

La formación y el trabajo del médico de familia con otros especialistas

L. García Olmos

Coordinador. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Área 2. Madrid.

El médico de familia es el médico responsable de la atención sanitaria de un sector de la población, bien directamente o a través de otros profesionales y, a diferencia de otros especialistas, no selecciona a sus pacientes dependiendo de la edad, sexo o diagnóstico. Es un médico generalista que atiende al individuo en el contexto familiar y a la familia en el contexto de la comunidad¹.

Como especialidad, la Medicina de Familia con una corta historia surge a la sombra de la Medicina Interna. En Estados Unidos, país pionero, la especialidad se crea a finales de los años sesenta y, en aquella época, el *American Board of Family Practice* y la *American Academy of Family Physicians* consideran que: "la Medicina de Familia es una especialidad que trabaja con un conjunto de conocimientos procedentes de otras disciplinas –sobre todo Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía y Psiquiatría– y que establece una unidad cohesionada en la que se combinan las ciencias conductuales con las ciencias clínicas y biológicas tradicionales"².

El reto para los médicos de familia en estos 25 años ha sido transformar la especialidad en un área específica de conocimiento, desprenderse de la imagen de mosaico de otras especialidades y convertirse en una especialidad que integra conocimientos biológicos, clínicos y conductuales para proporcionar atención sanitaria al individuo y a su familia.

CONTENIDO Y FORMA DE TRABAJO DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA Y OTROS ESPECIALISTAS

Existen características nítidas que diferencian el trabajo del médico de familia del realizado por otros especialistas, tanto en su contenido como en la forma de tomar decisiones.

Correspondencia:
L. García Olmos.
Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.
Área 2.
C/ O'Donnell, 55.
28009 Madrid.

El médico de familia se enfrenta a una diversidad de problemas de salud más amplia, las consultas que atiende suelen estar motivadas por síntomas y por cuestiones relacionadas con actividades preventivas. Recibe pacientes que consultan por iniciativa propia mientras que los que acuden a la consulta de otros especialistas suelen ir derivados por otro médico y, por último, el médico de familia desarrolla una parte de su actividad en el domicilio del paciente, una característica que, aunque no sea exclusiva, establece claras diferencias entre unos y otros³.

Los médicos de familia también nos diferenciamos de otros especialistas en el proceso de toma de decisiones. El conocimiento, aunque intuitivo, de la prevalencia de los problemas de salud es un elemento clave en la toma de decisiones del médico de familia⁴. Un paciente que se presenta con cefalea en la consulta de un médico de familia es más probable que esté motivado por una cefalea tensional que por un tumor cerebral. Ese conocimiento condiciona un abordaje diagnóstico que no suele contemplar la realización de pruebas diagnósticas sofisticadas. Además, como sabe que muchos procesos son autolimitados, la observación se convierte en una herramienta diagnóstica poderosa para él.

Otro elemento clave en la toma de decisiones es el conocimiento previo del paciente⁵. Cuando el médico conoce al paciente es menos propenso a pensar en situaciones graves, predice mejor el resultado de las pruebas diagnósticas y adopta actitudes terapéuticas más conservadoras.

Los médicos de familia se manejan con hipótesis diagnósticas más generales mientras que los otros especialistas plantean hipótesis más específicas. Incluso ante los mismos casos clínicos, los especialistas plantean hipótesis sobre enfermedades raras, graves y de carácter orgánico mientras que los médicos de familia dan más relevancia a los problemas psicosomáticos.

A pesar de estas diferencias el sistema funciona. Cuando el médico de familia ejerce correctamente su papel de filtro, los pacientes que llegan al especialista presentan enfermedades más graves y más raras. Los roles del médico

de familia y de los especialistas son complementarios de forma que un médico no puede ser generalista y especialista al mismo tiempo.

FORMACIÓN DE PREGRADO EN MEDICINA DE FAMILIA

El estudio de White et al sobre utilización de servicios de salud⁶ se ha convertido en un clásico que sirve de referencia para la ordenación de servicios sanitarios. En él se puso de manifiesto que en un mes, de cada 1.000 personas, 750 se sintieron enfermas, 250 consultaron con un médico general y sólo una ingresó en un hospital universitario.

La formación de los estudiantes de Medicina se realiza de forma casi exclusiva en hospitales universitarios y al final sólo han tenido contacto con una minoría de los pacientes que deciden utilizar los servicios de salud. Los recién licenciados terminan con la impresión de que la hipertensión secundaria es frecuente o que la probabilidad de que un paciente con cefalea tenga un tumor cerebral es alta. Además desconocen aspectos básicos de la dinámica familiar y de la influencia de los factores sociales en la enfermedad.

La formación está centrada en casos muy seleccionados, con énfasis en los problemas orgánicos cuyo manejo se basa en pruebas diagnósticas exhaustivas y tratamientos intensos propios de enfermedades en fases avanzadas. El resultado final es que los médicos al terminar su formación de pregrado no se sienten preparados para enfrentarse con los problemas de salud que se presentan fuera del hospital y, sin embargo, los estudios de Barbara Starfield demuestran que una Atención Primaria fuerte mejora el nivel de salud de la población, aumenta la satisfacción, optimiza la utilización de recursos dentro del sistema sanitario y produce más equidad.

Aprender a ser médico de familia requiere un cambio de perspectiva que sólo se consigue en el entorno de la Atención Primaria, donde esta perspectiva es la dominante. Para tratar de dar respuesta a esta situación, en los años sesenta aparecieron los primeros departamentos universitarios de Medicina de Familia para responsabilizarse de la formación en este área de conocimiento, tanto en el pregrado como en el postgrado.

En España la incorporación de la Medicina de Familia a la estructura académica ha seguido un proceso lento y desigual. Poco más de la mitad de las facultades contemplan en sus programas de formación actividades relacionadas con este área de conocimiento, un centenar de centros de salud recibe estudiantes cada año y la presencia de profesores titulares es simbólica⁷.

Existe una separación entre el sistema sanitario y el sistema educativo, la Medicina de Familia tiene un papel importante en el sistema sanitario y sin embargo es considerada como ajena por el sistema educativo⁸.

El futuro a corto plazo es oscuro. La nueva normativa europea exige ajustes tendentes a reducir el número de horas lectivas obligatorias para aumentar las optativas y de libre configuración. Será necesario buscar soluciones imagi-

nativas que permitan cumplir con la normativa europea y con las recomendaciones de organismos e instituciones internacionales que también señalan la necesidad de que los estudiantes tomen contacto con la Medicina de Familia en la universidad. Además, este contacto precoz será fundamental para reorientar el sistema sanitario hacia la Atención Primaria, pues el conocimiento y la información sobre una especialidad condicionan su elección como área de especialización en el postgrado⁹.

FORMACIÓN DE POSTGRADO EN MEDICINA DE FAMILIA

La formación de los médicos de familia en los primeros años, cuando se consideraba que la especialidad era la suma de conocimientos que provenían de otras especialidades, no tenía en cuenta que el conocimiento se generaba en entornos distintos de los que se necesitaba y aplicaba. El residente tenía que asumir la responsabilidad de integrar el vasto cuerpo de conocimientos para aplicarlos en un contexto donde los pacientes se presentan con múltiples patologías, en estadios poco diferenciados y con necesidades relacionadas con la prevención¹⁰.

Algunas propuestas de formación contemplan esta peculiaridad y así, un grupo de expertos holandeses encargado de revisar el programa de la especialidad en su país propuso que, para una duración de tres años, el residente para conocer el entorno pasara el primer año en las consultas del centro de salud, el segundo rotando por servicios hospitalarios y el tercero, de nuevo, en los centros de salud para aplicar lo que había aprendido¹¹.

En España, esta filosofía también ha inspirado las sucesivas revisiones del programa de la especialidad. Esta imprevista se hace todavía más nítida en la última revisión, donde se contempla la ampliación de la residencia a 4 años, con una estancia más prolongada en Atención Primaria. Sin embargo, la realidad es que todavía los residentes pasan menos tiempo del que deberían en los centros de salud.

Al principio se prestaba poca atención a la formación específica. Se intentaba formar médicos de familia por simple yuxtaposición de los programas de formación de especialistas en Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Medicina Preventiva, etc. Este planteamiento, en el que se asume que el todo es igual a la suma de las partes, tuvo consecuencias nefastas. Los residentes no se identificaban con la especialidad elegida, en las primeras promociones un 30% cambiaba de especialidad antes de terminar la residencia y de ellos un 25% se pasaban a Medicina Interna y Pediatría, especialidades en las que habían rotado¹². La suerte de los que terminaban la residencia no era mucho mejor, muchos, inmersos en la confusión del papel que la medicina comunitaria desempeñaba en la labor del médico de familia, terminaron dedicándose a labores gestoras y nunca han ejercido como clínicos, como habría ocurrido si su formación hubiese estado mejor definida.

Aunque con diferencias importantes entre países, el período extrahospitalario suele comprender más de la mitad

del tiempo de formación y, en algunos como Austria, Dinamarca o Portugal, toda la formación del médico de familia es extrahospitalaria¹³.

La práctica de la Medicina de Familia está condicionada por el entorno en que se desarrolla y por las preferencias de los profesionales. Los médicos especialistas y los residentes de la especialidad tienen preferencia por la atención de algunas patologías o por la prestación de determinados servicios. Asumir esta realidad ha llevado a revisar los programas de formación y así, en estos momentos, asistimos a una evolución hacia modelos más flexibles que contemplan la posibilidad de que el residente pueda conformar su propio currículo, asegurando unos requisitos mínimos obligatorios¹⁴.

El médico de familia realiza muchos procedimientos: cirugía menor, eco-doppler, inmovilizaciones articulares, ecografías, etc. Por elegir un caso concreto, la cirugía menor en Atención Primaria incluye técnicas propias de la Cirugía General (drenaje de abscesos), la Traumatología (sutura de heridas, infiltraciones), la Dermatología (crioterapia, extirpación de lesiones cutáneas) y todas ellas conforman el área específica de la Cirugía Menor en Atención Primaria.

Un estudio publicado en 1990 que comparaba los servicios de Atención Primaria en distintos países europeos¹⁵ puso de manifiesto que la Cirugía Menor en España, a diferencia de otros países, no se ofertaba en las consultas de Atención Primaria. Ésta era la realidad en 1990 pero, ¿sería razonable incluir este servicio en la cartera del médico de familia? La respuesta viene determinada por la prevalencia de los problemas de salud subsidiarios de recibir este tipo de servicios. El médico debe ser competente para resolver los problemas que se presentan en la población que tiene a su cargo con una frecuencia tal que le permita mantener la competencia para realizar los procedimientos que se ponen en juego¹⁶.

Aplicando criterios epidemiológicos, basados en la prevalencia de los problemas de salud, la inclusión de la Cirugía Menor en al cartera de servicios del médico de familia ofrece pocas dudas. Así lo entendieron los responsables sanitarios y durante años fue una línea estratégica prioritaria de los servicios de Atención Primaria. Sin embargo, la formación de los profesionales, mientras no se dispuso de una masa crítica suficiente de consultas en las que se daba el servicio, tuvo que hacerse con dermatólogos, cirujanos y traumatólogos.

Si los autores del estudio europeo lo repitiesen hoy, seguramente la imagen de nuestro país sería muy diferente de la que entonces dimos y más parecida a la de los vecinos que entonces se estudiaban; además, ahora la formación recae fundamentalmente sobre los propios médicos de familia.

El caso de la Medicina Comunitaria también sirve como ejemplo de ajuste pragmático de los primeros programas de la especialidad a la realidad. Durante años no estuvo claro si el médico de familia era clínico, epidemiólogo o gestor. La respuesta dependía de la Unidad Docente en la que recalaba el residente.

La realidad de las consultas de Atención Primaria, centradas exclusivamente en tareas asistenciales, con tutores que tenían conocimientos vagos de salud pública, no permitía adquirir los conocimientos y habilidades contemplados en el programa de la especialidad; en consecuencia, el técnico de salud se convirtió en una figura esencial de las Unidades Docentes. Hoy la epidemiología y la estadística se entienden como herramientas que permiten hacer análisis críticos de la literatura y practicar una Medicina basada en la evidencia y, al mismo tiempo, los técnicos de salud, en muchos casos, han quedado como figuras decorativas de las Unidades Docentes. Tratar de que los médicos de familia adquieran habilidades que no van a utilizar sólo conduce a una pérdida de tiempo y, en el mejor de los casos, a aumentar la cultura general de los profesionales.

Otras áreas emergentes, como el control de la anticoagulación oral, están experimentando un proceso similar al comentado para la Cirugía Menor. En otros casos, lamentablemente, como ocurre con la atención a la mujer, a los adolescentes y a la familia, la situación está lejos de lo que sería deseable y en consecuencia la formación de los residentes sigue siendo deficitaria. Como se hizo con la Cirugía Menor, definidas las características de estos servicios en Atención Primaria, tutores y residentes deberían rotar por consultas donde se dan los servicios, incluirlos en su cartera de servicios y convertirse en formadores de otros colegas.

En España un 35% de la población vive en el medio rural (poblaciones de menos de 10.000 habitantes) y, sin embargo, hace unos años poco más de un 10% de los tutores del programa docente de Medicina Familiar y Comunitaria desarrollaban su actividad en el medio rural y sólo 5 Unidades Docentes concentraban el 60% de esta oferta docente¹⁷.

El medio rural tiene características organizativas y culturales particulares: los profesionales trabajan aislados, la accesibilidad a las pruebas diagnósticas y a los especialistas es menor y la frecuentación es más elevada. Con estos datos se puede asumir que la formación de médicos de familia no está respondiendo a las necesidades de la población pues para ello tendría que darse más protagonismo al medio rural.

EL TRABAJO DEL MÉDICO DE FAMILIA CON OTROS ESPECIALISTAS: DERIVACIÓN Y COORDINACIÓN

El médico de familia es la puerta de entrada al sistema sanitario. Hace de filtro y trabaja seleccionando a los pacientes que han de ponerse en contacto con los especialistas¹⁸. Para el médico la decisión de derivar al paciente supone un desafío. Debería ofrecer una gran capacidad resolutoria, evitando retener en exceso a los pacientes que ha de derivar y hacerlo de forma innecesaria¹⁹. Si en su papel de filtro decide no derivar a pacientes que lo necesitan, éstos se verán perjudicados pues el médico de familia carece de habilidades o medios para resolver todos los problemas. Por el contrario, cuando decide derivar a pacien-

tes que debería atender, renuncia a ejercer su papel de filtro y hace que lleguen al especialista casos que tendrían que resolverse en Atención Primaria. En consecuencia, hace trabajar al especialista con problemas infrecuentes en la población que atiende y el rendimiento de la pruebas diagnósticas que utiliza (valores predictivos) disminuye sustancialmente^{4,19}.

En cualquier momento del proceso asistencial, durante o después del diagnóstico, antes o durante el tratamiento, el médico de familia puede derivar al paciente. Sin pretender hacer una lista exhaustiva de las causas para la derivación podemos citar: la dificultad para establecer el diagnóstico, las dificultades para manejar el problema, la petición de consejos para el manejo del paciente, la solicitud de confirmación por parte del especialista de que la conducta seguida es correcta, la responsabilidad compartida con otros profesionales o la presión del paciente sobre el profesional para que sea derivado. En muchos casos la derivación se produce por la falta de capacidad resolutoria del médico, sin embargo, realmente estaría justificada ante problemas poco frecuentes o cuando los recursos necesarios para atender el problema sólo estén disponibles en Atención Especializada.

Terminada la atención por parte del especialista, éste tiene que devolver al médico de familia información del paciente para que pueda coordinar el proceso asistencial.

En un estudio europeo de 1989²⁰, el médico de familia en España perdió el contacto con un 20% de los pacientes derivados y en otro 23% no recibió información del especialista, resultando mayor la falta de comunicación en las especialidades quirúrgicas. La mala coordinación entre médicos de familia y especialistas es un problema general, pero la imagen del caso español era lamentable y con diferencia la peor de todas.

La capacidad para manejar un problema se consigue con la práctica. La prevalencia de los problemas cambia de unas zonas a otras y por consiguiente resulta difícil sistematizar los criterios de derivación. Médicos de familia y especialistas trabajando conjuntamente deben consensuar estos criterios para cada caso concreto²¹.

La visión global del paciente aumenta la eficiencia de la atención sanitaria¹⁹ y la gestión por procesos permite delimitar las competencias de cada profesional en el proceso asistencial de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente^{22,23}.

Identificados los problemas de salud se puede proceder a elaborar el mapa de procesos. Un proceso refleja el devenir del paciente a través del sistema sanitario en su deseo de conseguir una respuesta a sus problemas de salud. Está constituido por un conjunto de decisiones, actividades y tareas llevadas a cabo por diferentes profesionales en un orden lógico y secuencial para producir un resultado previsible y satisfactorio²⁴.

La descripción de cada proceso implica definir a su responsable. En principio, el responsable de los problemas crónicos, los problemas prevalentes y aquellos que requieren una tecnología corriente debe ser el médico de familia.

Completar el diseño del proceso requiere definir las actividades e identificar a los proveedores de las mismas. La descripción debe incluir a todas las actividades que generen valor añadido al proceso, aquellas que no generen valor añadido deben ser descartadas. Cuando las actividades pertenezcan al área de los cuidados, los proveedores serán enfermeros y cuando estén dirigidas a resolver cuestiones frecuentes o requieran tecnología avanzada serán competencia de los especialistas.

El proceso integrado de atención al paciente con Alzheimer comienza cuando un paciente se presenta a la consulta de su médico de familia con trastornos del comportamiento. Evaluado por éste, se confirma el problema y se deriva al psiquiatra para su evaluación diagnóstica. Tras el diagnóstico de demencia se deriva al neurólogo para el diagnóstico etiológico. El neurólogo hace el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer. Se trata de un proceso crónico e irreversible que termina con el fallecimiento del paciente. El responsable del proceso es el médico de familia. El paciente vive en su domicilio dependiendo de un cuidador y atendido por el médico y la familia de Atención Primaria con apoyo de los servicios sociales. A lo largo del proceso aparecen episodios de deterioro orgánico o de conducta que pueden requerir la hospitalización del paciente. Mientras la institucionalización no es definitiva, el responsable del proceso sigue siendo el médico de familia. El flujo de información entre los distintos proveedores del proceso es esencial para garantizar la continuidad y la coordinación de la atención.

La Medicina de Familia tiene que asumir la responsabilidad que le corresponde en la formación de pregrado, debe potenciar su participación en la formación de postgrado y en la formación continuada y tiene que negociar con otros profesionales para delimitar las responsabilidades de cada uno en los procesos asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Organizations of Family Doctors. The role of the general practitioner/family physician in health care systems. WONCA 1991.
2. Taylor RB. Medicina de familia: aspectos actuales y perspectivas futuras. En: Taylor RB, editor. Medicina de familia: principios y práctica. 5th ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1999.
3. Starfield B. Descripción de la Atención Primaria. En: Starfield B, editor. Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2000.
4. Knottnerus JA. Medical decision making by general practitioners and specialist. *Fam Pract* 1991;8:305-7.
5. Nazareth I, King M. Decision making by general practitioners in diagnosis and management of lower urinary tract symptoms in women. *BMJ* 1993;306:1103-6.
6. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961;265:885-92.
7. Bonal Pitz P, Gil Guillén V, Martín Zurro A, Pinto Hespagnol A. La Medicina de Familia como área de conocimiento. *Aten Primaria* 1999;23:151-74.
8. Otero A. ¿Por qué no existen departamentos de Medicina de Familia en nuestras universidades? Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1997;4:256-61.
9. Gómez Calcerrada D, Almazán MPT, Núñez Martínez F, Esteve Franco MD, González Soler MA, López Picazo MT. Medicina de Familia en el pregrado y preferencia de formación especializada. *Educación Médica* 1999;2:39-44.

10. Stange KC, Miller WL, Mc Whinney I. Developing the knowledge base of family practice. *Fam Med* 2001;33:286-97.
11. Dubois V, Everwijn S, van Gelop G, Groeneveld Y, Grol R, Pieters H, et al. The construction of a new curriculum of vocational training for general practice in the Netherlands. Utrecht: Royal Dutch Medical Association, 1987.
12. Sopena Monforte R, editor. La medicina familiar y comunitaria. Hacia un nuevo concepto de la asistencia sanitaria. 2.^a ed. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1987.
13. Gallo Vallejo FJ, Gómez Gascón T, Ortiz Camuñez MA. La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Situación nacional e internacional. En: Gallo Vallejo FJ, León López FJ, Martínez Cañamate T, Torio Durantes J, editors. Manual del residente de Medicina Familiar y Comunitaria. 2nd ed. Madrid: Semfyc, 1997.
14. Department of health. The GP registrar scheme vocational training for general practice. The UK guide. London: Department of Health, 2000.
15. Crombie DL, van der Zee J, Backer P, editors. The interface study. London: The Royal College of General Practitioners, 1990.
16. Palomo L, Gervas J, García Olmos L. La frecuencia de enfermedades atendidas y su relación con el mantenimiento de la destreza del médico de familia. *Aten Primaria* 1999;23:363-70.
17. Igual D, Fernández J, Comellas C, Palomo L. Situación actual de la formación postgraduada de Medicina Familiar y Comunitaria en el medio rural. *Aten Primaria* 1997;20:94-7.
18. Gervas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general de familia. *Aten Primaria* 1995;16:501-6.
19. Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)* 1996;106:97-102.
20. Fleming DM, editor. The European study of referrals from primary to secondary. London: The Royal College of General Practitioners, 1992.
21. Starfield B. Médicos de Atención Primaria, especialistas y otros profesionales de salud no médicos. En: Starfield B, editor. Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2000.
22. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla: Consejería de Salud, 2001.
23. Sánchez González E, editor. Guía para la gestión de procesos. Vitoria: Dirección de asistencia sanitaria, 1999.
24. Arcelay Salazar A. Gestión de procesos. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:245-6.