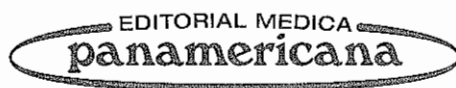


Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria

2ª EDICIÓN



BUENOS AIRES - BOGOTÁ - CARACAS - MADRID - MÉXICO - SÃO PAULO
e-mail: info@medicapanamericana.com
www.medicapanamericana.com

SECCIÓN 1

La práctica de la medicina familiar

1. Bases y fundamentos de la práctica de la medicina familiar

Adolfo Rubinstein

INTRODUCCIÓN

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 con un costo al que la comunidad y el país puedan acceder. Forma parte integral tanto del sistema de salud del país, del que constituye la función central y el foco principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad.

De acuerdo con esta declaración, los componentes de la APS incluyen, por lo menos:

- Educación en relación con los problemas de salud prevalentes y los métodos para prevenirlos o controlarlos.
- Promoción del abastecimiento de alimentos y de una nutrición adecuada.
- Adecuado suministro de agua potable y de servicios sanitarios básicos.
- Atención de la salud materno-infantil, incluyendo la planificación familiar.
- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- Prevención y control de las enfermedades endémicas locales.
- Tratamiento apropiado de las enfermedades y las lesiones comunes.
- Provisión de medicamentos esenciales.

Como vemos, la APS como estrategia global para mejorar la salud de las comunidades debe ser una estrategia intersectorial, que incluye al sector salud pero también atraviesa en forma transversal otros sectores sociales (educación, vivienda, seguridad social, etc.), y cuya implementación no depende solo de los profesionales de la salud sino que requiere el aporte integrado de muchas disciplinas y, fundamentalmente, 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, las obstétricas o matronas, los nutricionistas, los odontólogos, los farmacéuticos, los agentes sanitarios o promotores de la salud, y los

miembros del personal administrativo se conoce como atención médica primaria. Es importante puntualizar las diferencias, ya que los médicos podemos contribuir de manera significativa al mejoramiento de la salud solo cuando antes se llevan a cabo otras intervenciones para mejorar las condiciones sanitarias (agua corriente, saneamiento ambiental, alimentación, etc.).

Aun cuando este debate se inició hace casi treinta años, excepto en algunos países desarrollados con larga tradición en atención primaria, como el Reino Unido o Canadá, recién en los últimos veinte años se profundizó en estos países, y solo en los últimos diez alcanzó a la Argentina y a otros países de nuestra región. Tanto la APS como estrategia global como el desarrollo de médicos generalistas pueden considerarse hoy "megatendencias" mundiales en el área de la salud.

Medicina familiar

La medicina familiar, por definición la especialidad médica efectora de la APS, 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 el individuo, el abordaje de la atención de la salud para la medicina familiar se desarrolla dentro de este contexto microsocio, evitando fragmentar a cada integrante del grupo familiar en distintos componentes, cada uno con un proveedor de salud diferente.

La medicina familiar 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, el 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 por definición está vinculada a las necesidades de la población que sirve, no existe un solo tipo de médico de familia sino tantos como diferentes necesidades existan en cada comunidad. Por esto último, las características del médico de familia que ejerce en un gran centro urbano son necesariamente distintas de las de aquél que practica en un centro urbano pequeño o en una población rural.

El médico de familia es el profesional primariamente responsable de proveer atención integral y continua a cualquier individuo que busca atención médica a través de sus servicios o coordinando el uso apropiado de éstos en otros niveles de atención, teniendo en cuenta tanto las necesidades de su población como los recursos disponibles en la comunidad a la que sirve.

PRINCIPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR

Los principios que guían la práctica de la medicina familiar no difieren de los que debieran regir la de otros médicos en general. Sin embargo, todos ellos en conjunto

permiten definir con mayor especificidad a un médico de familia.

A diferencia de las demás especialidades médicas (que son lineales) la medicina familiar es una especialidad horizontal que no solo incluye el segmento de los problemas frecuentes que cada especialidad lineal posee sino también los "intersticios" entre ellas, que la mayoría de las veces son 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. La diferencia es que esta última también comprende los espacios entre ellas.

Algunos atributos inherentes a la medicina familiar, definidos por Ian McWhinney, son los siguientes:

Especialización en el paciente

El médico de familia 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, el hebiatra, el clínico o el geriatra que pueden considerarse generalistas de distintas etapas de la vida, o el ginecólogo o especialista en salud de la mujer, que pueden ser generalistas de un género en particular. Si el objeto de la práctica del médico de familia es el paciente y su familia, su "área" de responsabilidad, a diferencia de cualquier otra especialidad, se define sólo por las necesidades de aquéllos.

Comprensión del contexto

El médico de familia debe buscar la comprensión del contexto en torno al 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, el intento de resolver esos problemas de salud adoptando solo alguna de estas perspectivas es insuficiente y reduccionista.

Actitud permanente hacia la educación y la prevención

El médico de familia debe considerar cada encuentro como una oportunidad para la educación o la prevención. Como veremos más adelante, existen dos estrategias importantes para mejorar el cumplimiento de las prácticas preventivas: el rastreo o tamizaje (*screening*, en inglés) y la pesquisa de casos. Sin duda, esta última es la más efectiva. La pesquisa clínica 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 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 un niño sano.

Accesibilidad

El médico de familia 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 versus rural), así como de la distancia entre el lugar donde vive el médico 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 resida o siquiera atienda sus consultas cerca de donde viven sus pacientes, en especial 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, 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 logra.

Compatibilización de juicios, valores y actitudes con los de sus pacientes

El médico de familia 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 metamensaje (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 (p. ej., pacientes analfabetos), la comprensión de que muchos hábitos son parte de una cultura distinta (p. ej., en la región andina 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 (p. ej., problemas funcionales, alcoholismo, violencia doméstica y otras enfermedades sociales, padecer cáncer, tuberculosis o SIDA en distintos grupos étnicos, etc.).

Manejo eficiente y racional de los recursos

El médico de familia 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 "primera línea o guardabarreras" (*gatekeepers* según la definición estadounidense) con el objeto de procurar un uso más apropiado y equitativo de los servicios disponibles.

ATRIBUTOS DE LA MEDICINA DE ATENCIÓN PRIMARIA

A medida que aumenta el conocimiento, los médicos se han volcado a la especialización creciente 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 solo en enfermedades o áreas específicas. A pesar de que este modelo puede proporcionar cuidados muy eficaces en el caso de enfermedades individuales, es improbable que proporcione 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 una perspectiva más amplia que la que puede lograr un especialista.

Las enfermedades no se desarrollan en forma aislada, 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 se necesita al generalista 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 de muchos países de Latinoamérica, entre ellos la Argentina, 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, resultan también menos accesibles para la gente con menos recursos. Como puertas de entrada del sistema, los médicos de familia 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 éstos.

Componentes de la atención médica primaria

Primer contacto

Se define por primer contacto a la puerta de entrada del paciente al sistema de servicios de salud. Desde los primeros estudios de Wennberg en la década de 1970, se han publicado innumerables informes que documentan la enorme variabilidad, muchas veces inexplicable, en el manejo de los médicos respecto de diferentes condiciones de salud. Mas aun, el mismo paciente con el mismo padecimiento recibirá un tipo de atención diferente de acuerdo con la puerta por donde ingrese al sistema de cuidados médicos, tal como podemos observar en el siguiente ejemplo (véase cuadro 1-1). En este caso de lo que podríamos definir como "variabilidad por defecto", el tipo de atención de primer contacto que esta paciente recibió del cardiólogo fue muy distinta de la que recibió del gastroenterólogo. Si bien la variabilidad puede deberse a diferencias de los médicos en relación con el mayor o menor uso de prácticas efectivas o con preferencias de sus pacientes por distintas intervenciones, la mayoría de los estudios confirman que la mayor fuente de variabilidad inexplicada tiene que ver con diferencias en el tipo y calidad de la oferta de servicios y de profesionales. En resumen, un mismo paciente con un mismo problema no será interpretado ni manejado de igual manera si el primer contacto es un cardiólogo, un gastroenterólogo o un médico de familia. Esto es así porque la prevalencia de enfermedades, dado un síntoma, que enfrenta el generalista es muy distinta de la que enfrenta el especialista. Este último por lo común ve pacientes que ya han sido "filtrados" por el sistema de alguna manera y que, por lo tanto, se encuentran en una categoría diagnóstica y pronóstica distinta de los que ve el generalista. Por ejemplo, entre los pacientes que consultan al médico de familia por cefaleas, la probabilidad de un tumor cerebral es menor de un caso cada mil, mientras que entre los que ve el neurólogo, su prevalencia es al menos diez veces mayor. Debido a esto, es lógico suponer que el médico de familia y el neurólogo res-

Cuadro 1-1. Primer contacto y variabilidad en el proceso de atención clínica

-
- "La Sra. P es una mujer de 32 años, sana, sin factores de riesgo coronario, que decide consultar al cardiólogo por presentar dolor retroesternal sin relación con el esfuerzo. El profesional la examina y, si bien no le parece que se trate de un dolor coronario, decide solicitarle un ECG y una prueba ergométrica para su reaseguro. Dado que ambas pruebas son normales, el cardiólogo descarta la enfermedad coronaria y le sugiere a la paciente que consulte a otro profesional (un gastroenterólogo o un psicólogo) si los síntomas persisten"
 - "La Sra. P es una mujer de 32 años, sana, sin historia de trastornos digestivos, que decide consultar al gastroenterólogo por presentar dolor retroesternal sin relación con el esfuerzo. El profesional la examina y le solicita una endoscopia; decide iniciar un tratamiento empírico con antiácidos y le sugiere a la paciente que consulte a otro profesional (un cardiólogo o un psicólogo) si los síntomas persisten"
-

ponderarán de maneras diferentes a los pacientes con cefaleas. Si los médicos de familia "ajustaran" o "anclaran" su estimación de probabilidades al proceso de razonamiento diagnóstico de los neurólogos, los costos de seguimiento de los pacientes con cefaleas serían prohibitivos, aun sin contar las complicaciones iatrogénicas para los pacientes que surgirían como consecuencias de los resultados falsos positivos.

¿Por qué, entonces, un médico de atención primaria como puerta de entrada al sistema de atención?

- 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 es más caro que el generalista, y por lo tanto saltar a este último podría resultar excesivamente costoso si el problema hubiera podido resolverse en el primer nivel de atención.
- Porque el umbral para consultar al médico difiere marcadamente entre un paciente y otro.
- Porque la mayoría de los motivos de consulta habitualmente se deben a problemas indiferenciados y muchas veces vagos.

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

Accesibilidad

La accesibilidad es la principal característica estructural para un buen funcionamiento de cualquier sistema de aten-

ción primaria. Si no hay un acceso adecuado, los cuidados pueden demorarse a tal 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 las 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 se los requiere. Ejemplos de barreras explícitas son el uso obligado del “guardabarrera” para la consulta inicial o el pago de co-seguros para el acceso a determinados servicios. Hay también barreras encubiertas, 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.
- **Accesibilidad geográfica:** tiene que ver con características de los servicios relacionadas con la distancia y el tiempo que insume su utilización. Si, por ejemplo, para conseguir un medicamento con descuento un usuario debe viajar una hora hasta la farmacia más próxima o para ver a su médico de cabecera debe tomar dos transportes, el acceso se transforma en una barrera que, sin duda, desalienta el uso de esos servicios.

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. Por ejemplo, es probable que un paciente con insuficiencia renal en diálisis crónica reciba cuidados continuos por parte del nefrólogo y de su equipo. También la continuidad entre consultas a distintos médicos, aun sin un médico de cabecera, 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, hablamos de cuidados longitudinales, ya que su práctica se centra en la persona y no en la enfermedad. Los cuidados longitudinales no solo implican contacto personal a lo largo del tiempo sino también contacto personal sea cual fuere el tipo de problema que motiva la consulta o aun la existencia de algún problema de salud. Existe abundante evidencia sobre los beneficios de los cuidados longitudinales en cuanto a mejores resultados y mayor satisfacción de los pacientes. Probablemente, el mayor tiempo de acompañamiento, que trae aparejada también mayor confianza, vuelva a los pacientes más abiertos para hablar de sus problemas y más cumplidores en cuanto a las recomendaciones de su médico. Sin duda, el conocimiento “acumulado” del paciente y su familia a través del seguimiento personal es uno de los tesoros invaluable de la práctica del médico de familia 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 eficiencia (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 resulte afectada la vida personal y familiar del médico de familia? ¿Debe éste estar disponible en todo momento en que se lo necesita? ¿Qué privilegia la gente, la accesibilidad o la continuidad?

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

La gente sana, especialmente joven, suele demandar 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 reconoce rápidamente los beneficios del contacto personal con su médico a lo largo del tiempo.

Atención integral

La provisión de cuidados integrales significa articular lo más posible, idealmente en un solo efector, las intervenciones orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación, la paliación, la rehabilitación y el apoyo físico, psicológico y social a los individuos. Significa también lidiar con la interfase entre padecimiento o dolencia y enfermedad, integrando los aspectos humanísticos y éticos de la relación médico-paciente con la toma de decisiones clínicas. Un abordaje integral en atención de la salud comprende 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 a su vez que los servicios cubiertos, en cualquier nivel, se ajusten a las necesidades de la comunidad tanto en extensión como en profundidad; lo relevante para el médico de atención primaria, es que, independientemente de que la mayoría de los cuidados se proporcionen en el primer nivel de atención en general y en el ámbito ambulatorio en particular, la responsabilidad sobre los cuidados de su paciente se extiende aun al 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 serlo más que la alternativa usual (p. ej., histerectomía translaparoscópica vs. histerectomía convencional), otros pueden no justificar el costo extra (p. ej., cirugía estética) y otros pueden incluso ser perjudiciales (p. 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 (MAP) lideran la tabla de posiciones, mientras que los psiquiatras y algunos subespecialis-

tas clínicos o quirúrgicos están en último lugar. Dentro de los generalistas, los médicos de familia son más extensivos en la gama de servicios que ofrecen, ya que, a diferencia de los clínicos y pediatras generales, manejan más a menudo problemas de la esfera psicosocial, así como problemas to-ginecológicos y quirúrgicos menores.

Colaboración y trabajo en equipo

El médico de familia debe estar preparado para trabajar en equipo, delegando en otros profesionales de la salud el cuidado de ciertos pacientes, o algunas intervenciones en determinados pacientes cuando sea apropiado, tomando en cuenta las competencias e incumbencias de los demás profesionales que integran los Equipos de Atención Primaria, también conocidos en muchos países latinoamericanos como Equipos de Salud Familiar. Cuando los médicos de familia se integran en equipos de salud funcionan con más eficiencia, ya que aumentan la extensión y profundidad de los servicios que se le ofrecen a la población, además de presentar otras ventajas, como se observa en el cuadro 1-2. Las enfermeras o enfermeros en Atención Primaria, por ejemplo, están cada vez más involucradas en la atención episódica, el manejo y el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas como diabetes tipo 2, hipertensión arterial, asma, insuficiencia cardíaca, etc. En Chile, las matronas son las responsables de la prevención y manejo de los problemas frecuentes de salud de la mujer, incluido el seguimiento del embarazo normal y el diagnóstico temprano del cáncer ginecológico. Este proceso de integración horizontal dentro del primer nivel de atención es tan importante como el proceso de integración vertical que se debe dar entre el médico de familia y los especialistas en el nivel secundario de atención médica, y que se discutirá en las siguientes secciones (fig. 1-1).

Coordinación de la atención y proceso de interconsulta

Lograr la coordinación de los cuidados es un verdadero desafío para el médico de atención primaria, sobre todo en un medio dominado por la autorreferencia de los pacientes y la sobreabundancia de especialistas, como sucede en la Argentina. Muchas veces, los pacientes consultan a quien quieren, en distintos lugares, sin que siquiera exista una mínima evidencia de continuidad a través de una historia clínica. Sin una coordinación adecuada, los otros componentes de la atención primaria descritos (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 como la historia clínica única, la historia clínica computarizada, o bien a través de registros personales magnéticos transportados por los mismos pacientes, la mejora de modo sustancial. La inclusión de un lista de problemas en la historia clínica y, más aún la incorporación de la historia clínica orientada al problema mejora el reconocimiento de la información sobre un problema dado.

Cuadro 1-2. Ventajas del trabajo en equipo

- La integración de los cuidados brindados por un grupo es mejor que la suma de los cuidados individuales
- Las habilidades menos comunes se aprovechan mejor
- La influencia de los pares y el aprendizaje informal dentro del grupo mejoran los estándares de la práctica y el estatus del equipo en la comunidad
- Los miembros del equipo tienen mayor satisfacción profesional y se sienten menos sobrecargados
- El trabajo en equipo alienta la coordinación entre las intervenciones educativas a los pacientes y el tratamiento de sus problemas

British Medical Association, 1974. Modificado.

Hemos visto antes las diferencias entre la continuidad y la longitudinalidad en los cuidados. Sin un adecuado proceso de interconsulta es posible que aun cuando el paciente tenga 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 (referencia y contrarreferencia) que no comprometan la coordinación en la definición antes mencionada. En los clásicos estudios de Williams y col. en la década de 1960, el proceso de interconsulta se juzgó como adecuado si cumplía los criterios descritos en el cuadro 1-3.

Algunas estrategias que se ven a continuación pueden ayudar a mejorar la interacción con el especialista, por lo que vale la pena ensayarlas:

- Procurar la comunicación directa: cuando el médico de familia toma contacto con el especialista, personal o telefónicamente, antes de que vea al paciente referido, es más probable que este último se ajuste a los propósitos de la interconsulta y reconozca al médico que pidió la consulta como el responsable de la continuidad de los cuidados.
- Ser prolijo en la transferencia de información: aunque no se pueda lograr el contacto directo, el pedido u orden de interconsulta debe ser suficientemente explícito respecto de los objetivos de la consulta, de los antecedentes relevantes del paciente, de los resultados de análisis recientes, etc. Es importante sugerirle al especialista que elabore un plan de seguimiento si es necesario. No hay que olvidar algunos gestos de cortesía, como agradecer la

Cuadro 1-3. Criterios que definen una interconsulta óptima con el especialista

- 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 de ese 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 quién tiene la responsabilidad en el manejo de los cuidados continuos



Fig. 1-1. Tipos de interacción entre el médico de familia, los demás profesionales de los equipos de salud, los especialistas y la comunidad.

consulta. Por otro lado, muchos estudios han demostrado que la interconsulta escrita aumenta las probabilidades de que el paciente vuelva a su médico de cabecera, en comparación con el mensaje verbal.

- Elegir a los especialistas que mejor trabajen con los médicos de familia: cuando el generalista ha intentado todos los recursos posibles para asegurar la coordinación y continuidad sin lograr buenos resultados, se deberían emplear mecanismos administrativos que refuercen e incentiven a aquellos especialistas poco colaboradores a

trabajar en equipo, y si esta estrategia fallara, excluirlos de eventuales interconsultas. Dado que cada vez es más frecuente que las organizaciones de salud se manejen con médicos de primer contacto o guardabarreras, los médicos de familia y de atención primaria deben poder ejercer los objetivos de su práctica con la mayor efectividad posible.

Orientación familiar

La medicina familiar enfrenta los problemas de salud de los individuos en el ámbito de su entorno familiar, sus redes sociales y culturales y las circunstancias en las que se desenvuelven su vida y su trabajo. Si el médico de familia practica una medicina de contexto, no puede estar ajeno a la matriz de relaciones y a la problemática psicosocial que el individuo y la familia traen a la consulta. Para esto, debe 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.

Orientación comunitaria

Los problemas de los pacientes deben ser referenciados e interpretados de acuerdo con la distribución y los determinantes de la frecuencia de enfermedades en el contexto local, su sistema de creencias y valores, y los determinantes sociales y económicos del proceso de salud-enfermedad. El abordaje comunitario se facilita muchísimo cuando es posible identificar nominalmente la población blanco. En los sistemas de salud en los cuales el médico de familia tiene a su cargo una población definida (el ejemplo de más larga trayectoria es el sistema nacional de salud del Reino Unido), las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como el reconocimiento y manejo sistematizado de los problemas de su población, son mucho más eficientes. La presencia de una población definida a cargo de un médico de familia es también una característica de los sistemas capitados (véase capítulo 5: "Servicios de salud y atención primaria"). El concepto más ampliado del significado del abordaje comunitario se verá más adelante en este mismo capítulo.

ROL DEL GENERALISTA Y DEL ESPECIALISTA EN LA CONSULTA MÉDICA

La mayor complejidad de los nuevos desafíos para la práctica médica demanda nuevos modos de organizar los servicios. Fenómenos como el envejecimiento poblacional y el mayor deterioro biológico de las poblaciones, el aumento de las comorbilidades como resultado de mejores tratamientos que permiten una mayor supervivencia de más personas con más problemas, el aumento de las consecuencias del error médico debido en parte a la mayor disponibilidad y agresividad de los tratamientos, y las nuevas modalidades de tratamiento integrado de las enfermedades crónicas (véase el capítulo siguiente), entre otros, obligan a reformular los procesos de diagnóstico y manejo clínico, así como la interfase de cuidados entre generalistas y especialistas. Mientras que las nuevas tecnologías aplicadas a los servicios de salud han sido responsables de una proporción sustancial del incremento de la supervivencia en las últimas décadas en los países desarrollados, un tercio de ella solo puede atribuirse a la atención primaria. Esta proporción es aun mayor en los países en desarrollo.

La comorbilidad es casi la regla en los individuos que padecen enfermedades. Esto es así porque éstas no se distribuyen de manera aleatoria, sino que se agrupan afectando a individuos particulares o subpoblaciones específicas. La comorbilidad impacta fundamentalmente sobre el uso de servicios ambulatorios, las internaciones o la presentación de efectos adversos. Por ejemplo, en un estudio de población anciana en los Estados Unidos (Wolff JL, 2002), los pacientes con cuatro o más condiciones crónicas tuvieron 99 veces más posibilidades de internarse comparados con pacientes sin afecciones crónicas. Más de la mitad de los diabéticos tipo 2 tienen hipertensión arterial y alrededor de un tercio, enfermedad coronaria.

La epidemiología clínica de las enfermedades crónicas mayores sugiere, en teoría, un alto nivel de compromiso de los médicos de familia, por varias razones: 1) muchas de ellas, como la diabetes tipo 2 y la osteoartritis tienen un amplio espectro de gravedad, y la mayoría de los pacientes están más cerca del extremo menos grave; 2) para la mayor parte de los pacientes con enfermedades crónicas más prevalentes, los tratamientos farmacológicos incluyen drogas que poseen poca toxicidad; 3) como se dijo antes, la mayoría de los adultos afectados tienen más de una condición crónica que necesita mayor coordinación de cuidados y 4) la experiencia en el manejo de cambios de la conducta y estilos de vida como los que se requieren para tratar a estos pacientes son críticos para el mejor control de sus patologías. La consulta al especialista varía indirectamente con la frecuencia del problema en el ámbito de la atención primaria y con el grado y gravedad de la comorbilidad (*case-mix*). Con grados crecientes de comorbilidad, los problemas menos comunes se consultan más a menudo con el especialista. Además, hay abundante evidencia según la cual la frecuencia de visitas al especialista varía directamente con la clase social y el nivel de educación, aun en los países que tienen regulado el acceso a éstos. Sin embargo, excepto para la atención de condiciones inusuales o graves, los MAP son los que más consultan los pacientes con comorbilidades: 64% de las consultas por condiciones cardíacas, 78% de las consultas por problemas músculo-esqueléticos, y 60% de las consultas por problemas neurológicos son evaluadas por estos profesionales (Spitzer M, 2001).

Dado que la proporción de personas atendidas por el generalista que consultarán al especialista a lo largo del año será entre 15 y 30%, variando de acuerdo con las características del profesional de atención primaria y la organización de los servicios de atención médica en cada ámbito, la coordinación de cuidados y la integración vertical con el especialista tiene importancia fundamental. En los Estados Unidos, por ejemplo, más de dos tercios de los médicos de familia programan directamente el turno de las consultas de sus pacientes con el especialista, cuatro de cada cinco le envían información adecuada y solo uno de cada diez no tiene comunicación alguna. A su vez, la mejor coordinación se correlaciona con mejores resultados en cuanto a mayor satisfacción del MAP y mayores beneficios percibidos para el manejo de su paciente y para su aprendizaje profesional (Starfield B, 2003). Cada vez más, se exploran nuevos tipos de interacción entre generalistas y especialistas. Una alternativa consiste en permitir y alentar a los MAP a especializarse en algunos aspectos específicos de la práctica, como está sucediendo cada vez con mayor frecuencia en los Estados Unidos y en el Reino Unido para un mejor conocimiento de algunos dominios (p. ej., geriatría, salud de la mujer, etc.) o la realización de algunas prácticas. Cuando la frecuencia de la condición es mayor que un caso cada 500 consultas y más todavía, si ésta es seria y persistente o recurrente, es necesario establecer con el especialis-

ta una relación distinta. Este cuidado compartido (*shared care*) entre el MAP y el especialista implica que este último es fundamentalmente un consultor del primero si no hay necesidad de referir al paciente para un procedimiento diagnóstico o terapéutico definitivo. El entrenamiento de los MAP puede justificarse cuando ciertos procedimientos que tradicionalmente son de incumbencia de los especialistas, son lo bastante comunes como para que el MAP pueda mantener su competencia a lo largo del tiempo, como puede ser el caso de muchas prácticas dermatológicas o de cirugía menor. Sin embargo, el diagnóstico y manejo de condiciones raras o presentaciones infrecuentes de enfermedades comunes pueden considerarse campo del especialista, ya que el MAP no ve el número suficiente de casos como para mantener su destreza. Hay cierta evidencia empírica de que el umbral de "rareza" se encuentra dentro de una gama de prevalencias de entre uno a dos por cada mil individuos. No obstante, la vasta mayoría de cuidados especializados son para el manejo episódico de condiciones comunes. Por supuesto, hay un punto en que la atención especializada innecesaria, sobre todo en condiciones comunes que podrían ser manejadas por el MAP, puede volverse peligrosa para los pacientes. Como ya se mencionó, en el ámbito de la atención primaria, la prevalencia de los problemas es muy baja, por lo cual los procedimientos tienen muchos falsos positivos que conducen a intervenciones adicionales y que a su vez pueden presentar efectos adversos no deseados y muerte.

Tipos de relación entre el generalista y el especialista

Muchas consultas al especialista tienen como propósito obtener consejo o reaseguro para el paciente y/o para el médico de familia, guías para el manejo de un paciente particular o una segunda opinión acerca del problema en curso; constituyen verdaderas interconsultas, por lo general se realizan por períodos cortos y se espera que el paciente vuelva a su médico de cabecera.

Otras veces, algunos tipos de interconsulta constituyen derivaciones al especialista, ya que se llevan a cabo por tiempos muy prolongados y en general comprometen la longitudinalidad en el cuidado por parte del médico de familia. Lawrence y Dorsey (1976) categorizaron esos motivos de consulta en dos grupos:

Motivos de interconsulta

- Necesidad de procedimientos diagnósticos o terapéuticos que el médico de atención primaria no provee.
- Reaseguro para el paciente o el médico en relación con el manejo de un problema médico, consulta de segunda opinión, temor a un litigio por mala praxis, etc. Este tipo de consulta es clara con respecto a lo que deben hacer 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, y su duración abarca un período más prolongado que en los casos anteriores.

Motivos de derivación

Manejo de condiciones crónicas serias o inusuales, en las cuales los conocimientos técnicos del especialista, apoyados por cuidados de mayor complejidad e internaciones reiteradas, son habituales.

En este caso, el especialista se responsabiliza por los cuidados continuos del paciente y el médico de familia adopta un rol auxiliar. Ejemplos de este tipo de derivación pueden ser el manejo de algunos pacientes con cáncer o SIDA, insuficiencia cardíaca avanzada, pacientes en diálisis crónica o luego de un trasplante renal, etc.

En general, las consultas del médico de familia al especialista para la resolución de situaciones específicas son más frecuentes que las consultas que entrañan transferencia de responsabilidad.

Clasificación de las consultas médicas según el tipo de atención

Primer encuentro

El paciente no ha sido visto anteriormente por el médico y el rol del profesional no es el de consultor de otro colega. Éste es el paciente nuevo que consulta por un problema nuevo. Si bien es un tipo de consulta habitual para el médico de familia, debiera ser un pequeño porcentaje de las consultas totales. Si la proporción de estas consultas en el total de la práctica es muy alta, es muy probable que no haya un sistema de atención que incentive la continuidad.

Atención episódica

No hay continuidad en la relación médico-paciente aunque el paciente haya sido visto anteriormente. No se trata de un paciente regular, aunque el médico pueda creer que le está brindando gran parte de la atención.

Este tipo de atención es la habitual cuando existe una multiplicidad de prestadores que atienden al grupo familiar sin una fuente regular de cuidados (p. ej., una familia sana atendida por un clínico, un pediatra, un ginecólogo, un obstetra y algún otro especialista, como el dermatólogo o el traumatólogo).

Atención principal (criterios que definen al médico que brinda atención primaria)

Hay evidencia de continuidad. El médico ha visto anteriormente al paciente y lo considera regular. El paciente estima que su médico le está brindando casi toda la atención. Esta característica no define necesariamente la longitudinalidad. Puede ocurrir que la atención principal la proporcione un especialista en casos como los que definimos como derivaciones. En ese caso hay continuidad y no longitudinalidad. Puede ocurrir también que el especialista brinde la atención principal no sólo de los problemas de su especialidad sino también de cualquier otro problema. En este caso hay longitudinalidad, aunque en general es de escasa calidad para todos aquellos problemas que están fuera del área de su experiencia. Una definición en boga en los Estados Unidos en la década pasada llamaba peyorativamente "especialoides" a estos últimos especialistas lineales. En el cuadro 1-4 se observa el porcentaje de las consultas de cada especialidad que se dedica a la atención principal.

Interconsulta

La visita se inicia por pedido de otro médico. No hay continuidad en la atención y el médico no provee la mayoría de los cuidados. Éste es uno de los dos tipos clásicos de consulta del especialista dentro de sistemas de atención coordinados por médicos de familia.

Atención especializada

Hay continuidad y el paciente es regular. Sin embargo, sólo dispensa una parte de su atención (la que tiene que ver con el área de la especialidad). Éste es el segundo tipo de consulta del especialista en el modelo descrito en la sección anterior.

GENERALISTAS VERSUS ESPECIALISTAS, EVIDENCIAS SOBRE EL MANEJO DE LOS PACIENTES ANTE PROBLEMAS DEFINIDOS

Los roles que el generalista y el especialista deben cumplir dentro de los sistemas de atención médica, son materia de controversia y debate en la actualidad. En la Argentina, la cantidad de especialistas supera en una proporción de dos a uno a la de generalistas (considerando, además de los médicos de familia o generalistas, a los distintos clínicos y a los pediatras generales).

Los nuevos modelos de atención médica, hegemonizados por los sistemas gerenciados y la capitación (pagar por cápita significa pagar a un proveedor una suma de dinero fija por la prestación de determinados servicios en un período definido; (este concepto se profundizará en el capítulo: Servicios de salud y atención primaria), exigen una mezcla de generalistas y especialistas más uniforme. En la mayoría de las organizaciones gerenciadas de los Estados Unidos, modelo que también está creciendo en algunos países latinoamericanos, la relación entre especialistas y generalistas es de uno a uno y la mayor proporción de MAP se justifica de acuerdo con las premisas de mayor acceso, reducción de costos y mejoramiento de la calidad de atención.

Sin embargo, se sabe poco acerca de cuáles podrían ser las consecuencias de esta transformación en función de los conocimientos y las destrezas que tanto generalistas como especialistas poseen para manejar determinadas enfermedades. Uno de los estudios más convincentes que compararon el proceso y los resultados de la atención de generalistas (médicos de familia e internistas generales) versus especialistas (cardiólogos y endocrinólogos) en el manejo de cuatro problemas definidos (diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca e infarto de miocardio reciente) fue el MOS (Medical Outcome Study - Estudio sobre Resultados Médicos). Este estudio, realizado sobre más de 20.000 pacientes adultos en varias ciudades de los Estados Unidos, demostró que los generalistas, aun ajustando por mezcla de patologías, comorbilidades y gravedad, utilizaban, significativamente, menos recursos que los especialistas con resultados, por lo menos, iguales. El estudio GUSTO comparó distintos trombolíticos en el tratamiento del infarto de miocardio. Este estudio se realizó en 2.600 pacientes estadounidenses y 400 canadienses. Los estadounidenses vieron con más frecuencia a internistas y cardiólogos en el año posterior al infarto que los canadienses, que vieron con mayor frecuencia a médicos de familia. Al finalizar el primer año, 53% de los estadounidenses versus 24% de los canadienses, habían tenido un procedimiento de revascularización coronaria. Si bien los estadounidenses tuvieron menos angina y disnea que los canadienses, la mortalidad fue la misma en ambos grupos (10%), sin que se encontraran diferencias en relación con la percepción general de su salud y con la proporción de pacientes que tenían un empleo activo. Un estudio recientemente publicado (Calvo C y Rubinstein A, 2002) demostró que los generalistas respondían de modo más apropiado que los especialistas a las nuevas evidencias sobre eficacia o efectos adversos de las drogas prescritas pa-

ra condiciones particulares (osteoporosis, hiperplasia prostática benigna, etc.).

Por otro lado, en una encuesta realizada a médicos de familia, internistas y cardiólogos en dos estados de los Estados Unidos que hubieran asistido a algún paciente con infarto de miocardio en los últimos meses, se demostró que los médicos de familia y los internistas conocían menos que los cardiólogos la efectividad de drogas que, según se había mostrado en distintos trabajos, prolongaban la supervivencia en el infarto, tales como los betabloqueantes o los trombolíticos, o la disminuían, como la lidocaína o el diltiazem. Un estudio confirmó este hallazgo en relación con la supervivencia luego del infarto. Los pacientes con infarto internados por un cardiólogo tuvieron 12% menos de mortalidad al año, a pesar de que utilizaron más procedimientos y medicación. Otro estudio demuestra mejores resultados de los infectólogos versus los médicos de familia e internistas en el manejo de pacientes con SIDA, tanto en expectativa, como en calidad de vida.

Como se dijo antes, los cuidados compartidos (*shared care*) parecen constituir un modelo exitoso. Por ejemplo, existen evidencias provenientes de servicios de salud en los Estados Unidos que reflejan que los pacientes diabéticos que vieron primero a un MAP y luego a un diabetólogo recibieron cuidados preventivos relacionados con su diabetes y cuidados preventivos generales más apropiados y de mejor calidad que si hubieran consultado con solo uno de ellos (Lafata, 2001); los pacientes que habían tenido un infarto agudo de miocardio y fueron seguidos por un generalista con consulta periódica al cardiólogo recibieron tratamientos más apropiados y basados en la evidencia que aquellos que solo fueron seguidos por el MAP (Willison, 1998), en cuanto a los resultados del seguimiento del posinfarto de miocardio, fueron mejores si tanto los MAP como los

Cuadro 1-4. Porcentaje de las consultas de cada especialidad que se dedica a la atención principal

Médico de familia	80%
Internista	62%
Pediatra	72%
Tocoginecólogo	65%
Cardiólogo	58%
Gastroenterólogo	42%
Dermatólogo	17%

Reproducido parcialmente de Aiken y col. N Engl J Med 1979; 300:1363-1370.

subespecialistas atendían a los pacientes que si los éstos eran seguidos por solo uno de ellos (Ayanian, 2002).

La evidencia aún no es concluyente, a pesar de que tal vez el estudio más importante de los que se han realizado, el MOS, no parece mostrar diferencias en los resultados, y sí en la utilización de recursos entre generalistas y especialistas frente a una misma enfermedad. De todos modos, pueden adelantarse algunas cosas. No es recomendable que el médico de atención primaria maneje en forma exclusiva sin consultar con el especialista a pacientes con infarto de miocardio reciente, con SIDA o con patologías complejas cuyo tratamiento correcto requiere una puesta al día permanente, a menos que tenga una formación complementaria en estas áreas. Pero es claro que, al menos en la Argentina, los especialistas manejan en forma habitual problemas para los cuales definitivamente no se requiere el tipo de entrenamiento que han recibido, y que la mayoría de las veces esto redundará en un uso más intensivo y tal vez de menor calidad que el proporcionado por los médicos generalistas.

Comunidad y enfermedad. El perfil del médico de familia

ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD

La Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) es un abordaje sistemático para el mejoramiento de las intervenciones en APS que resulta de integrar los aspectos clínicos de la atención médica con los de la salud pública a nivel local. Sus principales características pueden verse en el cuadro 1-5. La atención primaria vista sólo desde una perspectiva clínica presenta limitaciones evidentes. 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 que trabajan 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, así como de los instrumentos que proveen las ciencias sociales y la investigación en servi-

cios de salud, para diseñar programas destinados a resolver necesidades sanitarias 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 col., en su célebre trabajo sobre la ecología de la atención médica publicado en 1961, evaluaron los patrones de uso de servicios de salud por parte de los individuos ante una dolencia en el Reino Unido y los Estados Unidos, y encontraron que de cada 1.000 personas con riesgo de enfermar, 750 referían algún padecimiento por mes, pero sólo 250 (una de cada

Cuadro 1-5. Abordaje secuencial en la atención primaria orientada a la comunidad

- Definición de la comunidad en función de características comunes geográficas, demográficas, culturales o de otra índole
- Determinación sistemática de las necesidades de salud de esa comunidad
- Identificación y priorización de los problemas de salud encontrados
- Desarrollo de programas e intervenciones para dar cuenta de esas prioridades en el contexto de la APS
- Evaluación de los resultados

Modificado de Nutting, 1987.

tres) consultaban con alguna queja al médico (fig. 1-2). Este hallazgo fue reproducido por Green y col. 40 años después con datos de la población de los Estados Unidos, confirmando que la utilización de servicios es sorprendentemente similar a pesar de los cambios en el sistema de atención médica ocurridos en ese país a lo largo de las últimas décadas. Ambos estudios confirman que la mayoría de los problemas de salud se resuelven, de modo mayoritario, en el nivel de autocuidados y nunca llegan a conocimiento del médico. De todos modos, hay algunos por los cuales es muy probable que casi toda la gente consulte al médico: pérdida marcada de peso, fiebre prolongada, dolores de pecho. Por otro lado, existen otros problemas por los cuales seguramente nadie acude al médico: dolores musculares leves luego de un partido de fútbol o una roncha consecutiva a la picadura de un mosquito. Entre estos dos extremos se encuentra la mayoría de los problemas que aquejan a la gente, pero que no necesariamente constituyen motivos de consulta al médico.

Muchas veces nos preguntamos por qué recibimos la consulta de un joven sano que sólo tiene un resfrío común y a la vez la de una madre que trae a su niño gravemente deshidratado por una diarrea aguda que comenzó varios días antes. Por qué una mujer viene a la consulta preocupada por un episodio de dolor punzante inframamario, que ella misma cree que no es coronario, y otro paciente llega a la guardia con un infarto de miocardio confesando que padecía dolores de pecho desde bastante tiempo atrás.

Estas diferencias entre las personas en el umbral de consulta a los proveedores de salud están dadas por la llamada conducta ante la enfermedad. Según la definición de Mechanic (1962) "son las maneras por las cuales diferentes síntomas pueden ser percibidos, evaluados y actuados de manera diferente por distintos tipos de personas". Que el paciente consulte o no al médico depende de varios factores. De acuerdo con el modelo conductual de Andersen (1973), existen tres tipos de factores que hacen que un individuo tome contacto con los servicios de salud: factores predisponentes, factores facilitadores y factores que expresan necesidad de cuidados médicos. Los factores predisponentes tienen que ver con características sociodemográficas como la edad, el sexo, la educación, el origen étnico o el nivel económico; los factores facilitadores tienen que ver con la exis-

tencia de seguro de salud y extensión de la cobertura, con la accesibilidad o con la relación con los médicos y el sistema de salud; los factores médicos tienen que ver con los problemas de salud propiamente dichos, sea por la evaluación por parte de un proveedor de salud o por la percepción del paciente.

En resumen, el hecho de 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 desempeñar un rol nuevo en la comunidad, el denominado "rol de enfermo" (*sick role*, según la definición de Sigerist y Parsons). El rol de enfermo conlleva algunos privilegios cuando la sociedad exime al individuo de ciertas tareas sin que sea responsabilizado por ello.

EL PERFIL DEL MÉDICO DE FAMILIA

No existe un modelo "estándar" de médico de familia, ya que los contenidos de su práctica varían de un ámbito a otro. Si bien entre los médicos de cualquier especialidad existen diferencias en el tipo de práctica, entre los médicos generales, en virtud de la mayor variedad y versatilidad de los problemas que manejan (comparados con un especialista lineal), se encuentran diferencias mucho mayores.

La principal fuente de variación en la práctica del médico de familia está vinculada 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 muy baja, como ocurre en áreas rurales o de escasos recursos, el médico de familia tiene una práctica ampliada que incluye la cobertura de servicios de salud tales como los cuidados del embarazo, el parto natural y la cesárea, los procedimientos de cirugía menor, el manejo de la emergencia y el manejo del trauma. Por el contrario, la disponibilidad de otros médicos que proveen atención primaria, como internistas, pediatras u obstetras, modifica en gran medida el espectro de problemas y servicios que atien-

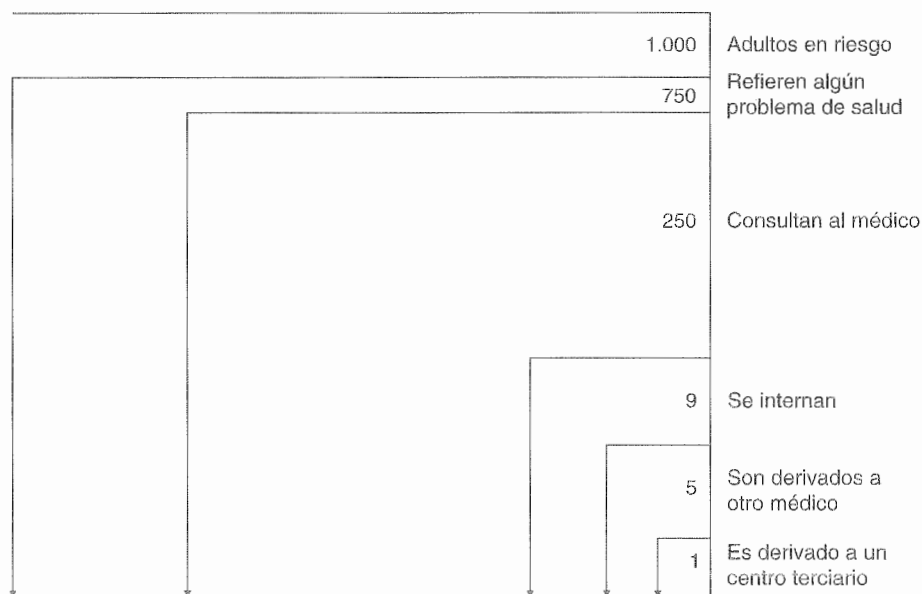


Fig. 1-2. Prevalencia de enfermedad y de utilización de recursos médicos.

Cuadro 1-6. Problemas de salud más frecuentes (en porcentaje del total de las consultas) de la población ambulatoria de una red de APS de un hospital de comunidad de la Argentina y su comparación con las frecuencias registradas en la práctica de los médicos de familia norteamericanos

Diagnóstico	NAMCS ¹	UMFyP ²
1. Examen general y control de salud	14,5	31,0
2. Infección de las vías respiratorias inferiores	9,3	5,6
3. Hipertensión arterial	6,8	15,5
4. Lesiones en tejidos blandos	4,2	2,1
5. Torceduras y esguinces	3,6	2,5
6. Infección de las vías respiratorias inferiores	3,1	1,4
7. Cuidados prenatales y posnatales	2,9	1,3
8. Cardiopatía isquémica	2,5	1,5
9. Diabetes mellitus	2,4	2,2
10. Depresión/ansiedad	2,3	9,8
11. Dermatitis/eccema	2,2	1,6
12. Obesidad	2,2	7,6
13. Osteoartritis	2,1	1,3
14. Seguimiento médico/quirúrgico	1,7	1,6
15. Diarrea aguda/gastroenteritis	1,7	0,9
16. Infección urinaria	1,7	1,3
17. Otitis media	1,4	1,1
18. Rinitis crónica	1,3	1,0
19. Fracturas/luxaciones	1,2	0,5
20. Infección no micótica de la piel	1,2	0,5
21. Dispepsia	1,2	3,6
22. Bursitis/sinovitis/tenosinovitis	1,1	0,9
23. Vaginitis/vulvitis/cervicitis	1,1	0,9
24. Sinusitis	1,1	0,6
25. Dolor lumbar bajo	1,0	2,8
26. Fibrositis/mialgia/artralgia	1,0	4,1
27. Cefaleas	0,7	1,5
28. Desórdenes menstruales	0,7	1,3
29. Asma	0,7	0,8
30. Anemia ferropénica	0,7	1,0

¹ Datos obtenidos del NAMCS (encuesta de problemas de salud registrados en las consultas) para los médicos de familia en los Estados Unidos correspondiente a 1978.

² Datos de la Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano de Buenos Aires (UMFyP), obtenidos de 102.000 consultas en 26.000 pacientes entre 1993 y 1996.

de el médico de familia en los centros urbanos. En las grandes ciudades, el médico de familia atiende menos niños, y los que generalmente ve son mayores de siete años; no hace partos, si bien a menudo comparte con el obstetra los cuidados prenatales, y rara vez realiza procedimientos de cirugía menor o manejo de las emergencias.

En una práctica típica de un médico de familia compuesta por 1.200 a 2.000 individuos, dos tercios de sus pacientes serán vistos por él en un año. Una manera de analizar el espectro de casos que atiende es conociendo la frecuencia de los problemas más habituales de su población. La codifica-

Cuadro 1-7. Otros problemas frecuentes registrados en la UMFyP del mismo hospital de comunidad de la Argentina

Problemas psicosociales, individuales y familiares	5,5%
Hiperlipoproteínemias	4,2%
Trastornos de la personalidad	1,6%
Trastornos de la tiroides	11,3%
Várices en los miembros inferiores	6,0%
Dolor abdominal sin especificar	1,2%
Colon irritable	1,0%

Datos de la Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano de Buenos Aires (UMFyP), obtenidos de 102.000 consultas en 26.000 pacientes entre 1993 y 1996.

ción de los motivos de consulta para investigar la prevalencia e incidencia de los diferentes problemas de salud es la forma más eficiente y segura. Cuando los sistemas de codificación son compatibles y los criterios de codificación son uniformes, es posible comparar distintos tipos de médicos de familia y distintos tipos de práctica (p. ej., práctica urbana versus rural, sistema prepago versus público versus obra social, etc.). Los médicos de familia del sistema de salud del Hospital Italiano de Buenos Aires comenzaron a codificar las consultas de sus pacientes en 1992 utilizando el sistema de agrupamientos diagnósticos (Diagnostic Cluster, de Schneeweiss, 1985) desarrollados en los Estados Unidos para el área de la medicina familiar. A partir de 1998 se utiliza el CIAP elaborado por la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA; véase capítulo 13: "Codificación"). El porcentaje de los treinta problemas de salud más frecuentes del total de consultas de nuestra población y su comparación con las frecuencias registradas en la práctica de los médicos de familia norteamericanos puede observarse en el cuadro 1-6. El cuadro 1-7 muestra otros problemas que figuran entre los primeros treinta problemas registrados en nuestra población, pero no en los Estados Unidos; se destaca un 5,5% de problemas psicosociales, individuales y familiares. Si bien ambos registros superponen la mayoría de los problemas dentro de los primeros treinta, los porcentajes difieren en muchos casos. Por ejemplo los médicos de familia estadounidenses reciben más consultas por lesiones de partes blandas características de los deportistas o cuidados del embarazo, mientras que se los consulta menos por problemas del área psicosocial, hipertensión arterial o problemas funcionales digestivos, en comparación con los médicos de familia del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Excluyendo el control periódico de salud, aproximadamente 80% de las consultas incluye alguno de los treinta problemas de mayor prevalencia. Esto es importante, ya que, como dijimos anteriormente, el entrenamiento de los médicos de familia debe estar relacionado con los problemas por los cuales consulta la población a la cual asiste. Además, la codificación permite registrar los problemas manejados por el médico de familia en cada consulta, y sirve para medir la carga de trabajo de éste. En algunos centros de medicina familiar se manejan, en promedio, 1,6 problemas de salud por consulta.

La formación del médico de familia

El conocimiento de nuestro sistema de educación médica y sus influencias en el sesgo del médico que se forma pueden

analizarse a través de lo que ocurre en el pregrado y en el posgrado en relación con el desarrollo de médicos generalistas.

PREGRADO

Pocos aspectos de la educación médica son más difíciles de implementar que la compatibilización entre lo que es y lo que debería ser la formación del estudiante de medicina desde una perspectiva societaria, evitando que los objetivos y los contenidos de esa educación y, obviamente, su producto final (el médico recién graduado) estén divorciados de las necesidades de las organizaciones de servicios de salud que se encargan de emplear ese recurso.

En cualquier disciplina, el rol que le cabe a la universidad es el de formar sus recursos con la mayor excelencia posible, pero acorde con las necesidades de la comunidad en la que está inserta. Esas necesidades surgen del reclamo de la sociedad, expresado a través de los distintos subsectores de la salud.

Debido a que se han enfrentado a una crisis estructural de financiamiento de la atención médica, el cambio ha sido liderado por los sectores de salud y no por las universidades. Esta situación nos lleva a que nos encontremos con que las escuelas de medicina tienen una enseñanza hegemonizada y fragmentada por los investigadores básicos (con un grado creciente de deterioro) o por el modelo clínico de los especialistas. Los graduados, formados por profesores con especialidades “exitosas”, eligen especialidades “exitosas” en lo académico y lo económico. El modelo ya no es el médico que recorre con su maletín los domicilios de sus pacientes a toda hora sino los médicos de guardapolvo corto de los quirófanos o las salas de emergencia de las series televisivas. Lamentablemente, estos nuevos especialistas tienen serias dificultades para conseguir trabajo en el nuevo contexto imperante. Muchos de ellos deben resignar parcialmente su rol de especialistas y dedicarse a la atención primaria sin haberse formado de manera adecuada para ello, o reconvertirse en generalistas, con lo cual se desperdician los recursos invertidos en su formación.

La facultad no debe tampoco intentar formar solo generalistas, sino brindar un abordaje neutral que le permita al alumno elegir con menos sesgos. Dentro de los cambios curriculares fundamentales se encuentra correr el sitio de formación clínica de los estudiantes de medicina del hospital terciario al centro ambulatorio y comunitario.

En países como los Estados Unidos y la Argentina, cuya mezcla médica está fuertemente dominada por los especialistas (relación de 2,5 a 1 en el primero y aproximadamente 2 a 1 en el último), estos cambios deben hacerse aun con más rapidez. Así es como, respondiendo al mandato general de tener una fuerza médica compuesta por un 50% de generalistas (médicos de familia, clínicos y pediatras generales) para los primeros años del siglo XXI, se creó en 1988 en los Estados Unidos un foro de distintas organizaciones de atención primaria con el objeto de modificar la educación médica para facilitar la elección de especialidades generales por parte de los estudiantes. Dentro de las recomendaciones más importantes figuran:

- Asegurar que cada estudiante tenga una experiencia longitudinal con un médico generalista cuya práctica refleje la continuidad y la coordinación de los cuidados.
- Utilizar como sitios de enseñanza centros asistenciales no localizados dentro de hospitales académicos.
- Exponer a los estudiantes a un mínimo de 150 horas en los años preclínicos, de los cuales el 50% debería ser dedicado a actividad supervisada con pacientes.
- Brindar un currículo generalista junto a la enseñanza de otras disciplinas clínicas.
- Incluir profesores generalistas para orientar y entrenar a los alumnos.

Lamentablemente, en los últimos años estas fuerzas se han revertido en los Estados Unidos y desde el pico de 1997 se ha observado una gradual reducción del número de graduados que eligen especialidades generalistas, en particular medicina familiar (Whitcomb, 2004). En efecto, debido en parte a que los estudiantes no consideran bien remunerada la atención primaria, a que las demandas de la práctica no son compatibles con sus expectativas o estilos de vida, o a que no representa demasiado desafío intelectual, cada vez eligen menos las especialidades generalistas. Además, los sistemas gerenciados en ese país, que durante la década pasada promovieron los sistemas orientados a la atención primaria basados en los “guardabarreras o *gatekeepers*”, con un fuerte rechazo del público, ahora, por consideraciones de mercado, intentan promover cuidados integrados con mayor exposición de los especialistas. En los países hispanoamericanos, la inserción de la medicina familiar en la universidad, expresada en la creación de departamentos de medicina familiar, y la formación de médicos con un criterio generalista es una de las deudas aún no saldadas por nuestras escuelas médicas (véase el capítulo 2: “La medicina familiar en Iberoamérica”).

POSGRADO

Si bien las fuerzas que impulsan la reforma de los servicios de salud claman por mayor número de médicos de familia y generalistas, ese deseo contrasta con una realidad opuesta: una proporción cada vez menor de médicos eligen disciplinas afines a la atención primaria. Muchos de los motivos dependen de los aspectos que mencionamos en relación con el pregrado, pero también existen otras barreras que hay que enfrentar para resolver este problema.

Barreras para el desarrollo de médicos generalistas

Barreras de la facultad de Medicina

Existe consenso acerca de que las experiencias clínicas longitudinales con médicos generalistas desempeñan un rol significativo en la elección de la medicina familiar como especialidad. Si las escuelas médicas carecen de modelos generalistas entre sus profesores (modelos de rol o *role models*, según la definición en inglés), las posibilidades de que los alumnos elijan especialidades generalistas es escasa. Por otro lado, la formación básica de los primeros años de la carrera promueve un cierto *ethos* institucional en cuanto a que el abordaje en detalle y subespecializado es la mejor manera de conocer y practicar la medicina. Si a ello le añadimos una formación clínica basada en pacientes internados en hospitales terciarios, los resultados que se obtienen son los lógicos y naturales.

Barreras de las residencias médicas

Las residencias clásicas, tanto de medicina interna como de pediatría, reflejan más las necesidades de los hospitales donde funcionan que el modelo de internista o de pediatra que la sociedad necesita. A menudo muchas residencias de medicina interna prácticamente no tienen actividad ambulatoria (menos del 10% total de la residencia), ésta no se encuentra debidamente supervisada y el espectro de casos que se ven a lo largo de la formación no refleja lo que debería aprenderse para entrenarse como generalista. El caso de pediatría es tan preocupante como el de medicina interna, ya que, si bien el com-

ponente ambulatorio es mayor (25 a 30%), sus residencias también forman pediatras con sesgo internista, teniendo en cuenta que los cuidados durante la infancia requieren del médico habilidades y destrezas para la prevención y el manejo de los problemas en el niño sano, los cuales constituyen aproximadamente un 90% del espectro de atención.

Aun cuando hoy es obvia la necesidad de formar más generalistas, existen sorprendentemente pocas residencias de medicina familiar en Latinoamérica. La Argentina, con casi 100 programas, es uno de los países con mayor cantidad de la región, aunque su calidad es muy variable y los contenidos, muy heterogéneos. A pesar del aumento de su número en los últimos años, la cantidad de egresados es insuficiente para satisfacer la demanda actual, hecho agravado porque muchos programas no acreditan la calidad necesaria para formar un recurso competitivo. En los Estados Unidos, luego de 25 años de impulso de programas de residencia en medicina familiar funcionan hoy alrededor de 450 programas con más de 11.500 vacantes.

Barreras de la cultura médica

Los médicos están imbuidos de la cultura médica en la que se desarrollan, y esa cultura ha sido creada por los especialistas. La existencia de jerarquías implícitas en la escala de "prestigio" habitualmente pone a los generalistas en el último lugar de la lista. Los especialistas menosprecian a los médicos de familia, en especial a aquellos que trabajan en centros periféricos donde vive población de escasos recursos, o en medios rurales o periurbanos. También tienen una percepción distorsionada de la competencia y del patrón de trabajo de un médico de familia, por lo que no entienden que un generalista pueda tener dominio sobre un amplio espectro de problemas y patologías (este conocimiento difiere de su idea de lo que significa "dominio").

Muchos de los argumentos que los especialistas esgrimen pueden resumirse en las falsas creencias de la cultura médica imperante que se observan en el cuadro 1-8 (McWhinney I, 1989).

Dentro de lo que constituye la "medicina académica" y la misión del médico como científico, la medicina familiar no se compadece con los ideales del descubrimiento, innovación y avance tecnológico. Además, los especialistas ganan en general mucho más dinero, tienen menor carga asistencial, están menos expuestos a problemas que los saquen del foco médico y experimentan a lo largo de su carrera clínica menos desgaste y *burn out* que los generalistas.

Barreras de la comunidad

En las comunidades pequeñas, donde predominan los médicos de familia, la gente les da gran valor a los cuidados integrales y continuos, así como a la coordinación de la atención, y valora menos los cuidados especializados. En las grandes ciudades, en especial las que poseen hospitales complejos y facultad de Medicina, la gente está acostumbrada a ser atendida por especialistas y muchas veces también está convencida de que esa atención es la mejor, por lo que no valora tanto ni la coordinación ni la longitudinalidad.

Cuadro 1-8. Falsas creencias de la medicina académica tradicional

- "El generalista no puede cubrir el campo completo del conocimiento médico"
- "Dada cualquier área médica, el especialista siempre sabe más que el generalista"
- "La especialización en el conocimiento ayuda a eliminar la incertidumbre"
- "La especialización permite profundizar el conocimiento"
- "El avance científico y tecnológico multiplica la carga de información que el médico debe manejar"
- "Los errores en medicina son causados por falta de información"

Modificado de McWhinney I, 1989.

El problema en la Argentina

La capacitación en el posgrado inmediato depende en gran medida del sesgo de la escuela médica donde el alumno realizó su formación. En la Argentina, no es sorprendente que los graduados prefieran las especialidades tradicionales para hacer su entrenamiento. Más aun, los médicos recién graduados desconocen casi absolutamente las condiciones de trabajo en el mercado de la salud y el modo en que ello puede afectarlos en relación con la especialidad que elijan. Como mencionamos antes, existe un divorcio casi total entre las necesidades de las organizaciones de salud (que, en mayor o en menor medida, expresan los deseos de la sociedad), la función del Estado como regulador y la de la universidad como formadora del recurso humano. El resultado es que no existe en nuestro país un número de médicos generalistas formados en residencias médicas de medicina familiar que pueda satisfacer las necesidades actuales de los diferentes sistemas de salud.

Como consecuencia de ello, el Estado, muchas organizaciones privadas y de seguridad social intentan resolver esta situación por medio de la "reconversión" de médicos clínicos entrenados en el enfoque clásico de la medicina interna a clínicos generales entrenados en medicina ambulatoria y con un abordaje integral de los problemas de salud. Los instrumentos que se emplean para esa capacitación son programas o cursos de uno a dos años, dictados en general por centros académicos de medicina familiar; lamentablemente, también los brindan instituciones que no tienen experiencia ni recursos para hacerlo seriamente.

La reconversión de profesionales entrenados en otras disciplinas para ejercer la medicina familiar es una necesidad insoslayable motivada por la necesidad urgente de disponer de médicos que sean funcionales en cuanto a los cambios impulsados por la reforma de los servicios de salud en nuestro país. Cabe aclarar que esa reconversión es una etapa de transición para solucionar las dificultades de contingencia, pero que de ninguna manera puede reemplazar al entrenamiento formal en programas de residencia de medicina familiar/general.

Contenidos diferenciales de la medicina de atención primaria

Todas las especialidades poseen un cuerpo particular de conocimientos, códigos, habilidades y destrezas, y tecnolo-

gía que les permiten configurar una identidad como tales. Estos atributos están implícitos en la misma definición de

cualquier especialidad médica. Hemos descrito los contenidos particulares de la práctica de la medicina familiar. Ahora es preciso definir y describir los instrumentos que la medicina familiar emplea y que le dan un marco conceptual diferente a nuestra especialidad.

Desde el primer año de la facultad, pasando por la residencia y siguiendo con el ejercicio profesional, el médico de familia 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 basados 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 presentados como componentes del dominio de las especialidades.

Los contenidos e instrumentos de la medicina familiar pueden resumirse de la siguiente manera.

CONTENIDOS BIOMÉDICOS Y PSICOSOCIALES

El médico de familia 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 en forma adecuada las necesidades de su paciente, pero ese conocimiento debe enfatizar los problemas más frecuentes del ámbito de la atención primaria, donde la prevalencia de los problemas serios es muy baja ("si oyes cabalgar debes pensar que son caballos y no cebras... a menos que vivas en la sabana africana"). Sin embargo, teniendo en cuenta que los problemas inusuales o las presentaciones raras son atendidas primero por el médico de familia, su entrenamiento también debe contemplar la exposición a determinadas enfermedades y pacientes a lo largo de su formación.

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, y se han empleado para su tratamiento abordajes y "en-cuadres" característicos de esa 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 aparejadas, además, algunas dificultades cuya consecuencia más importante 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:

- A veces los pacientes presentan una "mezcla" de problemas cuya solución debe ser integradora (p. ej., paciente diabético con mal control de su glucemia porque está deprimido debido a la pérdida de un ser querido).
- Muchos pacientes traen a la consulta problemas físicos que enmascaran desórdenes de personalidad o trastornos afectivos (p. ej., pacientes somatizadores e hipochondríacos, pérdida de peso por depresión).
- La mayoría de los pacientes que consultan por trastornos afectivos no desean que los trate un psicólogo o un psiquiatra, y sólo en algunos casos aceptan ser derivados

luego que el médico de cabecera ha comenzado a trabajar en el problema.

Otra de las consecuencias de esta división fue que se excluyó la esfera social, alejando del médico la responsabilidad que también le cabe en el manejo de estos problemas. Aun 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 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, en el cual lo médico, lo mental y lo social se encuentren integrados, puede también dar respuestas y soluciones integrales.

CICLO VITAL

El currículo debería reflejar los conocimientos, destrezas y actitudes que se relacionan con los pacientes y las familias en los distintos momentos del ciclo vital. Los contenidos mínimos deberían ser los que se detallan a continuación.

Prenatal y nacimiento: planificación familiar (incluida la colocación de dispositivos intrauterinos), nutrición, hábitos y estilos de vida, preparación para el parto y factores de riesgo.

Infancia: crecimiento y desarrollo, trastornos de la conducta y escolaridad, inmunizaciones, manejo de enfermedades comunes. Parentalidad, abuso físico, emocional y sexual.

Adolescencia: trastornos de la escolaridad, lesiones del deporte, prevención del tabaquismo y la drogadicción. Sexualidad y enfermedades de transmisión sexual. Conductas violentas, depresión, trastornos de la alimentación y parentalidad.

Adultos jóvenes (20 a 30 años): salud ocupacional, anticoncepción, parentalidad, drogadicción, divorcio, salud mental, lesiones y accidentes. Enfermedades crónicas y obesidad.

Edad media (40 a 50 años): prevención, problemas comunes, menopausia, desempleo, depresión, incapacidad.

Envejecimiento temprano (60 a 70 años): prevención, problemas comunes del envejecimiento, pérdida del trabajo, depresión, impotencia, duelo, demencia, redes de apoyo.

Geriatría: envejecimiento normativo, depresión, polifarmacia, caídas, fractura de cadera. Trastornos de la próstata, problemas dentales. Institucionalización y red de apoyo.

HABILIDADES ESPECÍFICAS

El médico de familia, de acuerdo con el perfil que adopte su práctica, tiene que adquirir muchas de las destrezas que se señalan en el cuadro 1-9. Debe tener capacidad resolutoria 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 en la detección temprana de las enfermedades. Debe poseer habilidades terapéuticas y saber gerenciar el manejo de los recursos.

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

El estado de salud de un individuo existe dentro de un contexto bio-psico-social. El manejo efectivo de la entrevista

Cuadro 1-9. Habilidades que debe poseer el médico de familia

- Ejecución de análisis de orina (*dipstick*), punciones venosas, cultivos de fauces, cérvix, vagina y uretra
- Aplicación de inyecciones intramusculares, intradérmicas y subdérmicas y colocación de vías periféricas
- Realización de punción lumbar, punción arterial, toracocentesis y aspiración de líquido articular
- Interpretación de gases en sangre, electrocardiogramas, pruebas ergométricas y espirometrías
- Colocación de sondas nasogástricas y vesicales y realización de lavados gástricos
- Cuidado de las escaras y realización de transfusiones
- Toma de biopsias cutáneas y de muestras para exámenes micológicos.
- Realización de especuloscopia; examen pélvico, recto-vaginal y mario; colocación y remoción del dispositivo intrauterino; toma de Papanicolaou e interpretación de mamografías
- Cuidado del embarazo y puerperio, y realización de partos vaginales en céfala sin episiotomía
- Ejecución de incisiones y drenaje de colecciones, resecciones cuneformes o remociones de paroniquias, colocación de tubos pleurales y confección de traqueostomías
- Extracción de cuerpos extraños, realización de taponamientos nasales anteriores y posteriores, lavado de oídos y laringoscopia indirecta
- Evaluación de la presión ocular, extracción de cuerpos extraños, coloración con fluoresceína
- Estabilización de pacientes traumatizados, ejecución de reducciones simples y confección de valvas y férulas de yeso en fracturas no desplazadas
- Realización de tacto rectal, anoscopia e incisión de hemorroides trombosadas
- Ejecución de la reanimación cardiopulmonar, manejo de la vía aérea (intubación, punción cricotiroides) y realización de cardioversión eléctrica
- Aplicación de anestesia local y bloqueos

ta 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 establece entre el médico y el paciente. Pueden citarse tres estilos básicos de relación médico-paciente (Véase capítulo "Medicina centrada en el paciente" para un análisis más profundo):

- Relación activa-pasiva: éste es un modelo paternalista en el que el paciente tiene poco control sobre las decisiones que se toman sobre su cuidado (p. ej., pacientes en unidades de cuidados críticos, salas de internación o quirófano).
- Relación de guía-cooperación: el médico aconseja y el paciente sigue las recomendaciones. Si bien este estilo es menos autoritario, observamos también la hegemonía médica en la toma de decisiones (p. ej., tratamiento de las enfermedades agudas).
- Relación de participación mutua: el médico supervisa mientras el paciente realiza las actividades diarias del tratamiento. En este modelo, aun cuando la relación no es igualitaria, el éxito de la intervención depende de ambas partes del binomio (p. ej., tratamiento de la mayoría de las condiciones crónicas).

El médico de familia debe manejar técnicas adecuadas de entrevista que le permitan 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 muchas veces el médico lo adquiere a través de la experiencia, es importante que el generalista tenga un entrenamiento específico. Algunas técnicas de enseñanza y supervisión de las entrevistas para el estudiante y el residente, como las grabaciones de audio y video, son muy útiles en este proceso de aprendizaje.

Las características de la interacción médico-paciente-familia es uno de los componentes que inciden con mayor fuerza en la satisfacción de los pacientes con el sistema de atención médica.

SATISFACCIÓN Y EFECTIVIDAD MÉDICA

Como vemos en el cuadro 1-10, la relación entre la satisfacción del paciente y la efectividad de las intervenciones puede dar lugar a diferentes resultados. Éstos van desde una relación ideal en la que existe una intervención efectiva y el paciente está satisfecho, hasta una relación peligrosa en la cual el paciente está insatisfecho y los resultados son inefectivos. Desde luego, considerando que la satisfacción del paciente y el resultado de la intervención son fenómenos independientes. Sin embargo, la satisfacción del paciente con el médico condiciona en gran medida el éxito de las intervenciones médicas. Por otro lado, el tipo de relación médico-paciente que se establece tiene claras consecuencias con respecto a los gastos de atención médica: la mala relación origina gastos "compensatorios", en general inapropiados. Algunos conceptos son ilustrativos:

- La insatisfacción mutua con la relación interpersonal es la principal causa del *doctor shopping*.
- La mala experiencia de los pacientes en su relación con los médicos actúa como barrera para la consulta temprana y por consiguiente aumenta los costos ulteriores.
- La falta de confianza del paciente en su médico incrementa los costos, ya que se compensa con mayor demanda de servicios y iatrogenia.
- La falta de confianza del médico hacia su paciente también origina mayor cantidad de servicios, internaciones marginalmente beneficiosas, tratamientos costosos y iatrogenia.

DESARROLLO DE UNA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA

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.

Cuadro 1-10. Matriz de satisfacción (resultado de la combinación entre la satisfacción del paciente y la efectividad de las intervenciones)

		Intervención	
		Efectiva	Inefectiva
Paciente	Satisfecho	Ideal	Inútil
	Insatisfecho	Frustrante	Peligrosa

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, sobre la base de 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. Ésta tal vez sea una de las grandes diferencias epistemológicas y cognitivas en las que el generalista difiere del especialista. El tipo de conocimiento que el generalista posee sobre un problema debe ser diferente del que tiene el especialista. Si el problema se discute en la misma dimensión, el generalista es claramente dominado por el especialista, quien, como es obvio, conoce el problema con mayor profundidad.

Por ejemplo, si se discute la indicación de la densitometría para el rastreo de la osteoporosis, el médico de familia debe evaluar la evidencia que lo justifica de acuerdo con la prevalencia del problema, la sensibilidad, la especificidad, la aceptabilidad y el costo de la prueba, la existencia de tratamiento efectivo y su costo-efectividad marginal en comparación con otras alternativas. En la discusión con el especialista no es necesario que el médico general conozca en profundidad las características del proceso de mineralización ósea o el mecanismo íntimo de acción de las drogas.

PREVENCIÓN

La prevención de las enfermedades, de las lesiones y de cualquier otro problema de salud es uno de los principios prioritarios de la práctica del médico de familia. A pesar de la importancia que tiene para evitar la aparición de las enfermedades antes de su inicio, o para detectarlas cuando aún es posible tratarlas tempranamente con menores complicaciones y costos, la prevención ha sido siempre poco enseñada, poco respetada y muy mal pagada, por lo que los incentivos para ponerla en práctica de manera efectiva fueron hasta ahora escasos.

Los servicios preventivos para la detección temprana de la enfermedad han mostrado reducciones sustanciales de la morbilidad y mortalidad en niños y adultos, por lo que la provisión de estos cuidados a poblaciones definidas (por edad, sexo y riesgo) es un estándar ya aceptado en la atención primaria. Si bien las inmunizaciones y las pruebas de rastreo siguen siendo intervenciones preventivas esenciales, el rol más promisorio de la prevención en la práctica médica es la modificación de los hábitos y los estilos de vida, ya que las causas más importantes de mortalidad son atribuibles, en gran medida, a conductas personales como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la falta de uso de cinturón de seguridad y las prácticas sexuales inseguras. Excepto en el caso de las inmunizaciones a los niños, cuyo cumplimiento es mayor, en gran medida debido a que, a través de distintas políticas de salud pública, es el Estado y no los médicos quien hace obligatorias algunas de ellas, la mayoría de las recomendaciones preventivas, sobre todo en los adultos, está muy lejos de los estándares propuestos por los distintos organismos internacionales. Tanto la adhesión de los médicos como la de los pacientes presentan varias barreras a la implementación efectiva de las recomendaciones preventivas. Éstas se deben, entre otras razones, a las trabas en los sistemas administrativos de las organizaciones de salud, a la falta de aceptación de algunas prácticas por parte de los de los pacientes y al desconocimiento, descreimiento o fal-

ta de incentivo de los proveedores. Estas dificultades explican por qué, aun cuando existen guías preventivas ampliamente aceptadas como la norteamericana (U.S. Preventive Task Force 2001) o la canadiense (Canadian Task Force 2002), la brecha entre la recomendación y el cumplimiento del servicio es todavía muy amplia.

Si el último objetivo de una guía de práctica clínica es su efecto sobre la modificación de la atención de los pacientes, el conocimiento de las barreras para su implementación permite desarrollar intervenciones sobre los proveedores de salud y el público en general para mejorar los resultados. Mencionaremos varias estrategias que han sido proyectadas para mejorar la provisión de estos servicios por parte de los médicos:

- Educación: si bien la educación es efectiva, se ha visto que su efecto es limitado en el tiempo si no se complementa con otras intervenciones que la refuercen.
- Retroalimentación o *feedback*: el control de la aceptación, junto a la discusión individual y grupal de los resultados, es efectivo y su efecto persiste en la medida en que se mantiene la intervención.
- Incentivos financieros: los incentivos financieros son métodos muy efectivos si se utilizan con buen criterio y solo en el caso de que se quiera estimular algunas prácticas. Por ejemplo, los médicos de familia del Sistema Nacional de Salud de Gran Bretaña (NHS), aun cuando no son remunerados por prestación, cobran específicamente por la realización de ciertas prácticas preventivas.

La estrategia más efectiva para instrumentar la prevención se basa en aprovechar cualquier contacto con el paciente, aunque consulte por otra cosa, para efectivizarla (pesquisa de casos) en contraposición con el hoy casi abandonado rastreo o *screening* poblacional. Esto significa que si una mujer joven consulta por una infección urinaria, además de tratar ese problema también se debe chequear su presión arterial y efectuarle el Pap, si no se lo hubiera realizado en los últimos tres años. Si, además, esa mujer trae a su niño de dos años a la consulta, se debería chequear su plan de inmunizaciones. Aunque no siempre se puede hacer todo en una consulta, el médico de familia tiene ventajas competitivas enormes para hacer prevención respecto de cualquier otro médico, debido a la mayor integralidad de su práctica.

Describiremos a continuación los distintos tipos de intervenciones existentes:

Prevención primaria: se interviene sobre individuos sanos antes de que se produzca la enfermedad (inmunizaciones, consejo médico sobre cambio de hábitos y estilos de vida).

Prevención secundaria: se interviene cuando el proceso patológico ha comenzado, pero antes de la aparición de los síntomas. Las condiciones mínimas son que el proceso pueda detectarse en etapa presintomática y que el tratamiento en esta fase modifique la historia natural de la enfermedad (diagnóstico temprano de la hipertensión arterial, de la hipercolesterolemia, del cáncer de cuello uterino, del de mama, etc.).

Prevención terciaria: se interviene después del establecimiento de la enfermedad, pero antes de que aparezcan las complicaciones (betabloqueantes para disminuir las complicaciones tardías del infarto de miocardio, alendronato para la prevención de fracturas por osteoporosis, etc.).

Los criterios de validación de las prácticas preventivas, así como la estimación de la calidad de la evidencia o la fuerza de recomendación de aquellas pueden leerse en el capítulo 20: “Prevención en la práctica clínica”.

De todos modos, cuando hablamos de prevención hay que recordar siempre que, como el médico es quien ofrece e inicia los cuidados preventivos a un individuo presuntamente sano y asintomático, la evidencia que justifica la recomendación del servicio debe ser inequívoca y los beneficios deben superar ampliamente a los riesgos. *Primum non nocere* (lo primero es no dañar).

ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS

La realidad actual y los cambios que están ocurriendo en el sistema de salud obligan a los médicos a adquirir un elevado nivel de eficiencia en la atención de sus pacientes. La crisis de los costos hace que tanto a los prestadores como los que financian los servicios de salud en sus diferentes subsectores deban mejorar la efectividad y la eficiencia con la que se brindan esos servicios. En este marco, la formación de médicos expertos en evaluar la efectividad de las intervenciones en salud será prioritaria en el curso de los próximos años. Todas las decisiones entrañan un delicado balance entre los beneficios, los costos y las consecuencias. La mayoría de las veces el médico no las conoce en forma explícita. El médico de familia, en la medida en que se convierte en el "ombudsman" de sus pacientes y en el gerente de los recursos, debe tener nociones de los beneficios, costos y consecuencias de sus acciones, así como de las acciones de otros proveedores de salud coordinados por él.

ÉTICA

Si bien en la actualidad el debate ético se centra en el "encarnizamiento terapéutico" y la eutanasia pasiva o activa, las directivas avanzadas respecto de 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 por ello son 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. Los contenidos de un currículo de ética para el médico de familia debieran incluir al menos los siguientes aspectos:

- 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.
- 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 (anana), decisiones al final de la vida, eutanasia activa y pasiva.
- El médico en la relación con sus colegas: la enseñanza a los pares, el entrenamiento de los pares, la consulta, la revisión de los pares.
- El médico y la sociedad: obligaciones del médico para con la sociedad, asignación de recursos, relación del médico con otros profesionales de la salud, comités de ética, medicina y ley, investigación clínica.
- Otros aspectos: aborto, planificación familiar, técnicas reproductivas especiales y confidencialidad con los adolescentes.

Pero el médico de familia, por el tipo de abordaje que realiza, está expuesto a una multiplicidad de conflictos vinculados en gran medida a su rol, justamente como médico de la familia y no de individuos. Muchas veces puede ponerse en riesgo la confidencialidad dentro del secreto profesional, como podemos apreciar en el siguiente ejemplo:

Ejemplo: un hombre casado de 28 años consulta a su médica de familia por una uretritis que contrajo debido a una relación ocasional con una mujer. El paciente le solicita a la médica que no se lo comunique a su mujer, que también es su paciente, porque ello podría implicar la ruptura del matrimonio. También le pide que le dé alguna excusa creíble que haga que la mujer también se trate y acepte el uso del preservativo, que la pareja no utiliza habitualmente como anticonceptivo.

La médica se enfrenta a los siguientes dilemas éticos:

- Si acepta el contrato que le ofrece el paciente y oculta el hecho a su mujer, habrá creado una relación asimétrica con la pareja, basada en un vínculo disfuncional y muy riesgoso alrededor del ocultamiento.
- Si no lo acepta y se lo comunica a la mujer contra la opinión del paciente índice, puede sentirse involucrada y responsable por la ruptura de la pareja.
- Por otro lado, el cumplimiento de un tratamiento recomendado por el médico se relaciona con el entendimiento por parte del paciente de las razones por las cuales se le indica. Aun cuando el médico acepte involucrarse en la mentira, puede no ser lo bastante enfático en la indicación o contradecirse en forma inadvertida ante las preguntas de la paciente, por lo que el cumplimiento puede verse comprometido.

El médico debe evitar las alianzas disfuncionales y decirle a su paciente que no puede ocultar el hecho a su mujer, ya que no solo es responsable por la salud de la esposa sino que, si esto ocurriera, también podría suceder que ella (la médica) le ocultara a él cosas de su mujer, y una relación entre el médico y la familia basada en la mentira no tiene un buen final.

Por último, puede ofrecerle dos alternativas: o actuar como facilitadora de la comunicación del hecho a la pareja o dejar de ser la médica de familia de ambos.

¿Es ésta única manera de encarar estos dilemas? Seguramente no, pero sin duda pone de manifiesto parte de los problemas éticos que enfrenta el médico de familia en su práctica cotidiana.

El médico de familia, la ética y el control de costos

El médico es, de hecho, un guardabarrera. Siempre lo fue. El acceso a distintos servicios diagnósticos y terapéuticos siempre dependió de la "poderosa" lapicera del médico. Pero también se consideró siempre que el médico tenía la obligación moral de ejercer ese poder solo para beneficio de sus pacientes. El incremento de los costos de la atención médica obligó a expandir este rol de guardabarrera. Muchos proponen que el médico contemple las potenciales necesidades de la sociedad cuando toma decisiones sobre un paciente en particular. Muchas organizaciones (p. ej., sistemas gerenciados de los Estados Unidos con fines de lucro) otorgan incentivos financieros a los médicos para que reduzcan el consumo de servicios. Por otro lado, el sistema tradicional de pago por acto médico otorga implícitamente incen-

tivos financieros a los profesionales para aumentar la cantidad de prestaciones. En el primer caso puede ocurrir que se le niegue a un paciente un servicio necesario. En el segundo, es posible que se le brinde a un paciente un servicio innecesario e incluso peligroso.

¿Cuáles deberían ser los lineamientos éticos que el médico de familia tendría que seguir de acuerdo con el nuevo imperativo de control de costos?

Consideramos que las decisiones que contemplan el racionamiento de servicios no deben ser tomadas por el médico en forma unilateral para un paciente en particular. Veamos el siguiente ejemplo:

Ejemplo: un paciente anciano con cáncer avanzado y muy escasa probabilidad de supervivencia en el corto plazo desarrolla una neumonía con insuficiencia respiratoria. El médico A decide no ventilarlo mecánicamente porque considera que los recursos consumidos en el cuidado de ese paciente pueden aprovecharse mejor para la implementación de programas preventivos. Ante un paciente similar, el médico B le administra fármacos inotrópicos, antibióticos de última generación y lo pone en ventilación mecánica.

El médico A incorporó razones de orden social (utilitaristas) para tomar su decisión de cómo asignar los recursos "maximizando el beneficio colectivo", mientras que el médico B tomó su decisión con el objeto de maximizar el beneficio individual de su paciente. Desde el principio aristotélico de la justicia formal, se ha cometido una injusticia con el paciente del médico A. La única manera de evitar esta injusticia es que las reglas sobre cómo asignar los recursos sean explícitas, socialmente aceptadas e iguales para todos, y que esas reglas sean elaboradas a un nivel más alto de organización, sin comprometer la confianza que el paciente deposita en su médico en cuanto a que realizará todas las intervenciones necesarias para optimizar su salud. Por supuesto, esto no implica que cualquier diferencia de tratamiento signifique una injusticia formal. En la medida en que el médico de familia considere que lo que hace o deja de hacer es en exclusivo beneficio de su paciente, no debería surgir ningún conflicto ético.

Los incentivos financieros a los médicos para que reduzcan servicios a sus pacientes han generado gran controversia. Estos incentivos pueden ser individuales o grupales y, de acuerdo con el porcentaje que representen de su remuneración total, pueden modificar en mayor o menor grado el estilo de práctica. Cuanto mayor sea la parte de su ingreso que representen, mayor será también la exposición de los pacientes a cuidados inadecuados por reducción de servicios apropiados. Desde ya, en este caso se da el mismo conflicto ético del mayor incentivo al médico cuantos más servicios realiza. El agravante es que el paciente percibe que su médico tiene otro mandato diferente del suyo (el del hospital o el tercer pagador), y cuando esa percepción ocurre, invariablemente deteriora la relación de confianza entre ambos. Si bien no hay evidencias de que hasta ahora los incentivos financieros, en los países donde se han aplicado, hayan generado un deterioro de la calidad de la atención médica, en la medida en que las presiones para disminuir gastos de ciertas organizaciones de salud con fines de lucro sean cada vez mayores, también aumentarán los riesgos de que estos incentivos comiencen a comprometer seriamente la calidad de atención.

INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

En la literatura médica es habitual encontrar artículos que describen las dificultades que enfrenta el médico cuando in-

tenta aplicar los hallazgos de los estudios de investigación en su práctica clínica diaria. Al revisar estas publicaciones, se nota inmediatamente que el lugar de origen es habitualmente los Estados Unidos, Canadá, Inglaterra u otros países desarrollados. En todos ellos existe una cultura de investigación que, más allá de la cuestión del financiamiento y del apoyo gubernamental o de agencias donantes, se debe a sistemas de educación que valoran en alto grado la innovación y el descubrimiento. Generar una cultura de investigación no solo requiere de sustento económico sino también cambios culturales en quienes son los responsables de la educación médica, de la dirección de las organizaciones e instituciones de salud y de las distintas especialidades, como también de cambios en cada uno de nosotros individualmente.

En muchos ámbitos de nuestros países parece existir escaso interés por las actividades de investigación, y la dificultad de llevarlas a cabo, la falta de financiación y el costo son argumentos convincentes para no apoyarlas o no realizarlas. Es importante comprender que la investigación clínica no se refiere exclusivamente a complejos estudios multicéntricos o sofisticados ensayos clínicos controlados. El primer paso, antes de investigar cualquier hipótesis, es planificar estudios descriptivos que brinden información útil y práctica que nos permita conocer las distintas realidades en las que trabajamos. En la mayoría de los casos, este tipo de estudios tiene presupuestos modestos y únicamente requieren una correcta aplicación de la metodología y la disponibilidad de datos de buena calidad. Lamentablemente, este último no es un detalle banal, ya que por lo general carecemos de formación adecuada en el área metodológica. A menudo, lo más difícil es lograr plantear una pregunta que sea relevante y pueda ser respondida con un estudio válido y factible. También carecemos de información de buena calidad, y esto señala que uno de los objetivos para los cuales tenemos que trabajar más intensamente en el nivel que corresponda es en la programación de sistemas para registrar y obtener la información que necesitamos en forma práctica y confiable.

Otro de los temas que se deben tener en cuenta es el tipo de eventos o resultados que podemos estudiar en atención primaria. Muchos sostienen que la falta de resultados "duros", como mortalidad, eventos vasculares, internaciones, etc., hacen menos atractivos los proyectos generados en el ámbito ambulatorio. No hay que perder de vista que más del 90% de la actividad asistencial se produce en este ámbito en el que, afortunadamente, los eventos llamados duros son infrecuentes. Los fenómenos que intentamos estudiar en atención primaria son los que se relacionan con la calidad de vida, los distintos determinantes de la respuesta a las intervenciones habituales, la calidad de la atención médica, la distribución de factores de riesgo y las características de la población, la utilización de los recursos y la planificación de necesidades, etc. A diferencia de la mayoría de las especialidades, en las cuales la investigación clínica se nutre sobre todo de fuentes biológicas diversas, la investigación clínica en el ámbito de la atención primaria se nutre fundamentalmente de la misma práctica asistencial.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Andersen R et al. Societal and individual determinants of medical care Utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q* 1973;51:95.
- Ayanian et al. Knowledge and practices of generalists and specialists physicians regarding drug therapy for acute myocardial infarction. *N Eng J Med* 1994;331:1136-1142.
- Calvo, C Rubinstein Al. Influence of new evidence on medical practice. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15:457-462.

- Cristie RJ, Hoffmaster CB. Ethical issues in family medicine. New York: Oxford University Press; 1986.
- Drummond MF et al. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford University Press; 1989.
- Eisenberg JM. Doctor's decisions and the costs of medical care. Health Administration Press Perspectives; 1986.
- Green LA, Fryer GE, Yawn BP et al. The ecology of medical care revisited. *N Eng J Med* 2001;344:2018-2020.
- Greenfield S et al. Variation in resource utilization among medical specialties and systems of care. *JAMA* 1992;267:1624-1630.
- Hennekens CH et al. 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 General Internal Medicine, the Society of Teachers of Family and the Ambulatory Pediatric Association. *J Gen Int Med* 1994; 9 Suppl 1.
- Jollis et al. Outcome of acute myocardial infarction according to the specialty of the admitting physician. *N Eng J Med* 1996;335:1880.
- Lawrence R, Dorsey E, Noble J. Primary care and the practice of medicine. Boston: Little Brown and Company; 1976.
- Mark DB et al. Use of medical resources and quality of life after acute myocardial infarction in Canada and the United States. *N Eng J Med* 1994;331:1130.
- McWhinney I. A textbook of family medicine. Oxford University Press; 1989.
- Mechanic D. The concept of illness behavior. *J Chronic Disease* 1962;15:189.
- Rivo ML et al. Primary care and the education of the generalist physician: coming of age. *Academic Medicine* 1995;70.
- Robinson JC. Decline in hospital utilization and cost inflation under managed care in California. *JAMA* 1996;276:1060-1064.
- Rothman A, Wagner M. Chronic illness management: what is the role of primary care? *Ann Intern Med* 2003;138:256-261.
- Rubinstein A, Rubinstein F. Más no es necesariamente mejor: una mirada hacia la variación inapropiada de los contenidos, calidad y resultados de las intervenciones clínicas. Evidencia en atención primaria. Vol. 6 Número 1: Enero-Febrero 2003.
- Rubinstein A, Rubinstein F. De la práctica clínica a la investigación: dificultades y logros en investigación en atención primaria. Evidencia en atención primaria. Vol. 2 Número 6: Noviembre-Diciembre 1999.
- Rubinstein AL et al. Evaluation of education vs. education, audit and feedback in the Provider compliance with preventive Services in the primary care setting. *Journal of General Internal Medicine*, 1996; 11 Suppl 1:128.
- Rubinstein AL. El uso de la probabilidad como estimación cuantitativa de la incertidumbre. *Rev Hosp It Bs As* 1991;11:65-73.
- Rubinstein AL. Modelos de decisión y estimación de utilidades en la práctica médica. *Rev Hosp It Bs As* 1993;13:32-47.
- Sackett DL et al. Clinical diagnosis and the clinical laboratory. *Clin Invest Med* 1978; 1:37-43.
- Sackett DL et al. Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine. Little Brown and Company; 1991.
- Schneeweis R. Diagnostic clusters: a new approach for reporting the diagnostic content of family practice residents ambulatory experiences. *Journal of Family Practice* 1985;20:487.
- Sox HC et al. Medical decision making. Butterworth Publishers; 1988.
- Starfield B. Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity. *British Journal of General Practice* 2003;53:723-729.
- Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. Oxford University Press; 1992.
- Sulmasy DP. Physicians, cost control, and ethics. *Ann Intern Med* 1992;116:920-926.
- Turner BJ et al. AIDS specialist versus generalist ambulatory care for advanced HIV infection and impact on hospital use. *Med Care* 1994;32:902.
- Whitcomb M, Cohen J. The future of primary care medicine. *N Engl J Med* 2004;351:710-712.
- White KL, Williams F, Greenberg B. Ecology of medical care. *N Eng J Med* 1961;265:885.
- WHO. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional en Atención Primaria de la Salud; 1978.
- Williams TF et al. The referral process in medical care and the university clinic's role. *J Med Ed* 1961;36:899-907.
- Wonca-OMS 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; 1994.
- WONCA-WHO. Improving health systems: the contribution of family medicine. A guidebook. WONCA; 2002.

2. La medicina familiar en Iberoamérica

Adolfo Rubinstein

INTRODUCCIÓN

Hablar de Iberoamérica como una región uniforme podría ser fácil, ya que todos sus países tienen en común gran parte de su historia, su cultura, sus idiomas y muchos de sus valores. Sin embargo, España y Portugal, especialmente en los últimos veinte años, se han identificado cada vez más dentro del espacio de integración geográfico, económico y cultural de Europa, mientras que Latinoamérica sigue englobando una región diversa y con amplia heterogeneidad, tanto en su desarrollo socio-económico como en sus resultados de salud, con tasas de mortalidad infantil que van de casi 10% en algunas áreas rurales de Bolivia y Brasil a menos de 1% en Cuba o Chile. Los sistemas de salud a lo largo y a lo ancho de esta región han experimentando reformas en los últimos años. Muchas de ellas han sido orientadas a fortalecer el rol del mercado en el financiamiento, en la organización y en la

prestación de servicios. La descentralización en la década de 1990 —seguida en numerosos casos por privatizaciones— estuvo ligada a políticas específicamente ideadas para reducir el rol de rectoría del sector público, contrariamente al paradigma de la década de 1970, en el cual la descentralización fue concebida como una manera de fortalecer los niveles locales siguiendo los principios de la atención primaria de la salud (APS). Como resultado de la implementación de estas políticas se profundizó la fragmentación institucional en estos países. Estas reformas se alinearon con otros cambios en el rol del Estado que implicaron profundas transformaciones en los sectores sociales. Una de las consecuencias más devastadoras de la última década fue el incremento de los niveles de inequidad social a pesar del aumento del Producto Interno Bruto (PIB) en muchos de los países. En efecto, para fines de la década de 1990, 44% de los latinoamericanos (más de 211 millones) era pobre y 18,5% (89 millones), indigente.