



ARTÍCULO ESPECIAL

Una vuelta a los valores centrales en medicina de familia



Santiago Álvarez Montero

Centro de Salud de Torreldones, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Torreldones, Madrid, España

Recibido el 6 de junio de 2016; aceptado el 7 de junio de 2016

Disponible en Internet el 7 de septiembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Medicina de familia;
Valores sociales;
Bioética

KEYWORDS

Primary health care;
Family medicine;
Social values;
Bioethics

Resumen La medicina de familia tiene que reinventarse continuamente en torno a un núcleo central de valores que constituye su sistema de navegación. Pero también precisa de datos sobre su impacto en la salud de las personas, que darán cuenta de hasta qué punto los valores están siendo realmente puestos en práctica. Por eso se puede afirmar que se trata de una especialidad basada tanto en valores como en pruebas. La ausencia de una clarificación del sistema de valores o de su puesta en práctica pone en riesgo su propia existencia. Algunos de los valores que se revisan han mostrado un gran reconocimiento y pervivencia en el tiempo. Otros se presentan porque parecen suficientemente significativos. Son: las personas, la integralidad, la relación de confianza, el método clínico centrado en el paciente, la accesibilidad, la continuidad, la unidad familiar y la comunidad, el trabajo en equipo, la sostenibilidad del sistema sanitario y la mejora continua.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Core values in family medicine revisited

Abstract Family medicine has to continually reinvent itself around a core of values that constitutes its navigation system. But accurate data on its impact on the health of people will account for how far the values are actually being implemented. Thus, we can say that family medicine is a specialty based on values and as well as evidence based. The absence of a clarification system of values or its implementation threatens its very existence. Some of the values that are reviewed have shown great recognition and survival over time. Others are presented because

Correo electrónico: santalmon@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.06.011>

0212-6567/© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

they seem sufficiently significant. These are: people, comprehensiveness, trust relationship, patient-centred method, accessibility, continuity, family unity and the community, teamwork, sustainability of the health system, and continuous improvement.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Escenario clínico (planteamiento)

Después de años trabajando en un equipo de atención primaria decidí volver a hacer guardias de hospital sin dejar el centro de salud. Una locura. Sin embargo, las agotadoras y estresantes guardias tuvieron el sorprendente y extraño efecto de hacerme sentirme auténticamente médico. Raro en alguien con más de veinte años de ejercicio. En el centro de salud, por el contrario, al final a menudo tenía la impresión de no saber qué había hecho. Sí, atendía de treinta a cuarenta personas, habitualmente de forma agradable y sin graves dificultades. Solía recibirlas a su hora, evitándoles prolongadas esperas para no crear barreras de acceso. Hacía lo que me permitía el tiempo disponible, gestionándolo del modo más eficiente. Y los indicadores de calidad no eran malos. ¿Por qué esa sensación de sinsentido?

Por qué unos valores nucleares

La tradición médica contiene ciertos valores y la medicina de familia (MF) los comparte, destacando algunos que son importantes para ella. No son exclusivos, ni siquiera son asumidos por todo médico de familia (M^{co}F), pero tomados en conjunto representan un modo propio de enfocar la práctica médica¹.

La MF debe reinventarse continuamente en torno a un núcleo central de valores que constituye su sistema de navegación y que le permite mantener un rumbo preciso en cada momento. La ausencia de una clarificación de este sistema de referentes o la falta de acierto para su puesta en práctica pone en riesgo la propia existencia de la especialidad. Por ejemplo, hay factores que disuaden a los estudiantes escoger la MF, como la percepción de limitación de posibilidades diagnósticas, la monotonía², el bajo prestigio o la aparente amplitud de conocimientos requeridos.

Es necesario, por tanto, revisar continuamente el núcleo central de valores y su grado de desarrollo para dar respuesta a las necesidades reales de las personas, primero las de los pacientes, pero también de los profesionales, financiadores y gestores. Es una especialidad basada tanto en valores como en pruebas. La MF será viable con profesionales satisfechos y con sensación de control sobre su trabajo y, por tanto, no se deben obviar estrategias específicas orientadas a promover el «bienestar profesional»³. Aquí se presentan 10 valores; algunos cuentan con reconocimiento general y permanencia en el tiempo, y otros se

señalan sencillamente porque parecen significativos en el momento actual.

Las personas

Desde la filosofía estoica se consideraba que todo ser humano es un bien cuyo valor no puede cifrarse, porque no tiene precio. El valor inconmensurable de las personas se ha justificado de formas diversas: por su racionalidad (Grecia clásica), por su filiación divina (Tomás de Aquino), por su voluntad (Pico della Mirandola), por ser fin en sí mismo (Kant) o por su autodomínio (Schiller).

Por delante de cualquier patología, intervención o desarrollo tecnológico, para el M^{co}F lo más importante son las personas, que representan su compromiso número uno. Ellas merecen la máxima consideración y respeto. Su radical vulnerabilidad hace que necesiten percibir solidaridad emocional o compasión que, por parte del médico, consiste en comprender y encajar emocionalmente esa fragilidad, algo que le impulsa a mitigar el daño desde una experiencia afectiva de vinculación que excluye toda superioridad.

Los datos empíricos sugieren que los pacientes desean ser tratados como personas, no como una enfermedad, un problema de salud o un caso clínico. Quieren que sus médicos se muestren interesados y comprometidos con ellos, compartiendo decisiones y mostrando respeto a la hora de preservar la privacidad o de realizar exámenes físicos delicados⁴.

La accesibilidad

La accesibilidad es la posibilidad de entrar en el sistema de salud y recibir atención en el mismo. Depende de múltiples factores, como la organización de la práctica clínica (comunicaciones, listas de espera, retrasos para entrar en consulta) con la relación clínica (habilidades de comunicación por parte del médico) y con la actitud clínica del médico (hospitalidad, amabilidad...). Una buena gestión de la accesibilidad es equitativa y no se somete a la «ley de cuidados inversos», por la que los recursos se dirigen hacia quien los solicita, no hacia quien los necesita⁵.

En 1978, el mismo año en que la OMS reconoce la importancia fundamental de la atención primaria (AP), el Instituto de Medicina de Estados Unidos identifica la accesibilidad como uno de los aspectos esenciales de una AP de calidad. La accesibilidad hace de la MF un recurso al alcance real de las personas, que deberían contar con un M^{co}F abordable, en un lugar próximo a su domicilio, trabajando preferiblemente en pequeños equipos a escala humana¹, sin listas de espera significativas y a un coste económico aceptable.

Los datos empíricos corroboran que los pacientes valoran que el M^{co}F esté dentro de su seguro sanitario, en un lugar conveniente, con citas disponibles en un tiempo razonable y con habilidades comunicativas⁶. Además, quieren un sistema de citas con mecanismos de contacto que no sean difíciles para pacientes ancianos, personas con discapacidades o pertenecientes a minorías étnicas. También valoran el contacto telefónico o las nuevas tecnologías para resolver dudas o conseguir prescripciones repetidas⁴.

La integralidad

Una atención integral da respuesta a cualquier tipo de problemas de salud que pueda presentar cualquier paciente, independientemente de su edad y sexo, y ofrece intervenciones orientadas tanto a la prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento o rehabilitación.

La atención integral constituye clásicamente uno de los pilares fundamentales de la AP. Allí donde se ha implantado con fuerza una buena AP se observan mejores tasas de mortalidad por cualquier causa; unas menores tasas de mortalidad a los 5 años en los pacientes de los médicos de familia frente a otros especialistas, y todo ello a un menor coste⁷. La integralidad se trabaja, por ejemplo, revisando historia por historia antes de la entrevista para establecer un plan personal de actividades pendientes, ya sean preventivas, de control de problemas crónicos o de seguimiento de problemas intercurrentes. Se pierde cuando el M^{co}F se limita a realizar una atención episódica para resolver problemas puntuales intercurrentes.

La continuidad

La continuidad, un valor clave en AP, consiste en la permanencia de la atención a partir del contacto inicial. Se ha distinguido entre continuidad, que sería el seguimiento de problemas concretos de salud, y «longitudinalidad», que sería el seguimiento de la persona con el conjunto de los problemas que le afectarán a lo largo de la vida. El concepto, descrito por primera vez por Hennen, contaba con 4 dominios: cronológico, geográfico, interdisciplinar e interpersonal⁸. Se concreta, por ejemplo, en la coordinación con otros especialistas que tengan que intervenir en la salud del paciente, así como con un buen sistema de registros.

La continuidad facilita un seguimiento, tanto de problemas concretos de salud, como de las personas a lo largo de su vida y un vínculo entre médico y paciente que mejora su satisfacción⁹. Aporta un conocimiento sobre la evolución y respuesta de los diversos problemas de salud, y un conocimiento contextual que, de otro modo, sería extraordinariamente costoso evaluar y manejar.

Se estima que la continuidad reduce la duración de las consultas en un 40%, se asocia a menos pruebas, a una mayor utilización de la observación de la evolución de los problemas y a menos prescripciones^{10,11}. Además, contribuye a un incremento de la adherencia al tratamiento¹², se asocia a un menor número de hospitalizaciones y a una mayor receptividad para las actividades preventivas¹³. La ventaja de la continuidad conlleva el riesgo de procrastinación, es decir, de aplazar lo que hay que hacer confiando en que el paciente va a volver otro día, lo que supone una pérdida de

capacidad resolutoria y puede dejar en el M^{co}F una desmoronante sensación de mediocridad.

Los pacientes reconocen continuidad en el trato de familiaridad con los profesionales; en el sentido de responsabilidad percibido, incluida su honestidad al tener que gestionar la incertidumbre, y en la accesibilidad horaria, incluyendo los servicios de urgencia¹⁴. Y la valoran de un modo especial en problemas emocionales y crónicos complejos¹⁵.

La relación de confianza

Confiar es dejar a otras personas cuidar de algo propio, mientras ejercen un poder discrecional (desempeñado libre y prudentemente)¹⁶. La confianza es algo real, un fenómeno que puede describirse como un modo de estar cognitiva, emocional y volitivamente con cierta seguridad en medio de la incertidumbre. Los pacientes confían su salud y las organizaciones sanitarias confían su prestigio, influencia social y recursos.

La relación clínica es muy importante para los pacientes, pues puede ser sanadora. Ellos valoran extraordinariamente el ser tomados en cuenta en las decisiones que les conciernen y tener más información sobre las opciones de tratamiento¹⁷. El M^{co}F fue considerado «excelente» o «muy bueno» si era comprensivo, tolerante, honesto, directo y atento en la escucha⁶.

La confianza se demuestra con transparencia, competencia y vínculo percibido ante todo como estima. Los datos empíricos sugieren que para que haya confianza debe haber un desempeño competente del rol profesional y un determinado orden moral persistente¹⁸. Aunque muchos pacientes no sepan en qué es competente un M^{co}F, sí sabrán evaluar sus competencias comunicacionales y su capacidad resolutoria.

El método clínico centrado en el paciente

Con esta metodología se explora la experiencia de enfermar del paciente, integrándola con los diagnósticos convencionales. Permite comprender a la persona en su conjunto, encontrar un terreno de trabajo común con ella y reforzar la relación clínica¹⁹. El método de las ciencias naturales proporciona información constatable empíricamente y da cuenta de la dimensión biológica, psicológica y social del individuo. Se trata del llamado «conocimiento por constatación». Pero para comprender el mundo interno de las personas (lo que piensan, sienten y desean) es necesario otro método. Los mejores clínicos constantemente realizan un ejercicio interpretativo de las narraciones de sus pacientes, por el que van adquiriendo un «conocimiento por penetración».

Un buen M^{co}F es un buen clínico. Se encuentra en una posición privilegiada para realizar el diagnóstico precoz de problemas orgánicos potencialmente graves, evitar derivaciones e ingresos hospitalarios innecesarios y gestionar la incertidumbre de un modo tranquilizador y seguro. Es experto en los problemas más frecuentes, en otros problemas importantes y poco frecuentes, y en ciertos problemas que pueden ser específicos dentro de la población de pacientes que atiende. Ahí puede lograr un dominio que, a menudo, supera el de otros especialistas.

Los pacientes también valoran las competencias científico-técnicas y consideran muy importante que su M^{co}F realice una valoración adecuada, aprovechando al máximo los actuales desarrollos tecnológicos⁶. En algunos estudios han valorado enormemente la realización de una exploración física en profundidad, dándole incluso prioridad sobre otros asuntos, como el carácter del médico, la relación clínica o la accesibilidad²⁰.

La unidad familiar y la comunidad

La unidad familiar es un sistema social de convivencia en el que lo que le ocurre a uno de sus miembros repercute en el resto, y viceversa. La influencia de la familia en la salud tiene componentes genéticos, es de gran importancia en el desarrollo infantil, puede asociarse a una mayor vulnerabilidad a la enfermedad, es un espacio para la transmisión de enfermedades infecciosas, afecta a la morbimortalidad en adultos y es importante en la recuperación de la enfermedad. La MF asume la unidad familiar como objeto de trabajo y, por tanto, de posible valoración y tratamiento, pero también es un recurso diagnóstico y terapéutico.

Además, cada M^{co}F asume responsabilidad sobre una población, esto es, un conjunto de personas integradas en una determinada comunidad social. La perspectiva poblacional, orientada a asegurar que los servicios lleguen al máximo número de individuos, tiene una larga tradición en AP¹. Una atención sanitaria centrada exclusivamente en el individuo puede dejar amplias bolsas poblacionales sin atender. Por tanto, la cantidad también importa. Por eso el M^{co}F asume el compromiso de identificar los principales problemas de salud de su comunidad y de desarrollar programas de intervención adecuados⁶. Así como la presión arterial en un paciente en shock es un indicador *vital* de respuesta al tratamiento, los indicadores poblacionales con mayor vinculación a medidas de morbimortalidad, por ejemplo el porcentaje de hipertensos identificados y controlados, son *vitales* para conocer el impacto del trabajo diario en la salud de las personas.

El trabajo en equipo

Múltiples factores y experiencias negativas pueden contribuir al menosprecio del trabajo en equipo. Sin embargo, este ha sido algo sumamente valorado desde los inicios de la AP. Las evidencias indican que puede mejorar la seguridad del paciente, su satisfacción, mejorar la calidad de la atención, los resultados de salud e incrementar la satisfacción laboral²¹.

Es conveniente aludir al trabajo en equipo como «colaboración interprofesional», entendida como una cooperación activa y continuada entre personas de diversa experiencia, con distintas culturas profesionales y posiblemente representando diferentes organizaciones o sectores, que trabajan juntos para resolver problemas o proporcionar servicios²¹. Esta noción elimina las barreras conceptuales existentes entre la AP y la atención hospitalaria. El valor de la colaboración interprofesional reside en la sinergia que resulta de las aportaciones complementarias de cada miembro que participa. Lo que cohesiona un equipo es tener presente que sus miembros comparten valores y objetivos, con 4 funciones principales: asistencial, formativa,

investigadora y de gestión. El M^{co}F tiene una responsabilidad central en la coordinación de los distintos profesionales implicados en la atención del paciente y es aliado del paciente en el entramado del sistema sociosanitario.

La sostenibilidad del sistema sanitario

El sistema sanitario es el conjunto de personas y acciones cuyo principal propósito es mejorar la salud. El Informe Dawson (1920), donde por primera vez se habla de AP, presenta la «salud de los ciudadanos» como un bien de «suprema importancia» que, por tanto, debe ser garantizado. En 1978, la Organización Mundial de la Salud afirma que «la AP de salud es la clave para alcanzar esa meta [de la salud] como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social».

Los sistemas de salud tienen 3 objetivos principales: mejorar la salud de la población, responder a las expectativas de las personas y proporcionar una protección económica frente a los costes²². De ahí que deban ser seguros, efectivos, centrados en el paciente, puntual, eficientes y equitativos⁶. La MF contribuye, a su modo, a todos y cada uno de estos objetivos, dado su posicionamiento estratégico, tanto teórico como práctico.

Los sistemas de salud representan un patrimonio de primer orden para lograr equidad en el acceso a la prevención, promoción y recuperación de la salud. Han contribuido a un incremento de la expectativa de vida durante el siglo xx y del bienestar de millones de personas alrededor del mundo²². Aunque queda mucho por mejorar, especialmente para los más pobres, hay evidencias sustanciales y crecientes de que se pueden conseguir importantes mejoras en la salud a un coste razonable.

Muchos médicos de familia comparten una sensibilidad social. Hay una tendencia entre los estudiantes a escoger MF si valoran más una atención centrada en las personas, el servicio a la sociedad en su conjunto² y la AP²³. Y hay una fuerte correlación entre la probabilidad de trabajar en una población con pocos recursos sanitarios, actitudes y valores de solidaridad social, y la elección de trabajar en AP²⁴. Probablemente la mejor manera de contribuir a la sostenibilidad del sistema es el uso racional de recursos.

La mejora continua

La búsqueda de la excelencia no encuentra su sentido en la búsqueda de prestigio o reconocimiento, sino en la atención a las necesidades de los pacientes para mejorar su salud. Cuenta al menos con 3 ámbitos de actuación de la mayor importancia: el de la formación profesional continua, el de la mejora continua de la calidad y el de la investigación. El primero está orientado a mejorar las competencias profesionales personales, el segundo a optimizar los procesos y resultados de la práctica clínica y el tercero a incrementar el conocimiento médico.

El espíritu de inconformidad necesario para la mejora continua no debería confundirse con la cultura de la queja. Muchos justifican la incapacidad para el cambio por falta de tiempo, recursos, herramientas o incentivos. Ciertamente, hay abundantes datos que sugieren que hay numerosas oportunidades de mejora de la AP. Pero hay unos mínimos.

No se puede confundir atención primaria con «atención primitiva». La excelencia en MF, una especialidad que puede implantarse en contextos de gran precariedad social, no está necesariamente vinculada a los recursos, sino al mejor aprovechamiento y a la obtención, en la medida de lo posible, de los mismos.

Paradójicamente, la calidad no es algo que preocupe excesivamente a los pacientes. A menudo la dan por supuesta⁶. Parece que se conformarían con un pequeño número de indicadores de calidad relacionados con la prevención y la atención a pacientes crónicos⁴.

Escenario clínico (resolución)

Me puse a observar cuáles eran las diferencias que había entre la puerta de urgencias del hospital y mi consulta del centro de salud. En la primera había una «tensión resolutoria» que faltaba en la segunda y la actividad administrativa era algo marginal. En cambio, en el centro de salud, la abrumadora carga de tareas burocráticas se entremezclaba con las clínicas, dispersando constantemente mi atención. La gestión del tiempo era problemática, pues consideraba prioritario no hacer esperar a los pacientes, lo que me llevaba al mero triaje y a la procrastinación.

Decidí combatir toda actividad administrativa evitable o absurda y desplacé los papeleos fuera de la consulta; antes de empezar procuraba revisar las treinta o cuarenta historias clínicas de los pacientes citados, anotando las actividades pendientes preventivas o de seguimiento de problemas crónicos; decidí aprovechar al máximo todos los recursos a mi disposición, como fuentes bibliográficas para resolver inmediatamente dudas o las pruebas complementarias a mi alcance (como analítica, radiología, espirometría o ecografía). Y me propuse imprimir una intensidad a la consulta que antes no había experimentado, aun a costa de generar a veces esperas prolongadas. Los pacientes lo comprendieron y, si no, les pedía disculpas que casi siempre aceptaban.

Fui recuperando la sensación de estar haciendo medicina y teniendo claro el impacto de mis intervenciones en cada paciente. Se alejó poco a poco esa impresión de no saber bien en qué había empleado el tiempo.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- McWhinney IR. Primary care: Core values. Core values in a changing world. *BMJ*. 1998;316:1807-9.
- Pawelczyk A, Pawelczyk T, Bielecki J. Determinants of primary care specialty choice. *Pol Merkur Lekarski*. 2007;22:233-8.
- Lakhani M, Baker M. Good general practitioners will continue to be essential. *BMJ*. 2006;332:41-3.
- National Primary Care Research and Development Centre. What Patients Want from Primary Care. Manchester: NPCRDC; 2005.
- Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1:405-12.
- Task Force 1 Writing Group. Green L. A, Graham R, Bagley B, Kilo CM, Spann SJ, Bogdewic SP, et al. Report of the task force on patient expectations, core values, reintegration, and the new model of family medicine. *Ann Fam Med*. 2004;2 Suppl 1: s33-50.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83:457-502.
- Hennen BK. Continuity of care in family practice. Part 1: Dimensions of continuity. *J Fam Pract*. 1975;2:371-2.
- Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract*. 2004;53:974-80.
- Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: Influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ*. 1991;303:1181-4.
- Hjortdahl P. The influence of general practitioners' knowledge about their patients on the clinical decision-making process. *Scand J Prim Health Care*. 1992;10:290-4.
- Gray DP, Evans P, Sweeney K, Lings P, Seamark D, Seamark C, et al. Towards a theory of continuity of care. *J R Soc Med*. 2003;96:160-6.
- Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med*. 2005;3:159-66.
- Brown JB, Dickie I, Brown L, Biehn J. Long-term attendance at a family practice teaching unit. Qualitative study of patients' views. *Can Fam Physician*. 1997;43:901-6.
- Guthrie B, Wyke S. Personal continuity and access in UK general practice: A qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter. *BMC Fam Pract*. 2006;7:11.
- Baier A. Trust and anti-trust. *Ethics*. 1986;96:231-60.
- Picker Institute Europe. Is the NHS getting better or worse? Picker Institute Europe. 2005 [consultado 1 Sep 2011]. Disponible en: http://www.pickereurope.org/assets/content/pdf/Survey_data_analyses/million_patients_for_web.pdf
- Pellegrino ED, Thomasma DC. *The Virtues in Medical Practice*. New York: Oxford University Press; 1993.
- Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract*. 1986;3:24-30.
- Cheraghi-Sohi S, Hole AR, Mead N, McDonald R, Whalley D, Bower P, et al. What patients want from primary care consultations: A discrete choice experiment to identify patients' priorities. *Ann Fam Med*. 2008;6:107-15.
- Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52:1217-30.
- World Health Organization. *The World Health Report*. Geneva: WHO; 2000.
- Senf JH, Campos-Outcalt D, Kutob R. Factors related to the choice of family medicine: A reassessment and literature review. *J Am Board Fam Pract*. 2003;16:502-12.
- Bazargan M, Lindstrom RW, Dakak A, Ani C, Wolf KE, Edelstein RA. Impact of desire to work in underserved communities on selection of specialty among fourth-year medical students. *J Natl Med Assoc*. 2006;98:1460-5.