarrollo de médicos generalistas pueden ser consideradas hoy "megatendencias" mundiales en el área de la salud.

Características de la Medicina de Atención Primaria

Cualquier sistema de salud persigue dos grandes objetivos: el primero es optimizar la salud de la población empleando el mejor y más avanzado conocimiento disponible, el segundo es minimizar las disparidades asegurando igual acceso a los beneficios para todos.

Estos principios, para ser alcanzados, necesitan muchas veces armonizar de manera tal de evitar que uno se logre a expensas del otro. A medida que aumenta el conocimiento, los médicos se han volcado a la especialización creciente, entre otras razones, en el supuesto de que es imposible conocer todo acerca de todos y cada uno de los problemas de salud. Esta tendencia a la superespecialización ha fragmentado la atención a través del desarrollo de médicos con interés y competencia sólo en enfermedades o áreas específicas. A pesar de que este modelo puede proveer cuidados muy eficaces en el caso de enfermedades individuales, es improbable que provea cuidados básicos muy efectivos. La especialización orientada al tratamiento de enfermedades no puede maximizar la salud porque la promoción de un funcionamiento óptimo del individuo y de su familia o la prevención de problemas de salud requieren de una perspectiva más amplia que la que puede lograr un especialista.

Las enfermedades no se desarrollan aisladamente sino que se experimentan en el tiempo. Por lo tanto, el especialista puede ser el recurso más apropiado para el manejo de un problema definido en un momento determinado, pero es el médico de familia o general a quien se necesita para integrar los múltiples problemas que un individuo o familia padecen a lo largo de su vida.

La organización de los sistemas de salud en niveles definidos por los servicios incluidos en cada uno; primario (atención primaria y emergencias), secundario (atención de las especialidades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos e internación) y terciario (alta complejidad) es una premisa básica para el funcionamiento eficiente del sistema. Un sistema de atención médica orientado a la especialización como el nuestro presenta un claro problema ya que es virtualmente imposible asegurar la equidad. Ningún sistema tiene recursos ilimitados para proveer servicios de salud. Dado que los especialistas son más caros que los generalistas, son también menos accesibles para la gente con menos recursos.

Como puertas de entrada del sistema, los médicos de familia o general deben coordinar la atención, no sólo en el primer nivel sino en todos los niveles, de manera de asegurar eficiencia y equidad en el acceso a los servicios necesarios, basados en el uso apropiado de los mismos.

Componentes de la Atención Médica Primaria

1 Primer contacto

Inherente a la noción de un sistema de salud organizado por niveles de cuidado, está el concepto de que hay un punto de entrada cada vez que existe

la necesidad de resolver un nuevo problema de salud. Esa puerta de entrada es el médico de atención primaria. ¿Por qué un médico de atención primaria?

* Porque la gente carece del conocimiento técnico suficiente como para tomar una decisión apropiada sobre qué tipo de cuidados y qué tipo de médico necesita para cada problema de salud.

* Porque el médico especialista, por diversas razones, resulta más caro que el generalista, por lo que puentear a este último puede resultar excesivamente costoso si el problema hubiera podido ser resuelto en el primer nivel de atención.

* Porque el umbral para consultar al médico difiere marcadamente entre paciente y paciente.

* Porque la mayoría de los motivos de consulta son habitualmente por problemas indiferenciados y muchas veces vagos.

El médico de familia o general, con más experiencia en presentaciones clínicas tempranas y con un espectro mucho más variado y numeroso que un especialista lineal, es naturalmente el recurso idóneo para funcionar como puerta de entrada en sistemas organizados de atención médica.

En sistemas como el nuestro donde predomina la autoreferencia de los pacientes al especialista, el beneficio del médico de familia o general como primer contacto puede no ser intuitivamente obvio. Si la gente cree que el especialista tiene mayor destreza y experiencia para el manejo de su problema puede considerar que ver al médico de familia o general es un paso intermedio inútil que los priva de la "mejor" atención médica. Si eso fuera cierto, el acceso libre al especialista ahorraría realmente tiempo y dinero. Por esto es que la formación y el entrenamiento adecuado del médico de familia o general por un lado y el cambio de la cultura prevaleciente en la sociedad por el otro, se vuelven requisitos básicos para que el primer contacto sea visto como una ventaja y no como un obstáculo para los beneficiarios.

2 Accesibilidad

La accesibilidad es la principal característica estructural para un buen funcionamiento de cualquier sistema de atención primaria. Si no hay un acceso adecuado, los cuidados pueden demorarse al punto que afecten seriamente el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, provocando a la vez en los usuarios insatisfacción con el sistema de atención y tendencia a la sobreutilización de los servicios alternativos, tales como los consultorios de urgencia o la guardias de emergencia.

Existen, según la definición de Donabedian (1973), dos tipos de accesibilidad:

* *Accesibilidad socioorganizacional*: tiene que ver con las características del sistema de atención que facilitan o dificultan el uso de los servicios cuando son requeridos. Ejemplos de barreras explícitas son el uso obligado del

"guardabarrera" para consulta inicial o el pago de coseguros para el acceso a determinados servicios. Hay también barreras encubiertas tales como las autorizaciones u otros trámites administrativos engorrosos para ciertas prácticas. Muchas veces las diferencias culturales e idiomáticas entre los pacientes y los proveedores de salud pueden desalentar la consulta temprana de aquéllos, por lo que el énfasis en la relación médico-paciente-familia-comunidad es un pilar indispensable para garantizar la accesibilidad.

* *Accesibilidad geográfica*: tiene que ver con características de los servicios relacionadas con la distancia y el tiempo que se debe insumir para utilizar dichos servicios. Si por ejemplo para conseguir un medicamento con descuento, un usuario debe viajar una hora a la farmacia más próxima o para ver a su médico de cabecera debe tomar dos colectivos, el acceso se transforma en una barrera que sin dudas desalienta la utilización de dichos servicios.

3 Continuidad y longitudinalidad en la atención

El concepto de continuidad en la atención puede usarse para describir en qué medida los pacientes ven al mismo médico a lo largo del tiempo. Ésta no es necesariamente una característica de los médicos de familia o general. Por ejemplo, un paciente con insuficiencia renal en diálisis crónica es probable que reciba cuidados continuos por parte del nefrólogo y su equipo. También la continuidad entre consultas a distintos médicos puede mantenerse si se dispone de algún instrumento que permita la transferencia efectiva de información a través de una historia clínica única. Como vemos, la continuidad no es exactamente lo mismo que la longitudinalidad. En realidad, cuando pensamos en los cuidados que debe proveer el médico de familia o general, hablamos de cuidados longitudinales.

Los cuidados longitudinales no sólo implican contacto personal a lo largo del tiempo sino también contacto personal independientemente del tipo de problema traído a la consulta o aun de la existencia de algún problema de salud. Los beneficios de los cuidados longitudinales son su mayor efectividad y eficiencia en los resultados y la mayor satisfacción de los pacientes. Probablemente, el mayor tiempo de seguimiento acompañado de una mayor confianza, vuelva a los pacientes más abiertos para la divulgación de sus problemas y más cumplidores con las recomendaciones de su médico.

Sin dudas, el conocimiento "acumulado" del paciente y su familia, a través del seguimiento personal, es uno de los tesoros invaluables de la práctica del médico de familia o general, que hacen que éste se encuentre en una posición ventajosa para lograr mayor efectividad (mejor y mayor prevención, detección y manejo de problemas) y mayor eficacia (uso de menor cantidad de recursos para alcanzar los mismos objetivos).

Si la accesibilidad es el esqueleto de la atención primaria, la continuidad y longitudinalidad en los cuidados son los músculos y tendones que logran la estabilización de la estructura. ¿Cómo compatibilizar ambas sin que se afecte la vida personal y familiar del médico de familia o general? ¿Debe el médico

estar disponible en todo momento en que es necesitado? ¿Qué privilegia la gente, accesibilidad o continuidad?

El médico no puede estar siempre disponible, por lo que es importante destacar que acceso no implica necesariamente ver inmediatamente al médico en toda situación y a toda hora. Acceso también implica implementar alternativas que faciliten el contacto de los pacientes con su médico, ya sea a través de disponibilidad telefónica, de sistemas de radio llamados o de sistemas de reemplazo por grupos de médicos conocidos (no más de cinco) en situaciones especiales.

La gente sana, especialmente joven, demanda generalmente accesibilidad inmediata cuando tiene un problema, aun en detrimento de la continuidad. Es común que consulte a guardias, a consultorios de demanda espontánea o a sistemas de urgencia domiciliaria. Por el contrario, es la gente enferma con problemas crónicos la que rápidamente reconoce los beneficios del contacto personal con su médico a lo largo del tiempo.

4 Atención integral e integrada

Un abordaje integral en atención de la salud involucra al menos los cuatro pasos del proceso de atención médica: reconocimiento del problema o necesidad, diagnóstico, manejo y seguimiento. La atención primaria tiene una mayor responsabilidad en el primero de ellos a través de la promoción y prevención. La integralidad en los cuidados implica que los servicios cubiertos, en cualquier nivel, se ajusten a las necesidades de la comunidad tanto en extensión como en profundidad. También implica, y esto es lo relevante para el médico de atención primaria, responsabilidad aun en el nivel secundario o terciario.

Cuando la cobertura de servicios es insuficiente para las necesidades de la población, las enfermedades prevenibles no pueden prevenirse y por lo tanto se tratan en estadios más tardíos, la calidad de vida se compromete y la mortalidad aumenta.

Sin embargo, más servicios ofrecidos no necesariamente quiere decir mejor cuidado: algunos pueden no ser tan efectivos o no ser más efectivos que la alternativa usual (ej. histerectomía translaparoscópica vs. Histerectomía convencional), otros no justifican el costo extra (ej. cirugía estética) y otros pueden incluso ser perjudiciales (ej. detección de antígeno prostático específico en hombres asintomáticos mayores de 50 años según la evidencia al presente).

Desde otra perspectiva, la de las necesidades del paciente, mayor integralidad en los cuidados significa que un mismo médico provea la mayor cantidad de servicios. Los médicos de atención primaria lideran la tabla de posiciones mientras que los psiquiatras y algunos subespecialistas quirúrgicos van últimos. Dentro de los generalistas, los médicos de familia o generales son más extensivos en el rango de servicios que ofrecen ya que a diferencia de los clínicos y pediatras generales, manejan más frecuentemente problemas en la

esfera psicosocial, así como problemas tocoginecológicos y quirúrgicos menores.

La atención integrada implica un enfoque totalizador biopsicosocial, contextualizado de los problemas de salud, donde la condición humana es entendida y apreciada y la relación médico paciente está jerarquizada.

5 Coordinación de la atención y proceso de interconsultas

Lograr la coordinación de los cuidados es un verdadero desafío para el médico de atención primaria, especialmente en un medio dominado por la autoreferencia de los pacientes y la sobreabundancia de especialistas. Los pacientes frecuentemente consultan a quien quieren, en distintos lugares, sin que siquiera exista una mínima evidencia de continuidad a través de una historia clínica. Sin una adecuada coordinación, los otros componentes de la atención primaria descriptos (primer contacto, accesibilidad, continuidad y longitudinalidad, e integralidad) pierden gran parte de su potencial.

La esencia del significado de la coordinación de los cuidados está dada por la disponibilidad por parte del médico de la información sobre los problemas previos y los servicios utilizados por el paciente y el reconocimiento (del médico) de que esa información pueda ser necesaria para la resolución de sus problemas actuales.

Si bien la coordinación alcanza su máxima efectividad cuando existe longitudinalidad en los cuidados, muchos estudios demuestran que la información sobre los pacientes obtenida a través de instrumentos tales como la historia clínica única, la historia clínica computarizada, o bien a través de registros personales magnéticos transportados por los mismos pacientes, la mejora sustancialmente. La inclusión de una lista de problemas a la historia clínica y, aun más, la incorporación de la Historia Clínica orientada al Problema mejora el reconocimiento de la información sobre un problema dado.

Hemos visto antes las diferencias entre la continuidad y la longitudinalidad en los cuidados. Sin un adecuado proceso de interconsulta es posible que aun teniendo el paciente una fuente regular y longitudinal de atención, la continuidad se vea comprometida por la falta de coordinación entre el médico de cabecera y el o los especialistas involucrados ante un problema de salud que requiera cuidados secundarios o terciarios.

Cuando es necesaria la interconsulta con un especialista, la continuidad debe ser resuelta por medio de mecanismos explícitos de transferencia de información hacia el especialista y desde el especialista hacia el médico de atención primaria, que no comprometan la coordinación en la definición antes mencionada.

En los clásicos estudios de Williams y col. en la década del sesenta, el proceso de interconsulta se juzgó como adecuado si cumplía los siguientes criterios:

*Definición y especificación por parte del médico generalista de la necesidad y el propósito de la interconsulta al especialista, incluyendo el entendimiento mutuo entre el paciente y su médico.

* Comunicación adecuada al especialista sobre el objetivo de la interconsulta.

* Atención y focalización a dicho objetivo por parte del especialista.

* Adecuada comunicación de los hallazgos y recomendaciones al médico que inició la consulta.

* Acuerdo por parte del paciente y de los médicos involucrados sobre quien tiene la responsabilidad en el manejo de los cuidados continuos.

De lo anterior se desprende que la buena coordinación entre el generalista y el especialista depende tanto de la formación y actitudes de éstos, como de la organización institucional con normas claras y procedimientos supervisados

- **MEDICINA FAMILIAR O GENERAL**

La Medicina Familiar o General es por definición la especialidad médica efectora de la APS, la única que cumple con todas las características antes citadas. Al igual que la mayoría de las demás especialidades médicas, posee un cuerpo de conocimientos que le es propio, así como instrumentos y habilidades que le permiten diferenciarse en el objeto de su práctica. Dado que el propósito y unidad funcional de los cuidados primarios es la familia y no sólo el individuo, el abordaje de la atención de la salud para la medicina familiar o general se desarrolla dentro de este contexto microsocioal, evitando fragmentar cada integrante del grupo familiar en distintos componentes, cada uno con un proveedor de salud diferente.

La Medicina Familiar o General es la especialidad clínica que se ocupa del mantenimiento y la resolución de los problemas de salud frecuentes en los individuos, familias o comunidades, independientemente de la edad, sexo o el órgano o sistema afectado. Es también la especialidad que integra en profundidad las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta. Ya que se trata de una especialidad que por definición está vinculada a las necesidades de la población que sirve, no existe un médico de familia o general con características únicas sino que ellas deben adaptarse en función de las necesidades existentes en cada comunidad. Por ello, las prácticas del médico de familia o general que ejerce en un gran centro urbano pueden diferir sustancialmente de aquellas que desarrolla en un centro urbano pequeño o en una población rural.

Según la WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia, 1997), "el médico de familia o general es el profesional responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica pudiendo implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus

servicios cuando sea necesario. Acepta a toda persona que solicita atención, al contrario que otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en base de edad, sexo y/ o diagnóstico de los pacientes. Atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica".

Para la FAMFyG, el nombre del especialista es médico de familia o general. Sin embargo, también reconoce como especialistas a aquéllos que, cumpliendo con la definición previamente enunciada y los requisitos de certificación establecidos, adoptan el nombre de médico rural, médico comunitario, médico generalista.

Cabe destacar que los llamados médicos de cabecera, referentes o gatekeepers no son necesariamente sinónimo de médicos de familia o generales. Estas definiciones están más en relación a la función que cumple el profesional en el sistema de salud (ser el primer contacto con el sistema y coordinar el acceso a los otros niveles de atención) que a una definición de las competencias e incumbencias que lo deben caracterizar.

- **PRINCIPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR**

Los principios que guían la práctica de la Medicina Familiar o General no difieren de los que debieran guiar a la práctica de otros médicos de atención primaria, tales como los

clínicos o pediatras generales, o cualquier médico en general. Sin embargo, todos ellos en conjunto permiten definir con mayor especificidad a un médico de familia o general.

A diferencia de las demás especialidades médicas (que son especialidades lineales), la Medicina Familiar o general es una especialidad horizontal que no sólo incluye el segmento de los problemas frecuentes que cada especialidad lineal posee, sino también los "intersticios" entre ellas, la mayoría de las veces tierra de nadie para los médicos (aunque no, obviamente para los pacientes). Aproximadamente el 70% de los contenidos lineales de cualquier especialidad son compartidos por la medicina familiar o general. La diferencia es que esta última también comprende los espacios entre ellas.

Algunos atributos inherentes a la medicina familiar, definidos por Mc. Whinney, son los siguientes:

- * **ESPECIALIZACIÓN EN EL PACIENTE**

El médico de familia o general debe especializarse en el paciente por sobre un particular cuerpo de conocimientos, enfermedades o procedimientos técnicos. Por lo tanto su práctica no está limitada por el tipo de problema de salud o por la edad o el sexo de las personas a su cuidado. Es un generalista "genérico", para diferenciarlo de otros tipos de generalistas como el pediatra, hebiatra, clínico o geriatra que pueden considerarse generalistas de distintas etapas de la vida, o ginecólogo o especialidad en salud de la mujer que pueden ser generalistas de un género en particular. Si el objeto de la práctica del médico de familia o general es el paciente y su familia, su "área" de responsabilidad, a diferencia de cualquier otra especialidad, se define sólo por las necesidades de los mismos.

*** COMPRENSIÓN DEL CONTEXTO**

El médico de familia o general debe buscar la comprensión del contexto alrededor del padecimiento de sus pacientes. La mayoría de las enfermedades o padecimientos de los individuos reflejan la compleja interacción de factores genéticos, personales, demográficos, ambientales y socioculturales. Por lo tanto, intentar resolver dichos problemas de salud adoptando sólo alguna de estas perspectivas es insuficiente y reduccionista.

*** ACTITUD PERMANENTE HACIA LA EDUCACIÓN Y LA PREVENCIÓN**

El médico de familia o general debe ver cada encuentro como una oportunidad para la educación o la prevención. Existen dos estrategias importantes para mejorar el cumplimiento de las prácticas preventivas: el rastreo (screening, en inglés) y la pesquisa de casos. Sin duda esta última es la más efectiva. La pesquisa de casos como estrategia se define cuando es el médico quien inicia la intervención aun cuando el paciente concurre por otras razones. Si consideramos que en promedio cada paciente ve a su médico de cabecera al menos dos veces al año, las posibilidades de poder implementar servicios preventivos se multiplican.

*** ACTITUD HACIA TODOS SUS PACIENTES COMO INTEGRANTES DE UNA POBLACIÓN DE RIESGO**

El médico de familia o general debe ver a sus pacientes también como una población de riesgo. A diferencia de otros médicos, la falta de chequeo de la presión en un paciente no hipertenso o la falta de una vacuna en un individuo expuesto debe preocupar al médico de familia tanto como un paciente hipertenso no controlado o un control de niño sano.

*** ACCESIBILIDAD**

El médico de familia o general debería vivir cerca de donde viven sus pacientes y, en lo posible, procurar verlos en todas las instancias de atención: consultorio, sala de internación, domicilios, etc. La asignación del tiempo para cada una de ellas depende del ámbito de la atención (urbano vs. rural), así como de la distancia entre el lugar donde el médico vive y el lugar donde trabaja. Con el aumento de la brecha económica entre pobres y ricos, cada vez se hace más

difícil que el médico viva o siquiera atienda sus consultas cerca de donde viven sus pacientes, especialmente cuando se trata de una población carenciada. Por otro lado, si bien para el médico es cada vez más difícil seguir al paciente en todas las instancias, ya sea por dificultades de tiempo y movilidad (en una gran ciudad) o por falta de incentivo económico, determinados aspectos de la atención como la efectividad clínica y el refuerzo del vínculo se pierden irremediablemente cuando esto no se alcanza.

*** COMPATIBILIZACIÓN DE JUICIOS, VALORES Y ACTITUDES CON LOS DE SUS PACIENTES**

El médico de familia o general debe compatibilizar sus juicios, valores y actitudes con los de sus pacientes. Hay ciertos aspectos de la práctica de la medicina que no se enseñan en los textos, pero que muchas veces son la clave del éxito en las intervenciones terapéuticas. La adherencia de los pacientes a las recomendaciones médicas está muy vinculada a que hayan comprendido tanto el mensaje lineal como el meta mensaje (lo que está detrás del mensaje) del terapeuta. Esto tiene que ver con aspectos tales como el vocabulario empleado por el médico para hablar con su paciente (ej. pacientes analfabetos), la comprensión de que muchos hábitos son parte de una cultura distinta (ej. en Jujuy mascar coca no significa ser cocainómano) y el diferente significado de los que significa estar sano o enfermo para el médico y para el paciente (ej. problemas funcionales, padecer cáncer, tuberculosis o SIDA en distintos grupos étnicos, etc.).

*** MANEJO EFICIENTE Y RACIONAL DE LOS RECURSOS**

El médico de familia o general debe saber manejar los recursos con racionalidad y eficiencia. Los médicos de atención primaria, dada la creciente importancia que se les está asignando como puertas de entrada al sistema de atención médica, se están transformando en "gerentes" con el objeto de procurar un uso más apropiado y equitativo de los servicios disponibles.

• ROL DEL GENERALISTA Y DEL ESPECIALISTA EN LA CONSULTA MÉDICA

¿Qué problemas necesitan cuidados especializados y cuáles pueden ser manejados en la órbita del médico de atención primaria? No hay una receta de cocina que nos permita decidir en cada caso, pero sí algunas guías que permiten categorizar los distintos tipos de interacción entre el médico de cabecera y el especialista.

Interconsulta vs. Derivación

Muchas consultas al especialista son para obtener consejo o reaseguro para el paciente y/o para el médico de familia o general, guías sobre el manejo o una segunda opinión acerca del problema en curso; estas constituyen verdaderas

interconsultas, son por lo general por períodos cortos y se espera que el paciente vuelva a su médico.

Otras veces algunos tipos de interconsulta constituyen derivaciones al especialista, ya que son por tiempos muy prolongados y en general comprometen la longitudinalidad en el cuidado por parte del médico de familia o general.

Lawrence y Dorsey (1976) categorizaron dichos motivos de consulta en dos grupos:

Motivos de interconsulta	Motivos de derivación
Necesidad de procedimientos diagnósticos o terapéuticos que el médico de atención primaria no provee.	Manejo de condiciones crónicas serias, en las cuales los conocimientos técnicos del especialista apoyado por cuidados de alta complejidad e internaciones reiteradas son habituales. (En este caso, el especialista se responsabiliza por los cuidados continuos del paciente y el médico de familia o general adopta un rol auxiliar. Ejemplos de este tipo de derivación pueden ser el manejo de algunos pacientes con cáncer o SIDA y el manejo del paciente en diálisis crónica o luego de un transplante renal.)
Reaseguro para el paciente o el médico en relación al manejo de un problema médico, consulta de segunda opinión, miedo a un litigio por mala praxis, etc. (Este tipo de consulta es clara respecto a lo que hay que hacer por todos los actores involucrados. El período de consulta es breve y el paciente no se aleja de la órbita del médico de cabecera.)	
Evaluación más extensa de problemas complejos y poco claros para el médico de cabecera. (En este tipo de consulta el especialista toma más iniciativa, siendo el período de la misma más prolongado que en los casos anteriores.)	

- **PROVEEDORES DE LA ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA**

Exceptuando pocos casos, ni los sistemas de atención médica, ni las mismas organizaciones de salud (públicas, prepagas, obras sociales, etc.) promocionan en Argentina la coordinación médica o administrativa de la atención de los problemas de salud. Esto obliga a que la atención médica primaria sea brindada no sólo por los médicos generalistas (médicos de familia, clínicos y pediatras generales) más especializados e idóneos en este tipo de práctica, sino fundamentalmente por médicos especialistas, quienes no han recibido el debido entrenamiento para el manejo de los problemas en este campo.

- **EL PERFIL DEL MÉDICO DE FAMILIA O MÉDICO GENERAL**

ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD

La Atención Primaria vista sólo desde una perspectiva clínica tiene evidentes limitaciones. En primer lugar, al reflejar exclusivamente el espectro de los pacientes que consultan al sistema, no considera la real distribución de los problemas de salud de la comunidad. En segundo lugar, tiene dificultades para comprender el verdadero impacto de los factores ambientales y psicosociales sobre la etiología y la progresión de las enfermedades, ya que, en general, los médicos desconocen el medio en el cual los pacientes viven, trabajan y se desarrollan. Por lo tanto, la información sobre la naturaleza y la distribución de los problemas de salud de una comunidad no puede ni debe basarse sólo en la experiencia de médicos trabajando en hospitales o consultorios.

La base del concepto de Atención Primaria Orientada a la Comunidad radica en el uso apropiado de las habilidades clínicas y epidemiológicas y de los instrumentos que proveen las ciencias sociales y la investigación en servicios de salud, para diseñar programas destinados a resolver necesidades de salud de una población definida.

Muchos estudios demuestran que los médicos ven sólo una pequeña fracción de los problemas de salud que aquejan a la población en un período dado. White y colaboradores, en su célebre trabajo sobre la ecología de la atención médica, resumieron estos datos ya en 1961. De cada 1000 personas en riesgo de enfermar, 750 refieren algún padecimiento por mes pero sólo 250 (uno de cada tres) consulta con alguna queja al médico, lo cual confirma que la mayoría de los problemas de salud se resuelven en el nivel de autocuidados y nunca llegan a conocimiento del médico.

En resumen, el tener un padecimiento no necesariamente quiere decir que el individuo quiera "adoptar" su problema. Cuando una persona consulta al médico y es etiquetada como enferma, comienza a jugar un rol nuevo en la comunidad, el así llamado "rol de enfermo" (sick role en la definición de Sigerist y Parsons). El rol de enfermo conlleva algunos privilegios cuando la sociedad los exime de ciertas tareas sin que sean responsabilizados por ello.

- **EL PERFIL DEL MÉDICO DE FAMILIA**

No existe un médico de familia o general con características únicas sino que ellas deben adaptarse en función de las necesidades existentes en cada comunidad y por lo tanto los contenidos de sus actividades varían de ámbito en ámbito. Si bien entre los médicos de cualquier especialidad existen diferencias en el tipo de práctica, entre los médicos de familia o generales, en virtud de la mayor variedad y versatilidad de los problemas que maneja (comparado con un especialista lineal), estas diferencias pueden ser mucho mayores.

La principal fuente de variación en la práctica del médico de familia o general se vincula al contexto local donde el médico desarrolla su ejercicio profesional. Este contexto está fuertemente influido por la estructura de la población, las condiciones socioeconómicas, la relación médico/población, la disponibilidad de otros servicios de atención primaria, secundaria y terciaria y la organización administrativa de los sistemas de servicios de salud.

Por ejemplo, en las comunidades donde la relación médico/población es baja o muy baja, como ocurre en áreas rurales, suburbana, centros urbanos pequeños o comunidades de escasos recursos, el médico de familia o general tiene una práctica ampliada que incluye la cobertura de servicios de salud tanto ambulatoria como de internación, la atención materno infantil a veces en forma exclusiva, procedimientos de cirugía menor, traumatología y anestesia, el manejo de la emergencia y la administración de servicios de salud y salud pública. Por el contrario, la disponibilidad de otros médicos que proveen atención primaria como internistas, pediatras u obstetras y de otros servicios e instituciones puede modificar en gran medida el espectro de problemas y servicios que atiende el médico de familia en los centros urbanos. En muchas grandes ciudades, el médico de familia o general atiende menos niños; comparte con el obstetra los cuidados prenatales, pero no hace partos o recepciones neonatales, y pocas veces hace procedimientos de cirugía menor o manejo del trauma y de las emergencias. Aun así, la diversidad de posibilidades es amplia, y en países como Reino Unido o Canadá, muchos médicos de familia continúan con la práctica obstétrica incluidos los partos y, en Estados Unidos, los médicos de familia proporcionan los cuidados hospitalarios a sus pacientes aun en Hospitales de Alta Complejidad.

- **CONTENIDOS DIFERENCIALES DE LA MEDICINA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Todas las especialidades poseen un cuerpo particular de conocimientos, códigos, habilidades y destrezas y tecnología que les permiten configurar una identidad como tal. Estos atributos están implícitos en la misma definición de cualquier especialidad médica. Hemos descrito los contenidos particulares de la práctica de la Medicina Familiar o General. Ahora toca el turno de definir y describir los instrumentos que la Medicina Familiar o general emplea y que le dan un marco conceptual diferente a esta especialidad.

Desde el primer año de la facultad, pasando por la residencia y siguiendo con el ejercicio profesional, el médico de familia o general debe adquirir los elementos que subyacen a la información "cruda" y que se relacionan con el proceso de la toma de decisiones, de la comunicación con el paciente y de la misma práctica. El principio fundamental del proceso de aprendizaje del adulto, a diferencia del de los niños, es que se realiza en respuesta a una necesidad tangible.

Los contenidos de la formación del generalista deben estar centrados en el paciente y en la familia, y no en una disciplina; así como deben estar centrados

en la comunidad y no en el hospital. Deben proveer el conocimiento y las destrezas necesarias de la Medicina Ambulatoria. En este paradigma, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento deben ser enseñados para cubrir las necesidades de los individuos, las familias y las comunidades y no presentadas como componentes del dominio de las especialidades.

Los contenidos e instrumentos de la Medicina Familiar o General pueden resumirse de la siguiente manera:

1 CONTENIDOS BIOMÉDICOS Y PSICOSOCIALES

El médico de familia o general debe tener un conocimiento integrado de la ciencia biomédica (etiología, fisiopatología, presentaciones clínicas, historia natural y estado del arte del tratamiento) que le permita atender adecuadamente las necesidades de su paciente, pero dicho conocimiento debe enfatizar los problemas más frecuentes del ámbito de la atención primaria donde la prevalencia de los problemas serios es muy baja. Sin embargo, teniendo en cuenta que los problemas inusuales o las presentaciones raras son atendidas primero por el médico de familia o general, o que determinadas urgencias y/o emergencias ponen en peligro la vida, su entrenamiento también debe contemplar la exposición a determinadas enfermedades y pacientes y el manejo inicial o de emergencia de determinados problemas

Si el médico de familia o general practica una medicina de contexto, no puede estar ajeno a la problemática psicosocial que el individuo y la familia traen a la consulta. Para esto, es útil poder distinguir entre lo que es "la persona dentro de la familia" y lo que es "la familia dentro de la persona". La primera definición representa las relaciones interpersonales en el grupo familiar mientras que la segunda representa las experiencias familiares incorporadas por la persona.

Tradicionalmente, el manejo de problemas como la depresión, la ansiedad, el estrés y las crisis vitales fue declarado por los mismos médicos como territorio de la psiquiatría, empleándose para su tratamiento abordajes y "encuadres" característicos de dicha especialidad. Pocas cosas contribuyeron tanto a la fragmentación de la atención como la división cartesiana entre problemas del cuerpo para los clínicos y problemas de la mente para los psiquiatras.

Este enfoque trae aparejado, además, algunas dificultades cuya mayor consecuencia es un manejo inadecuado de estos problemas en un porcentaje alto de pacientes que son vistos en el ámbito de la atención médica primaria. Algunas de las dificultades son las siguientes:

v A veces los pacientes presentan una "mezcla" de problemas cuya solución debe ser integradora (ej. paciente diabético con mal control de su glucemia porque está deprimido debido a la pérdida de un ser querido).

v Muchos pacientes traen a la consulta problemas físicos que enmascaran desórdenes de personalidad o trastornos afectivos (ej. pacientes somatizadores e hipocondríacos, pérdida de peso por depresión).

v La mayoría de los pacientes que consultan por trastornos afectivos no desean ser vistos por un psicólogo o un psiquiatra y sólo en algunos casos aceptan ser derivados luego que el médico de cabecera comenzó a trabajar en el problema.

Otra de las consecuencias de esta división fue dejar afuera la esfera social, alejando del médico la responsabilidad que también le cabe en el manejo de estos problemas. Aún cuando muchas veces no está en sus manos poder solucionarlos, el médico de familia puede, junto al equipo de salud, movilizar recursos de la comunidad que permitan al menos dar alguna respuesta de alivio. Lamentablemente, en la medida en que el médico de familia o general no esté expuesto a los problemas de la esfera psicosocial tampoco podrá adquirir la experiencia para manejarlos con idoneidad.

Cuando el individuo consulta al médico no trae problemas y necesidades médicas, o psicológicas o sociales, sino problemas y necesidades "a secas". Sólo un médico cuyo abordaje sea indiferenciado, abordaje en el cual lo médico, lo mental y lo social se encuentren integrados, puede también dar respuestas y soluciones integrales.

2 HABILIDADES ESPECÍFICAS

El médico de familia o general, de acuerdo al perfil que adopte su práctica, debe poseer muchas destrezas. Debe tener capacidad resolutive de problemas indiferenciados en el contexto de una relación personal continua con los individuos, las familias y su contexto social, así como destreza en la identificación de riesgos y detección temprana de las enfermedades. Debe poseer habilidades terapéuticas y debe saber gerenciar el manejo de los recursos.

3 CAPACITACIÓN CONTINUA

El Médico General o de Familia debe considerar la importancia de la capacitación continua en base, no sólo a expectativas personales, sino a las necesidades sanitarias de la comunidad. Para ello es menester desarrollar desde su entrenamiento básico, estrategias efectivas para el aprendizaje autodirigido a lo largo de su vida.

4 RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA Y MANEJO DE LA ENTREVISTA MÉDICA

El estado de salud de un individuo existe dentro de un contexto biopsicosocial. El manejo efectivo de la entrevista médica adquiere una importancia fundamental como puerta de entrada al reconocimiento e identificación de la necesidad que el paciente trae a la consulta. La entrevista es el escenario donde mejor se puede describir el estilo de relación que se entabla entre el médico y el paciente. El médico de familia o general debe manejar técnicas adecuadas de entrevista que le permitan la versatilidad y flexibilidad en la relación con el paciente y su familia. Esto significa no cristalizar un estilo

determinado de relación sino hacer un uso apropiado de cada estilo para cada circunstancia. Si bien esto es muchas veces adquirido por el médico a través de la experiencia, es importante que el generalista tenga un entrenamiento específico.

5 DESARROLLO DE UNA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA Y CON VISIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La medicina basada en la evidencia es una estrategia de aprendizaje que intenta llenar la brecha existente entre la investigación y la práctica clínica corriente, brindando los elementos necesarios para poder interpretar críticamente la literatura y asegurar la calidad de atención médica. David L. Sackett, uno de los "fundadores" de esta disciplina que aplica directamente los conceptos de la epidemiología clínica a la práctica diaria, la describe como el proceso de convertir los problemas clínicos en preguntas, en base a las cuales se busca la información, se evalúa el grado de evidencia que provee y se la utiliza como guía para una toma de decisiones adecuada. El médico de atención primaria debe convertirse en un experto en la evaluación de la evidencia para la toma de decisiones clínicas sobre la detección y el manejo de las enfermedades. A ello debe integrar el conocimiento que tiene sobre el paciente y su contexto y utilizar su propia experiencia y la relación que mantiene con el paciente y su familia en pos del mejor interés del primero. Ésta tal vez sea una de las grandes diferencias epistemológicas y cognitivas en las que el generalista difiere del especialista.

Por otra parte la epidemiología permite comprender el Proceso Salud-Enfermedad como el producto de una compleja trama de procesos políticos, productivos, demográficos, socioculturales y ambientales que interactúan entre sí. Los problemas de salud son el resultado de la interacción permanente y continua de dichos procesos. Los Servicios de Salud deben adaptarse a una demanda creciente como una parte de la respuesta social organizada al problema. El Médico de Familia o General debe ser capaz de reconocer las necesidades de la comunidad en que le toque actuar, como así también sus potenciales recursos, estimulando la autoresponsabilidad comunitaria para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Debe tender a investigar los factores de riesgo asociados a los problemas prevalentes de su comunidad para luego priorizar necesidades y programar alternativas de solución a nivel local y/o zonal. Su práctica se organizará de modo tal de favorecer la salud de las personas a su cuidado, visiten o no el consultorio. Esto requiere la habilidad de evaluar la efectividad de los cuidados, el uso apropiado de los registros y sistemas de información

y la implementación de programas y políticas para el mejor desarrollo de la salud. El Médico General o de Familia tiene la responsabilidad de abogar por políticas de salud pública que promuevan la salud de sus pacientes.

6 DESARROLLO DE LA CAPACIDAD DE ADMINISTRACIÓN Y DE EVALUACIÓN ECONÓMICA DE CURSOS ALTERNATIVOS DE ACCIÓN (ANÁLISIS COSTO-EFECTIVIDAD)

De acuerdo a la definición de Drummond y Torrance (1987), se entiende por evaluación económica al análisis comparativo de cursos alternativos de acción en relación tanto a los costos como a las consecuencias y a los efectos en la salud. La realidad actual y los cambios que están ocurriendo en el sistema de salud obligan a que los médicos adquieran un elevado nivel de eficiencia en la atención de sus pacientes. La crisis de los costos obliga tanto a los prestadores como a los financiadores de la salud en sus diferentes subsectores a mejorar la efectividad y la eficiencia con la que se brindan los servicios. A su vez, el considerar estas variables y discutir las con los pacientes resulta de gran beneficio para ellos y es un imperativo ético.

Por otra parte, como integrante de una institución o una comunidad, el médico de familia o general debe saber optimizar los recursos técnicos y humanos disponibles, coordinar la implementación de programas de salud, según las prioridades locales, zonales y/o provinciales establecidas, operativizar eficientemente los procedimientos administrativos e integrar equipos interdisciplinarios para el desarrollo de acciones inter e intrasectoriales tendientes a la satisfacción de las necesidades de la comunidad.

7 ÉTICA

Si bien el debate ético hoy se centra en el "encarnizamiento terapéutico" y la eutanasia pasiva o activa, las directivas avanzadas en los pacientes terminales, la donación de órganos, la reducción de embriones, o la clonación de seres humanos, también existen conflictos éticos en la práctica de todos los días que, si bien no son tan conocidos por la opinión pública, no son por ello menos importantes. La ética en la práctica médica concierne fundamentalmente a los principios morales que subyacen a las obligaciones y responsabilidades de los médicos con los pacientes y la sociedad. El médico general o de familia, por el tipo de abordaje que realiza, está expuesto a una multiplicidad de conflictos vinculados en gran medida a su rol. La formación en este campo es trascendente. La discusión de los contenidos de un curriculum de ética debiera incluir al menos los siguientes aspectos:

v El médico y el paciente: iniciación y terminación de la relación, el paciente y la historia clínica, consentimiento informado, comunicación de malas noticias, decisiones sobre reproducción, riesgos médicos para el médico y el paciente.

v El médico frente a situaciones difíciles: cuidado de la familia del médico, contacto sexual entre el médico y el paciente, arreglos financieros comprometidos, conflicto de intereses, publicidad, honorarios compartidos (ana-ana), decisiones al final de la vida, eutanasia activa y pasiva.

v El médico en la relación con sus colegas: la enseñanza a los pares, el entrenamiento a los pares, la consulta, la revisión de los pares.

v El médico y la sociedad: obligaciones del médico a la sociedad, asignación de recursos, relación del médico con otros profesionales de la salud, comités de ética, medicina y ley, investigación clínica.

v Otros aspectos: aborto, planificación familiar, técnicas reproductivas especiales y confidencialidad con los adolescentes.

• CONCLUSIONES

El Médico de Familia o General parece ser el especialista más adecuado para atender las demandas clínicas de la Atención Médica Primaria. Su formación debe ser la misma que la de cualquier especialista y sus cuerpos teóricos están perfectamente definidos y diferenciados del resto de las especialidades.

La práctica del Médico de Familia o General depende de las condiciones contextuales del lugar donde se desarrolla la atención. Los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes básicas de ellos frente a las demandas de la comunidad son las mismas; su práctica varía de acuerdo con las condiciones particulares de cada comunidad.

Este documento pretende dar fundamento a las competencias y definición del perfil de práctica básica de los médicos generalistas.

REFERENCIAS

- Andersen R y col. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q* 1973; 51:95.
- Cristie RJ, Hoffmaster CB. *Ethical Issues in Family Medicine*. Oxford University Press; New York; 1986.
- Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional en Atención Primaria de la Salud; 1978.
- Eisenberg JM. *Doctor's Decisions and the Cost of Medical Care*. Health Administration Press Perspectives; 1986.
- Hennekens CH y col. *Epidemiology in Medicine*. Little, Brown and Company; 1987.
- Inui TS Editor. Redressing the Specialist/Generalist Imbalance through Education and Training. A cooperative effort of the Society of Teachers of Family and the Ambulatory Pediatric Association. *J Gen Int Med* 1994; vol. 9: supp 1.

- Laurence R y Dorsey. En: Noble J. Primary Care and the Practice of Medicine. Little, Brown and Company; Boston; 1976.
- McWhinney I. A textbook of Family Medicine. Oxford University Press; 1989.
- Mechanic D. The concep of Illness behavior. J Chronic Disease 1992; 15:189.
- OMS-WONCA 1994. Hacer que la Práctica Médica y la Educación Médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia. London, Ontario, Canadá.
- Rivo ML y col. Primary Care and the Education of the Generalist Physician: Coming of Age. Academic Medicine 1995; vol. 70.
- Rubinstein, AL y col. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Editorial Médica Panamericana; Buenos Aires; 2001.
- Scheneeweis R. Diagnostic Clusters: a new approach for reporting the diagnostic content of family practice residents ambulatory experiences. Journal of Family Practice 1985; 20:487.
- Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation and Policy. Oxford University Press; 1992.
- Sulmasky DP. Physicians, Cost Control and Ethics. Ann Intern Med 1992; 116:920-926.
- White KL, Williams F, Greenberg B. Ecology of Medical Care. N Eng J Med 1961; 265:885.
- Williams TF y col. The referral process in medical care and the university clinic's role. J Med Ed 1961; 36: 899-907.