

ÁREA DOCENTE

Especificades del ejercicio de la medicina en atención primaria de salud. Su importancia en el pregrado y doctorado

Gálvez Ibáñez M¹

¹ Doctor en Medicina. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Coordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia de Granada. Profesor visitante de la Universidad de Valparaíso de Chile.

Podría decirse que hasta el momento presente existe en la universidad española un importante desaprovechamiento docente de todo el marco conceptual, organizativo y profesional que la Medicina de Familia (MF) representa como eje fundamental de la Atención Primaria de Salud (APS)¹. Ello es más acusado aún cuando más de un tercio de las plazas de médicos internos y residentes (MIR) que se convocan anualmente, lo son de Medicina de Familia y Comunitaria y cuando los Médicos de Familia se están mostrando como excelentes tutores para los formación en postgrado.

A continuación se repasan cuales podrían ser las aportaciones que la Medicina de Familia conlleva para una mejor formación de los estudiantes de Medicina. Ello tanto en el pregrado como a la hora de diseñar un programa específico de doctorado para médicos de familia. La exposición se hace de manera sucinta y podría constituir un breve informe de negociación con nuestras facultades de Medicina.

Las especificidades del trabajo del Médico de Familia derivan de^{2, 3, 4, 5, 6}:

I. LUGAR DEL ENCUENTRO MÉDICO/PACIENTE

En APS este encuentro se desarrolla en el entorno del paciente, incluso en su propio domicilio, allí donde los individuos viven y hacen su vida cotidiana. Las personas acuden a su médico, sin interrumpir su proyecto vital, un simple paréntesis de horas o minutos bastan para volver a recoger los niños del colegio, a volver a ponerse la toga o a ponerse al volante del taxi, a seguir haciendo la comida, irse de compras o ponerse a jugar a la petanca.

Este hecho va a condicionar gran parte del ejercicio profesional en este ámbito:

1.—La gran ACCESIBILIDAD va a determinar un gran número de consultas por motivos banales, lo que obligará al médico a tener que discernir en poco tiempo lo fundamental de lo accesorio. Para ello todas las herramientas de la *epidemiología clínica* le serán de capital importancia.

2.—Esta accesibilidad va a implicar que —a diferencia del médico hospitalario— el médico de familia se encuentre con las enfermedades en sus estadios precoces, lo que le exigirá diferentes tipos de abordaje diagnóstico, capacidad de aconsejar, de intervenir en estadios precoces, y personalmente ser capaz de soportar el *entorno de alta incertidumbre* en el que ha de moverse. El MF es el único médico que puede ver una enfermedad a la largo de toda su historia natural.

3.—La imposibilidad de compartimentar los motivos de consulta por órganos y aparatos. Se tratará siempre de un individuo que consulta en toda su dimensión humana. La *integralidad* no sólo de los órganos y aparatos, sino integralidad psico-física, curativa-preventiva-rehabilitadora constituye un aspecto consustancial de su quehacer médico. El MF como especialista en personas además de en enfermedades, o como dicen nuestros colegas estadounidenses: *Su Médico de Familia, el especialista en usted*.

4.—Cada contacto con el sistema de salud puede y debe considerarse como una **oportunidad para la prevención**. El «case finding», la entrevista motivacional, el «Counseling», las intervenciones mínimas, la intervención anticipatoria, serán herramientas adecuadas sólo para el profesional que trabaja en este nivel del sistema sanitario.

5.—El hecho de recibir todas las demandas de los individuos que deciden consultar le obliga a renunciar a la profundidad en aras de la extensión. Esto requerirá una adaptación psicológica a una situación única entre los profesionales del sistema sanitario. Al mismo tiempo, esta

Recibido el 03-08-2001; aceptado para su publicación el 26-09-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 3: 264-267

situación le obligará a coordinarse con el resto de sus colegas que le asesorarán cuando sea preciso profundizar en el estudio de algún problema de salud. Sus métodos de estudio, así como las fuentes de información deben ser específicas en muchas ocasiones. El conocer «hasta donde puedo/debo llegar» será parte indisoluble de su arte en el ejercicio de la profesión.

6.—Es conocido que algunos de los problemas por los que consulta el paciente tienen relación con el medio que lo rodea, bien familiar y/o social. La aplicación de los conceptos y la adaptación de las herramientas de la MEDICINA FAMILIAR (conocimiento de la estructura y función familiar, intervención con familias en crisis, etc.) y COMUNITARIA (Planificación, Epidemiología) alcanzan así toda su pertinencia.

7.—La gran accesibilidad introduce otra característica singular de las consultas de los pacientes al médico que trabaja en el primer nivel de atención:

Suele tratarse de problemas de salud no médicamente definidos, sino situaciones que el paciente (o las personas que le rodean) sienten como tales (sensaciones de enfermedad o *illnesses* en la terminología sajona). Es este un importante hecho diferencial con las consultas hospitalarias que suelen (deben) corresponder a un problema de salud / diagnóstico ya definido por otro médico (*diseases*). Sobre esta decisión de consultar no médicamente condicionada, van a recaer una serie de influencias de tipo cultural, antropológicas, sociales que bueno será que el médico que atiende estas consultas sepa descifrar las claves que hay detrás de algunas de ellas si quiere alcanzar a entender el motivo de la consulta y el papel que sus respuestas profesionales van a tener en el entorno que las motivó. La colaboración con los servicios sociales comunitarios adquiere aquí toda su dimensión.

8.—Atención en el domicilio del paciente. Característica diferencial e histórica del médico de cabecera. La atención al moribundo en el entorno familiar, le va a exigir una serie de cualidades personales y habilidades de comunicación específicas.

El cúmulo de particularidades reseñadas, da forma a la principal característica de la relación del médico de familia con sus pacientes: se trata de una relación basada en la confianza mutua. Esta confianza ha sido definida por múltiples autores como uno de los pilares de la capacidad curativa del médico general / de familia.

II. UTILIZACIÓN DEL TIEMPO

La utilización del tiempo es otro hecho diferencial del médico que trabaja en el primer nivel de atención. La diacronía, la atención longitudinal mediante cortos pero sucesivos contactos determinan un modo de hacer y enten-

der el devenir del paciente en toda su complejidad como ser que evoluciona individual, familiar y socialmente. Esta nueva utilización del tiempo exige una adaptación intelectual al quehacer cotidiano y una readaptación de los *sistemas de registro*. Sistemas de Registro ya totalmente informatizados en la mayoría de la red de APS.

III. ATENCIÓN CONTINUADA FRENTE A INTERVENCIÓN EPISÓDICA

Muy relacionada con el punto anterior. El SEGUIMIENTO de los problemas clínicos en una competencia del médico que trabaja en contacto permanente con el paciente. Es bien conocido que no pocos tratamientos (antihipertensivos, antidiabéticos, antituberculosos, etc.), fracasan, no por la falta de idoneidad de su indicación, sino por la falta de seguimiento por parte del paciente. Las habilidades necesarias para conseguir una mayor y adecuada *adherencia al tratamiento* adquieren así una dimensión de primer orden.

El MF es el único médico que nunca da altas, su compromiso es con la persona, con su familia. No se extingue ni con la muerte del enfermo pues aún queda el duelo de la familia. Este conocer a la persona a lo largo del tiempo y en su contexto hace que sus resultados en salud sean equiparables a los de los especialistas, pero con una diferencia: lo consiguen con menores costes y con mayor satisfacción de los usuarios^{7, 8}.

Su preocupación con los individuos de su cupo o lista de personas se inicia ya antes del primer contacto del individuo con su consulta, cuando a través de su familia se preocupa por todos los integrantes de la misma.

El paciente le llama *mi médico* por todas estas múltiples relaciones que se entablan a lo largo del tiempo.

IV. Su ubicación en el contexto del sistema sanitario

Aparte de las influencias que sobre su quehacer clínico tiene la gran accesibilidad de la población al lugar donde presta sus servicios, la asignación al médico de familia del papel de «gatekeeper», de portero del sistema, le obligará a manejar con suficiente soltura las más modernas técnicas y habilidades de *gestión*, economía aplicada a la gestión, planificación y organización. Cada día es mayor la responsabilidad gestora que las diversas administraciones están dispuestas a asignar al médico del primer nivel asistencial.

Su papel de coordinador, de regulador de la puerta de entrada al sistema sanitario dará la medida de la *eficiencia* de todo el sistema (8,9,10) Él ocupa el lugar de coordinador del quehacer sanitario de todo el sistema.

Ya se ha citado, pero debe citarse aquí también, que su *coordinación* ágil y efectiva con sus colegas de los diferentes escalones del sistema de atención, debe asegurar la mejor atención para los pacientes que le consultan.

No sólo con los colegas de otros niveles de atención, sino con sus compañeros de trabajo. *El trabajo en equipo* se ha convertido en la norma en los países desarrollados, lo que le obligará a tener en cuenta los aspectos de relación interpersonal en la formación de los médicos de familia.

Con sus colegas del segundo nivel, con sus compañeros de trabajo, y muy específicamente con todos aquellos sectores sociales, laborales o de cualquier otra índole relacionados con la salud (intersectorialidad).

Los hechos anteriores le obligará a conocer aplicar y adaptar la LEGISLACIÓN básica sobre la organización del sistema de salud en el cual se integra y cuyos flujos de pacientes controla.

Sobre el médico del primer nivel de atención viene a recaer gran parte de la burocracia de los sistemas de salud. Es tarea suya conocer sus obligaciones para con la administración y las consecuencias económicas de su quehacer clínico (recetas a pensionistas, control de la incapacidad laboral)

V. DOCENCIA

La docencia en Medicina de familia ha adoptado, en los países que fueron pioneros, el *método de resolución de problemas*, es decir la teoría llega al alumno cuando él se ha enfrentado al problema y lo ha intentado resolver con los medios que la institución puso previamente en sus manos (referencias bibliográficas, hemeroteca, Internet, pacientes, acceso a historias clínicas, etc.). Existen amplias experiencias en las Universidades de McMaster (Ontario, Canadá), Nimejen (Holanda). El hecho de que el número de médicos de familia constituya aproximadamente la mitad de los médicos de un país permite un hecho excepcional en la docencia, y es la tutorización uno a uno, un tutor por cada residente. Este

hecho representa un valor añadido no suficientemente tendido en cuenta.

VI. INVESTIGACIÓN

Desentrañar la enmarillada trama que configura el mundo de relaciones personales (desde el punto de vista físico y psicológico) con su medio familiar, social y el sistema de salud requiere una readaptación de las herramientas de la Salud Pública y de la Epidemiología clásicas, propias de la Medicina Comunitaria.

Todas las consideraciones anteriores sirven de argumentación suficiente para proponer un programa específico de doctorado dirigido a MF y médicos en formación en Medicina de Familia (Anexo I).

BIBLIOGRAFÍA

1. Bonal Pitz P. Medicina de Familia y Universidad. Segunda edición. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2000.
2. OMS-WONCA. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población: la contribución del médico de familia. Barcelona: semFYC, 1996.
3. Fundamentos filosóficos y científicos de la medicina de familia. En: McWhinney IR. Medicina de Familia. Barcelona: Doyma, 1995: 44-73.
4. Martín Zurro A. Atención Primaria de Salud y Medicina de Familia. En: Gómez Gascón T, Ceitlin J. Medicina de Familia: Clave de un nuevo modelo. Madrid: semFYC/CIMF; 1997. p. 88-98.
5. Framework for professional and administrative development of general practice/family medicine in Europe. World Health Organization, Regional Office for Europe, 1998. URL location: <http://www.who.dk>.
6. What Types of Physicians Should Provide Primary Care? En: Starfield B. Primary Care. Concept, Evaluation and Policy. Oxford: Oxford University Press, 1992: 135-149.
7. Rosser WW. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference? J Fam Pract 1996; 42: 139-144.
8. Starfield B. ¿Es la atención primaria esencial? The Lancet (esp) 1995; 26: 178-187.
9. Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin (Barc) 1996; 106: 97-102.
10. Engström S, Foldevi M, Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. Scand J Prim Health Care 2001;19:131-134.

Anexo I

**NECESIDAD / OPORTUNIDAD DE OFRECER UN CURSO DE DOCTORADO DIRIGIDO A LOS MÉDICOS
QUE SE FORMAN PARA TRABAJAR, O TRABAJAN, EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

1. El gran número de Residentes de Medicina de Familia.
 2. El gran número de médicos trabajando en el medio extrahospitalario, que verían en un curso de estas características una oportunidad para iniciar su tesis doctoral.
 3. La práctica ausencia de cursos de doctorado que cubran las especificidades de su ejercicio profesional.
 4. Existe una demanda de este curso dirigido a médicos de familia.
 5. El que los numerosos médicos de familia encuentren «su curso» puede venir a descongestionar el resto de los cursos de orientación más específica.
 6. La existencia de un nutrido grupo de doctores médicos de familia con amplia experiencia impartiendo los cursos que se ofrecen.
 7. La previsible facilidad que se encontraría entre los diferentes Departamentos de la Facultad de Medicina a colaborar en este nuevo proyecto.
 8. Como consecuencia de lo anterior la asistencia y los niveles de calidad están asegurados.
 9. Es de prever que la satisfacción de esta demanda supondrá un mayor prestigio para la Facultad de Medicina.
 10. La Facultad de Medicina se pondría en la línea de lo que se viene haciendo a nivel internacional.
-