
La polivalencia clínica médica y el contexto social y organizativo*

Juan Gervas y Seminario de Innovación
en Atención Primaria 2006**

Resumen

La polivalencia expresa en la práctica ese sano orgullo profesional del médico que quiere atender todo tipo de problemas en todo tipo de personas en todo tipo de situaciones. Pero, ya que no se puede hacer todo, la lógica lleva a centrar los esfuerzos en aquellas actividades que cumplan al tiempo con las expectativas del paciente, con lo complejo y difícil para lo que el médico está formado, con lo que espere la organización sanitaria y con el probable impacto en la salud de la población. En todo ello hay dos binomios clave: el "médico-paciente" y la "cantidad-calidad". La polivalencia es, finalmente, la resultante de tres vectores: la cultura médica, la cultura de la organización sanitaria y la cultura social.

Palabras clave: atención al paciente, evaluación de resultado (atención de salud), gestión en salud, pautas en la práctica de los médicos, prestación de atención de salud, relaciones médico-paciente, rol del médico, satisfacción del paciente.

Summary

In the daily practice, polyvalence is the expression of a healthy professional pride of the physician who wants to attend to all types of problems in anyone and in all kinds of situations. However, as it is impossible to do everything, logic lead the profession to focus his or her efforts on performing those activities that deal with the patient's expectations, with organizational objectives and with likely outcomes in the health of the population simultaneously. There are two binomial keys among all this: "physician-patient" and "quantity-quality". Polyvalence is, finally, the outcome of three vectors: medical culture, organizational culture and social culture.

Key words: patient care, outcome assessment (health care), health management, physician's practice patterns, delivery of health care, physician-patient relations, physician's role, patient satisfaction.

* Este texto se elaboró a partir del tercer taller presencial de los Seminarios de Innovación en Atención Primaria, que en 2006 se dedicaron a la capacidad de respuesta de la Atención Primaria. Se celebró en Madrid, el 22 de septiembre de 2006, y fue coordinador y ponente Juan Gervas.

** El Seminario de Innovación en Atención Primaria 2006 está formado por: M^a Teresa Alonso Salazar, M^a José Álvarez Pasquín, Carlos Amezcua Goñi, Victoria Ayala Vargas, Julio Bonis Sanz, Rafael Bravo Toledo, Mónica Caba Cuevas, Josep Casajuana Brunet, Luis Miguel García Olmos, Miguel Ángel García Pérez, Begoña Iglesias Pérez, Félix Miguel García, Sergio Minue Lorenzo, Diana Monge Martín, Juan José Muñoz González, Beatriz Ogando Díaz, Luis Palomo Cobos, Raimundo Pastor Sánchez, M^a Antonia Pedraza Dueñas, Juan Antonio Pérez Artigues, Mercedes Pérez Fernández, M^a José Ramos Maestre, Miguel Ángel Ripoll Lozano, M^a Pilar Rodríguez Ledo, Juan Simó Miñana, José Manuel Solla Camino y José Ramón Vázquez Díaz.

Introducción

Idealmente, el médico general⁽¹⁾ es capaz de dar respuesta a todo tipo de problemas con independencia de la edad y el sexo del paciente, y de las circunstancias en que éste se encuentre. También idealmente, las respuestas del médico satisfacen al tiempo a los pacientes, a la sociedad, a los colegas y al propio profesional. Es decir, idealmente al médico de cabecera le place estar capacitado en múltiples áreas, ser útil y ser apreciado (y remunerado) por ello. Estos ideales subyacen en las directrices del Espacio Europeo de Educación Superior, que sugieren lograr una formación médica básica pluripotencial con contenidos generalistas¹.

En la práctica, la capacidad de respuesta depende críticamente de la polivalencia del médico de familia. Es decir, de su capacitación profesional en los diversos campos clínicos. Así, por ejemplo, el médico general español suele estar pobremente capacitado para dar respuesta a los pro-

blemas ginecológicos. Para aumentar su polivalencia habría que mejorar sus conocimientos, habilidades y actitudes en ese campo. Pero, además, se precisa un cambio social que legitime tal polivalencia. El médico general puede creer que atender el embarazo, parto y puerperio normal es parte de su tarea, o que implantar un dispositivo intrauterino (DIU) debería ser habitual en su trabajo diario (y puede estar capacitado para llevarlo a cabo), pero precisa de la aceptación de la sociedad y de sus pacientes para introducir dichas actividades.

Lo que hace y manda hacer un médico de familia en un contexto social determinado depende, pues, de múltiples factores. Examinaremos a continuación algunos de los que se relacionan con el paciente y con la organización sanitaria.

El binomio médico-paciente

Los problemas de salud del paciente en la consulta incluyen muchos no descritos en los textos médicos, y exigen gran versatilidad de conocimientos teóricos y prácticos, y enorme polivalencia de funciones y de competencias por parte del profesional. El amplio espectro clínico que

⁽¹⁾ En este texto son equiparables los términos médico general, médico de familia, médico de cabecera. Todos ellos son especialistas en Medicina General/de Familia/ y Comunitaria, según los términos empleados en la Unión Europea.

se le presenta al médico general abarca la vida humana en toda su complejidad. Además, durante el encuentro clínico la interacción entre profesional y paciente hace de cada acto médico algo irrepetible; amplio espectro e interacción que justifican el triple abordaje de Engel, biológico, psicológico y social^{2,3}. El médico de familia necesita, pues, esa triple polivalencia general básica que ayuda a transformar el acto clínico puramente biológico en otro en el que predomine una relación de ayuda profesional, y un acompañamiento de experto. Pero incluso en esa esfera psico-social tan propia de la Medicina General/de Familia es de esperar resistencias de los pacientes, poco acostumbrados a valorar los componentes no biológicos del enfermar.

Las preferencias del paciente son cruciales en la polivalencia del médico. Dichas preferencias se modelan según culturas y tiempos, de forma que, por ejemplo, el paciente con sida puede llegar a pedir la coordinación global por el médico de cabecera cuando comprende que es imposible pasar la vida entre especialistas, de consulta en consulta, de departamento en departamento, de unidad en unidad, sin ningún médico que se

haga cargo de lo que no tiene que ver con el propio sida y con su especialidad. En ese momento, el médico general debería tener la polivalencia necesaria para atender al paciente. Ello se justifica porque, en general, la atención es más eficiente y de mejor calidad cuando el médico de familia coordina la asistencia de distintos especialistas, en lugar de que estos la presten sin coordinación específica⁴.

Entre demanda y oferta puede lograrse un equilibrio que favorezca al paciente. Por ejemplo, en el caso del sida la demanda puede generar oferta y retroalimentar la capacitación del médico general en ese campo. Además, cabe la colaboración con los especialistas hospitalarios para la formación del médico de familia y para facilitar el “trasvase” de los enfermos con sida. Es decir, cabe un equilibrio entre el ser reactivos y activos, entre oferta y demanda, entre acción médica y reacción social. Se trata de un equilibrio dinámico que debería modificarse con los cambios culturales, sociales, profesionales y tecnológicos y con cada paciente.

Las expectativas del paciente, sus valores y creencias, sus preferencias, deberían ser tenidas en cuenta explícitamente, y ello exige polivalencia no

sólo en lo biológico o instrumental, sino en el abordaje integral de los problemas de salud⁵⁻⁷. Por ejemplo, en la valoración de los resultados en salud a través de la perspectiva del paciente, con estudios de calidad de vida, de actividad e integración social, de intensidad de los síntomas, de satisfacción y de otras variables que van mucho más allá de los simples resultados clínicos⁵.

Un grave déficit de los ensayos clínicos es la poca atención que se dedica a las conductas de médicos y pacientes, y a la interacción entre ambos, que puede explicar parte de los problemas de validez externa y llevar a lo que se llama errores tipo III (el uso de las intervenciones en forma no previstas inicialmente)^{5,8,9}.

Las preferencias del paciente por diferentes resultados de salud influyen en mucho sobre el uso de las intervenciones médicas (especialmente en Atención Primaria). Tan distintas son las preocupaciones y expectativas personales de cada paciente, que se hace difícil la aplicación de los resultados de los ensayos clínicos en los que no se evalúa ni documenta la heterogeneidad de los pacientes y de sus intereses. Los ensayos clínicos tradicionales se diseñan como si todos

los pacientes tuvieran las mismas expectativas y objetivos en salud (de hecho, los ensayos clínicos típicos no suelen permitir la valoración de la heterogeneidad de los pacientes)¹⁰. Además, las preferencias del paciente se relacionan con las de los médicos, de las que también sabemos poco, excepto que son influyentes y heterogéneas y que modifican los resultados en los ensayos clínicos y en el trabajo diario^{5,7,10-12}.

Como resultado final, no es fácil entender lo que el médico hace y manda hacer en el curso del encuentro con el paciente si no se considera el binomio médico-paciente en su complejidad (y determinadas características de la organización sanitaria en la que se produce el encuentro). La polivalencia del médico es la resultante de tres vectores al menos: la cultura médica, la cultura de la organización sanitaria y la cultura social. El médico hace lo que sabe hacer modulado por lo que se espera que haga, por parte del paciente y por parte de la organización sanitaria^{13,14}. No basta con preguntarse y responder, "dada la situación actual de mi paciente, ¿existe una intervención que modifique su estado? En caso positivo, ¿en qué dirección, con qué

intensidad y cuáles son los beneficios y perjuicios esperables?”¹⁵. Hay que añadir y matizar: “dada la situación actual de mi paciente, sus preferencias y las de la organización en que trabajo...”.

El binomio cantidad-calidad

La organización sanitaria se debate ante la disyuntiva de conseguir calidad o cantidad, y en muchos casos pretende trasladar técnicas industriales a los procesos de atención clínica para optimizar el resultado. Suelen ser técnicas de producción en cadena, que despersonalizan la atención, por mucho que aumenten la “producción” (el número de intervenciones médicas). Es posible hacer más por hora y trabajar más horas, pero al aumentar la cantidad puede disminuir la calidad, excepto en procesos simples, que valdría la pena que hicieran otros profesionales⁴. El médico es un profesional altamente cualificado capaz de tomar decisiones rápidas en situaciones de gran incertidumbre y ante problemas complejos. Por ello vale la pena que haga menos, más difícil, con más calidad y que delegue tareas simples o complejas pero repetitivas¹⁶.

Naturalmente, lo ideal es ofrecer “el máximo de calidad con el mínimo de cantidad, tan cerca del paciente como sea posible”^{17,18}. Buen ejemplo es el control de la INR por los propios pacientes anticoagulados o por su médico de cabecera, que mejora el resultado en salud (menos muertes y hemorragias graves) comparado con el control por los hematólogos¹⁹. Este caso pone de relieve el impacto de la organización sanitaria y de la distribución del poder médico en la polivalencia del médico de familia. No se puede ofrecer el control de la INR sin material adecuado y sin que los hematólogos renuncien a esa parcela de poder. Otro tanto sucede, por ejemplo, con las distintas técnicas anticonceptivas, que se ofertan por los médicos generales según las posibilidades que da la organización sanitaria. Así, la inserción del DIU llega a ser una técnica de enfermería de atención primaria en Suecia, o de los médicos generales en Portugal, pues nada en ella requiere la intervención del ginecólogo, salvo excepciones.

Pero no todo es atribuible a la organización. En el encuentro profesional hay múltiples áreas de posible intervención, y el médico general no tiende

a cubrirlas, ni aun teniendo tiempo. Así, se suele centrar en la demanda inmediata (la razón de consulta), con énfasis menor en el seguimiento de los problemas previos pendientes, o en los problemas crónicos estabilizados, y con escasa atención a la realización de actividades preventivas según oportunidad, seguimiento de problemas familiares y de la comunidad, sugerencias acerca del mejor uso de los servicios sanitarios y prevención cuaternaria (intervenciones que atenúan o evitan los daños que provoca la actividad sanitaria).

Con más tiempo es posible considerar más aspectos durante el encuentro clínico, pero en muchos casos la cultura médica y sociológica espera más de las nuevas tecnologías que de la simple aplicación en la práctica de aquello que ya conocemos^{20,21}. Para mejorar la calidad se necesita, sobre todo, aplicar en la práctica diaria lo que ya sabemos. Hay una enorme brecha, un abismo, entre lo que hacemos los médicos y lo que puede hacerse con la tecnología y los conocimientos que ya poseemos. No se trata de hacer más, sino más bien de hacer mejor lo que ya sabemos que se debe hacer. El cambio a mejor no es tanto adoptar

la innovación, sino aplicar todo lo que se sabe y no se hace y abandonar lo obsoleto^{17,20,21}.

Parecería que los médicos no precisan de incentivos para ofrecer mejor calidad, dada las altas exigencias éticas y deontológicas de su profesión y la motivación intrínseca consecuente, pero los incentivos extrínsecos ayudan a mejorar y conservar la calidad¹². Lamentablemente, aunque se ha demostrado reiteradamente la eficacia de los diversos incentivos monetarios y no monetarios, las revisiones al respecto concluyen con el típico “se precisa más investigación”, pues nunca se ha llegado a conclusiones que faciliten su mejor uso y su aplicación general^{12,22-26}. Incluso el énfasis actual en el “pago por calidad” (*pay for performance* [P4P]) sólo ha logrado aumentar el interés teórico y práctico por la cuestión, pero sin llegar a probar irrefutablemente los beneficios de tales intervenciones^{12,27-31}. En España también hay experiencia al respecto, aunque los datos son insuficientes para pronunciarse sobre sus beneficios netos³²⁻³⁴. Hay que destacar el difícil control de los efectos adversos cuando se introducen incentivos monetarios en pago por calidad, bien demostrados en algunos casos^{12,35,36}.

Una vez controlados los efectos adversos del pago por calidad, la cuestión de fondo es si se premia la calidad *per se*, o la calidad que conlleva mejoras de la salud del paciente y de la población^{21,37}. En un ejemplo concreto (sin tener en cuenta las limitaciones conceptuales y operativas de los análisis de coste-efectividad), si se sabe que la introducción de inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) en la insuficiencia cardiaca puede llegar a salvar 308 vidas por 100.000 habitantes/año, contra 71 vidas el cribaje y tratamiento de la hipertensión y contra 14 vidas la introducción de estatinas tras el infarto de miocardio, ¿qué se fomentará más en la práctica con incentivos monetarios? En el Reino Unido, al menos, aquello que conlleva más esfuerzo, más cantidad de trabajo: el seguimiento de la hipertensión (unos 25.550 euros por año en un centro de salud típico, contra 4.000 euros respecto al infarto de miocardio y contra 3.500 euros respecto a la insuficiencia cardiaca)³⁷. Parece, pues, que el debate sigue abierto en lo que se refiere a calidad y cantidad, con la

consecuente influencia en el perfil de trabajo del médico y en su polivalencia.

Conclusión

La polivalencia expresa en la práctica ese sano orgullo profesional del médico general que quiere atender todo tipo de problemas en todo tipo de personas en todo tipo de situaciones. Pero, ya que no se puede hacer todo, la lógica lleva a centrar los esfuerzos en aquellas actividades que cumplan al tiempo con las expectativas del paciente, con lo complejo y difícil para lo que el médico está formado, y con el probable impacto en la salud de la población.

Todo un reto al que necesitamos responder con liderazgo clínico, debate profesional e implicación social.

Conflicto de intereses

Los Seminarios de Innovación en Atención Primaria están organizados por la Fundación Ciencias de la Salud y la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial, y cuentan con el patrocinio de GSK.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bonal-Pitz P. Academia de Medicina de Familia de España (AMFE). *Aten Primaria*. 2006;37:125-6.
2. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.
3. Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? En: White K, editor. *The task of medicine*. Dialogue at Wickenburg. Menlo Park: The HJ Kaiser Foundation; 1988. p. 113-36.
4. Poplin C. Productivity in primary care. Work smarter, not harder. *Arch Intern Med*. 2000;160:1231-3.
5. Glasgow RE, Magid DJ, Beck A, Ritzwoller D, Estabrooks PA. Practical clinical trials for translating research to practice. Design and measurement recommendations. *Med Care*. 2005;43:551-7.
6. Homes HM, Hayley DC, Caleb G, Sachs GA. Reconsidering medication appropriateness for patients late in life. *Arch Intern Med*. 2006;166:603-8.
7. McWhinney IR. El médico de familia: clínico y sanador. *Dimens Hum*. 2002;6:67-71.
8. Basch CE, Sliepecevic EM, Gold RS. Avoiding type III errors in health education program evaluations. *Health Edu Q*. 1985;12:315-31.
9. Miguel F. Limitaciones y subterfugios de la crítica a la medicina basada en la evidencia. *Med Clín (Barc)*. 2005;124:237-8.
10. Kravitz RL, Duan N, Braslow J. Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. *Milbank Q*. 2004;82:661-87.
11. Lee KJ, Thompson SG. Clustering by health professional in individually randomised trial. *BMJ*. 2005;330:142-4.
12. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med*. 2006;145:265-72.
13. Simó J. Empowerment profesional en la atención primaria médica española. *Aten Primaria*. 2005;35:37-42.
14. Simó J, de Pablo R. Los valores éticos libertad, igualdad y fraternidad en nuestra empresa sanitaria pública. La reforma sanitaria (¿revolución?) pendiente. *Salud2000*. 2005;101:12-5.
15. Fletcher RH. Evaluation of interventions. *J Clin Epidemiol*. 2002;55:1183-90.

16. Casajuana J. En búsqueda de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC*. 2005;12:579-81.
17. Naftalin NJ, Habiba MA. Keeping patients out of hospital. Patients like it. *BMJ*. 2000;320:262-3.
18. Gérvás J. Moderación en la actividad médica preventiva. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit*. 2006;20 Supl 1:127-34.
19. Heneghan C, Alonso-Coello P, García-Alamino J, Perera R, Metas E, Glasziou P. Self-monitoring of oral anticoagulation: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2006;367:404-11.
20. Tugwell P, Bennet KJ, Sackett DL, Haynes RB. The measurement iterative loop: a framework for the critical appraisal of need, benefits and costs of health intervention. *J Chronic Dis*. 1985;38:339-51.
21. Ortún V. Mejor (servicio) siempre es más (salud). *Rev Esp Salud Pública*. 2006;80:1-4.
22. Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians' practices. *N Engl J Med*. 1993;329:1271-4.
23. Melguizo M, Grupo de Trabajo de la SEMFYC. Incentivos en atención primaria. *Aten Primaria*. 1994;14:701-3.
24. Scout A, May J. Evaluating the effects of GP remuneration: problems and prospects. *Health Policy*. 1995;31:183-95.
25. Palomo L. Pagar a los médicos. *Salud*. 2000;78:6-10.
26. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *J Health Serv Res Policy*. 2001;6:44-55.
27. Arrowsmith J, French S, Gilman M, Richardson R. Performance-related pay in health care. *J Health Serv Res Policy*. 2001;6:114-9.
28. Lanier D, Roland M, Burstin H, Knottnerus JA. Doctor performance and accountability. *Lancet*. 2003;362:1404-7.
29. Smith PC. Incentives for quality: the challenges for research and policy. *J Health Serv Res Policy*. 2004;9:65-6.
30. Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care. A major experiment in the United Kingdom. *N Engl J Med*. 2004;351:1448-54.
31. Milgate K, Cheng SB. Pay for performance: the MedPAC perspective. *Health Affairs*. 2006;25:413-9.
32. Martín Martín JJ. Motivación, incentivos y retribuciones de los médicos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud. *Rev Adm Sanit*. 2005;3:111-30.

33. Gené J, Gallo P. Retribución variable vinculada a la calidad asistencial. *Aten Primaria*. 2004;34:198-201.
34. Díaz Ojeda E, Navarro P, Prados S. Sistema Nacional de Salud: la retribución variable. *Rev Adm Sanit*. 2005; 3:205-35.
35. Pines JM, Hollander JE, Datner EM, Metlay JP. Pay for performance for antibiotic timing in pneumonia: caveat emptor. *J Comm J Qual Patient Safety*. 2006;32:531-5.
36. Christianson JB, Knutson DJ, Mazze RS. Physician pay-for-performance. Implementation and research issues. *J Gen Intern Med*. 2006;21 Suppl2: S9-13.
37. Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gain? *J Health Serv Res*. 2006;11:27-31.

