

ARTÍCULO ESPECIAL

Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia

J. Gérvas^a y V. Ortún^b

^aMédico general, Equipo CESCA, Madrid. Profesor visitante, Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, Department of Health Policy and Management, Baltimore, USA. ^bProfesor Titular. Departamento de Economía. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona.

Asistencia ambulatoria; Asistencia domiciliaria; Asistencia especializada; Asistencia sanitaria; Atención primaria; Autocuidado; Cuidados paliativos; Interconsultas; Médicos de familia; Programas de prevención

Introducción

Los médicos generales/de familia son los profesionales fundamentales en atención primaria, como los médicos especialistas lo son en los hospitales. En este texto se emplean indistintamente los términos médico de familia, médico general y médico de cabecera. Para una definición del médico general/de familia puede utilizarse la del Royal College of General Practitioners, de 1972, que ha influido en todas las posteriores, incluyendo la del New Leeuwenhorst Group: "El médico general presta atención médica primaria, personal y continua a individuos y familias. Puede atender a los pacientes en sus domicilios, en la consulta y, ocasionalmente, en el hospital. El médico general acepta la responsabilidad de tomar las decisiones iniciales en todos los problemas que se le presenten, requiriendo la opinión de los especialistas cuando lo juzgue conveniente. Habitualmente trabaja con otros médicos generales en lugares apropiados y específicos, con la ayuda de personal auxiliar y del equipamiento necesario. Incluso si trabaja en solitario organizará un pequeño equipo, para poder delegar funciones. El médico general tiene en cuenta los aspectos psíquicos, psicológicos y sociales en los diagnósticos y establece planes educativos, preventivos y terapéuticos para mejorar la salud de sus pacientes." El trabajo sanitario exige, sin embargo, de otros profesionales, como enfermeras, auxiliares de clínica, trabajadores sociales y personal administrativo, cuya función no se analiza en este texto. En España los pediatras ejercen de médicos generales para la población infantil urbana; aunque

éste es el caso también en Italia y Estados Unidos, el trabajo de los pediatras no deja de ser el de unos especialistas. Si se acepta su función para la población infantil habría que admitir la presencia de los geriatras como médicos generales de los ancianos y, ¿por qué no?, la de los médicos de empresas como médicos generales de los trabajadores. Así pues, en este texto se considera a los pediatras como especialistas, aunque pueden aplicarse todos los conceptos que se consideran para su peculiar trabajo de médicos generales de la población infantil en el sector público urbano.

Los médicos de cabecera se caracterizan por: *a*) centrar su interés en la persona y su entorno cercano (familiar y social); *b*) utilizar en la resolución de problemas tanto información blanda (sociológica, antropológica, psicológica) como información dura (análisis, radiografías, electrocardiogramas y otras pruebas objetivas); *c*) desenvolverse en condiciones de gran incertidumbre (pudiendo evitar el uso de pruebas diagnósticas y terapéuticas en los casos que se resuelven por sí solos o que, por su gran indefinición, exigen el paso del tiempo para "dar la cara"), y *d*) la

longitudinalidad de la atención que proporcionan (tabla 1).

El médico de cabecera trabaja seleccionando a los pacientes que han de ponerse en contacto con los especialistas y los hospitales; su papel de filtro evita los riesgos que puede conllevar para el paciente el contacto innecesario con los especialistas¹⁻⁵(tabla 2). Además, el médico general distingue mejor que el especialista entre paciente sano y paciente enfermo⁶, lo que protege a los sanos de los riesgos de los métodos diagnósticos y terapéuticos. El instituto holandés Nivel, de investigación en medicina general, ha desarrollado un proyecto con participación de 30 países europeos (incluyendo España), que trata de medir el impacto de la organización y de la formación en las actividades del médico. Entre las partes organizativas se evalúa el efecto del papel de filtro.

Continuidad de la atención

Los médicos generales/de familia ofrecen continuidad y longitudinalidad. Es decir, ofrecen el seguimiento de problemas concretos de salud (continuidad) y el seguimiento de la

TABLA 1. Características de los médicos generales y de los especialistas

	Médicos generales	Especialistas
Interés	La persona en su entorno cercano	La enfermedad en el caso concreto
Información utilizada	Blanda y dura	Dura
Incertidumbre diagnóstica	Tolerable	Intolerable
Continuidad*	Sí, siempre	Sí, ocasionalmente
Longitudinalidad*	Sí	No

*Continuidad es el seguimiento de un problema de salud. Longitudinalidad es el seguimiento de los diversos problemas de salud de un paciente a lo largo de su vida.

TABLA 2. El papel del médico de familia como filtro/portero (*gatekeeping*) para la atención especializada

Rol de filtro	Acceso directo a los especialistas
Dinamarca ¹	Alemania
EEUU (HMO) ²	Austria
España	Bélgica
Finlandia	Canadá ⁵
Holanda	EEUU
Hungría	Grecia
Irlanda ³	Japón
Italia ⁴	Suecia ⁷
Noruega ⁵	Suiza
Portugal	
Reino Unido ⁶	

¹En Dinamarca puede elegirse libremente el "esquema 2" que permite al acceso directo al especialista (pero implica el pago de la mitad de la factura). Un 3% de la población tiene el esquema 2.

²En Estados Unidos casi todas las HMO (Health Maintenance Organizations) dan el rol de filtro al médico general. Las HMO cubren un 30% de la población.

³En Irlanda sólo los pacientes de la categoría 1 (clase baja y media baja; el 40% de la población) tienen un médico general adscrito que hace de filtro a la atención especializada.

⁴En Italia, como en España, hay libre acceso al dentista, pediatra, obstetra y oftalmólogo; en Italia, además, hay acceso directo a los ginecólogos.

⁵En Noruega la función de filtro, como Canadá, se fuerza a través de un mecanismo monetario que implica un pago de menor cuantía al especialista cuando recibe pacientes directamente. En Canadá, el Colegio de Médicos de Familia ha solicitado la reforma del sistema sanitario para que el médico de cabecera sea siempre filtro a la atención especializada.

⁶En el Reino Unido los pacientes tienen libre acceso para los especialistas en enfermedades de transmisión sexual.

⁷En Suecia la reforma sanitaria está potenciando el nuevo papel de filtro del médico general. Esta es, también, la situación en Nueva Zelanda.

persona con el conjunto de los problemas de salud que le afectarán a lo largo de la vida (longitudinalidad)⁷. En un ejemplo, los médicos de familia ofrecen seguimiento de la diabetes y de los diabéticos (que también pueden sufrir gripes, hipertensión arterial, infartos de miocardio, esguinces y demás); ofrecen, pues, continuidad (seguimiento de la diabetes) y longitudinalidad (seguimiento de los diabéticos). Si el médico de cabecera trabaja adecuadamente, la longitudinalidad que ofrece es personal y familiar. Es decir, ofrece servicios a lo largo del tiempo, estableciendo una relación interpersonal con el paciente y con su familia (cuyos miembros son o serán, también, pacientes del mismo médico). El médico general, pues, ofrece longitudinalidad al enfermo canceroso terminal, por ejemplo (que también puede sufrir lumbalgia, psoriasis y otras enfermedades) y a su familia (que además de tener una biografía de patologías personales sufre, en conjunto, la repercusión de la convivencia con el paciente terminal).

Los pacientes aprecian la continuidad y la longitudinalidad; de hecho, los pacientes que perciben que su médico general se hace cargo del conjunto de sus problemas están más satisfechos con la atención recibida^{8,9}. Aunque no lo formulen así, disponen de un "agente más perfecto".

Los pacientes quieren un médico científico, con gran capacidad técnica pero, sobre todo, quieren un "buen médico", un médico humano¹⁰.

El paciente puede decidir prescindir del médico general, por suponerse con capacidad racional de elección. A ello contribuye, no cabe duda, la baja calidad del trabajo de algunos médicos de cabecera. Pero, así, el paciente puede tener un mayor riesgo de: *a*) pruebas innecesarias; *b*) procedimientos tendentes, exclusivamente, a demostrar la falsa positividad de la pruebas previas; *c*) ser considerado como un simple caso clínico, sin que se tengan en cuenta valoraciones acerca de su entorno personal, familiar y comunitario (por ejemplo, el paciente diabético con graves problemas familiares, por tener un hijo drogadicto, lo que genera ansiedad y mal seguimiento del tratamiento, que para el endocrinólogo sería sólo un caso de "mal cumplimiento"), y *d*) ser fragmentado. Ir al especialista es estar expuesto a que siempre se intente "hacer algo"; el médico general está preparado para, muchas veces, no hacer nada, simplemente "esperar y ver" (fundamento del *primun non nocere*, el elemento básico del juramento hipocrático)¹¹.

Para la sociedad es fundamental que los médicos generales actúen de filtro, pues se trata de lograr que la actividad médica haga menos y resuel-

va más¹². Se necesitan menos procedimientos y mejores resultados¹³. El libre acceso al especialista puede ser despilfarrador; su atractivo es engañoso para el paciente y para la sociedad. Los pacientes pueden querer el brillo atractivo de la calidad aparente, relegando la calidad intrínseca; es decir, los mejores resultados en salud.

Capacidad de resolución de problemas

La continuidad y la longitudinalidad exigen de los médicos de familia: *a*) fidelidad; *b*) aceptación de su responsabilidad, y *c*) gran capacidad de resolución de problemas. La fidelidad llevaría al establecimiento de un contrato implícito de por vida, de forma que la relación médico-paciente en medicina general se rompe sólo en casos muy especiales (traslado del paciente, graves problemas de relación o muerte). La aceptación de responsabilidades y la capacidad de resolución de problemas generan la confianza del paciente, cuyas enfermedades se resuelven en un nivel cercano/humano del sistema sanitario. La relación interpersonal a tan largo plazo supone que los médicos generales se identifican con una población y su entorno. Y que los pacientes identifican a su médico general como la fuente de cuidados primarios¹⁴.

La atención primaria debería ofrecer una gran capacidad resolutoria¹⁵. Por ejemplo: el drenaje y limpieza de un absceso subcutáneo en el lóbulo de la oreja de una joven paciente por el médico de familia, que aprovecha para revacunarla contra el tétanos, comprobar que está vacunada contra la rubéola, y que tiene oportunidad de considerar los antecedentes diabéticos en la familia de la joven (porque los conoce de "ciencia propia").

La relación entre la atención primaria y la especializada

La relación atención primaria/especializada es un punto crítico cuando el médico general actúa de filtro. Si el enfermo y el médico general pueden ponerse de acuerdo para escoger libremente al especialista/hospital, las relaciones entre ambos niveles serán mucho más fluidas que si la derivación es obligada a determinados especialistas/hospitales. En España, en el

sistema público, el médico general se ve forzado a utilizar un cuadro de especialistas y un hospital determinado. Sólo en España se detecta esta tendencia. En el resto del mundo la discusión se centra en si la responsabilidad de los presupuestos globales la debe llevar el médico general o una autoridad política/sanitaria con capacidad de compra de servicios a médicos generales y hospitales. Ello incluso en Suecia y en Estados Unidos, probablemente los dos países con mayor hospitalcentrismo del mundo^{16,17}. La tendencia mundial es a la prestación de una atención de calidad que ofrezca el máximo de servicios con el mínimo de desplazamientos para el paciente^{18,19}.

Los médicos de cabecera ofrecen múltiples servicios diagnósticos y terapéuticos cuyo límite debe venir fijado por razones de ineficiencia. Es decir, por la prevalencia de las enfermedades (que llegue a ser tan baja como para hacer difícil el mantenimiento de las destrezas) o por el coste de los servicios (que exijan grandes volúmenes de pacientes para justificarse). Esta forma de trabajo exige: *a*) el conocimiento epidemiológico (para valorar la frecuencia de las enfermedades en la consulta de medicina general); *b*) el seguimiento de las innovaciones tecnológicas (que abaratan y facilitan la difusión de técnicas), y *c*) la valoración de la gravedad de algunas patologías específicas (p. ej., la parada cardíaca por fibrilación ventricular es muy infrecuente en medicina general, pero la presencia del desfibrilador está justificada por la gravedad y la imperiosidad del tratamiento).

El progresivo envejecimiento de la población exige una atención primaria fuerte, pero éste no es el único argumento a favor. Hay otros muchos. Por ejemplo, en el caso de la epidemia del sida, entre el diagnóstico de la infección por VIH y el desarrollo de la enfermedad pueden pasar diez y hasta 20 años²⁰. ¿Cómo sobrellevar la angustia y la ansiedad de esos años de incertidumbre, de miedo ante cualquier síntoma o enfermedad inconexa? Sólo el médico general bien capacitado puede ofrecer servicios de calidad, humanos y cercanos, en estos casos.

El desarrollo de las nuevas tecnologías también conlleva una atención primaria fuerte. La genética ofrece pruebas para detectar, por ejemplo, la fibrosis quística, ¿cómo entender

y sobrellevar una información que no reduce toda la incertidumbre y que tiene impacto para toda la vida? La muy próxima proliferación de pruebas genéticas, que para muchas enfermedades evidencian un riesgo pero no un destino inevitable, ampliará el papel asesor del médico de cabecera²¹.

Autocuidado, atención primaria y atención especializada

Los médicos generales/de familia trabajan en el medio natural de su población, inmersos en el ambiente sociocultural de sus pacientes, centrándose en la familia y prestando tanto servicios curativos como preventivos.

El primer nivel de atención a los problemas de salud es el autocuidado en el seno de la familia, con el que se cubren la mayoría de las alteraciones de la salud. El segundo nivel es el de la atención primaria. Y el último el hospital. Al recorrer estos tres niveles aumenta: *a*) el coste de la atención (del consuelo familiar ante una cefalea por causas psíquicas, a la entrevista con el médico general, terminando en un ingreso en neurología); *b*) el aislamiento del paciente (del entorno familiar a la consulta del médico de cabecera, a la consulta en el hospital de referencia o el ingreso en el mismo); *c*) la atención curativa (la prevención casi no existe en los hospitales; en ellos todo lo que hay son enfermos y enfermedades, y las oportunidades para la prevención son casi inexistentes), y *d*) la atención centrada en la enfermedad (la familia considerará todos los aspectos humanos de un esquizofrénico, el médico general tendrá en cuenta su enfermedad en el contexto de la patología previa/concurrente del paciente y de sus familiares, el especialista psiquiatra se centrará

en la alteración mental -por ejemplo, sin hacer una exploración física- y en el hospital psiquiátrico el paciente se verá reducido al tipo de esquizofrenia considerada) (tabla 3).

Atención primaria y ley de cuidados inversos

Los médicos de familia, si trabajan sobre una población definida, tienen la oportunidad -con los incentivos adecuados- de revertir la ley de cuidados inversos (aquellos que más necesitan los cuidados son los que menos los reciben). Es decir, un médico general utiliza tanto la información positiva sobre la utilización de servicios (¿quiénes han asistido a consulta o he visto a domicilio durante el último año?) como información negativa sobre dicha utilización (¿quiénes no han sido vistos durante el último año?)

Revertir la ley de cuidados inversos requiere cobertura poblacional universal y la disponibilidad por parte del médico general de una relación nominal (con edad, sexo y dirección) de la población asignada. El paciente debería registrarse en el médico general de su elección, elección que será posible salvo bajas densidades de población. Las poblaciones marginales tienden a concentrarse geográficamente, lo que daría una justificación, a posteriori, a la estrategia de reforzar la atención primaria en las zonas más deprimidas y con peor accesibilidad a los servicios sanitarios (lo que, quizá, se ha pretendido con la reforma de la atención primaria en España).

Servicios del médico general: algo más que diagnósticos

Los médicos generales no están tan interesados por el diagnóstico como los especialistas. Muchos problemas

TABLA 3. La atención a los problemas de salud*

	De menos a más	De más a menos
Autocuidado	Aislamiento del paciente	Atención centrada en la familia
↓	Atención curativa	Atención preventiva
Atención primaria	Atención centrada	Integración social cultural en la enfermedad
↓	Coste de la atención	Atención psicológica
Atención especializada		

*Cada uno de los aspectos (aislamiento del paciente, por ejemplo) debe considerarse en la columna correspondiente, según se indica (de menos a más, o de más a menos) para los tres estadios de la atención (autocuidado, atención primaria y atención especializada).

de salud son autolimitados y se resuelven solos con el paso del tiempo; otros muchos se ven en fases tan tempranas que resultan indistinguibles; y en otros el diagnóstico no cambia ni el pronóstico ni el tratamiento (por ejemplo, un cáncer de próstata en un paciente terminal por una nefrosclerosis diabética con insuficiencia renal). Todo ello explica que el médico general decida no sólo en función del diagnóstico, sino teniendo en cuenta muchos otros factores que pueden hacer irrelevante la consecución de una etiqueta (de un diagnóstico). En muchos casos la labor del médico general es la de "dar seguridad", aconsejar (*reassurance*). Algo simple, no reflejable en las clasificaciones de morbilidad, pero fundamental para el paciente y la sociedad, pues se evita la creación artificial de enfermedades y enfermos, se disminuyen bajas y ausencias laborales y escolares, se contribuye al bienestar social y se utilizan adecuadamente los recursos sanitarios.

Otra actividad clave del médico de cabecera, que no exige diagnosticar, es la asesoría al paciente en la toma de decisiones. Por ejemplo, respecto a pruebas diagnósticas agresivas o frente a terapéuticas dudosas. El médico general disfruta de una situación excelente para ayudar a valorar al paciente la utilidad de las distintas alternativas diagnósticas y terapéuticas (teniendo en cuenta la situación personal, familiar y social del paciente y sus antecedentes, para personalizar la información). Ello es muy importante frente a técnicas en discusión o de dudosa utilidad como la electroencefalografía, el tratamiento de la hipercolesterinemia, la quimioterapia/cirugía en determinados cánceres, las pruebas genéticas y otras.

Incertidumbre y gravedad

Los médicos generales/de familia trabajan en condiciones de gran incertidumbre²². En una consulta de apenas 10 minutos hay que decidir, muchas veces, sobre más de un problema, teniendo en cuenta las circunstancias personales del paciente. El médico general suele decidir valorando la incertidumbre diagnóstica y la impresión de gravedad; es decir, teniendo en cuenta el pronóstico según la pauta terapéutica. La incertidumbre diagnóstica equi-

vale a falta de información y puede expresarse mediante una probabilidad subjetiva que indica el grado de conocimiento del médico en un momento determinado sobre una condición particular. Cualquiera de nosotros tiene determinadas probabilidades de padecer una serie de enfermedades. Por debajo de un cierto umbral de probabilidad -que en la práctica se expresa como un umbral diagnóstico- no procede hacer nada. Por otra parte, cuando la probabilidad de padecer una cierta enfermedad está más allá de un cierto umbral de probabilidad -umbral terapéutico- y existe un tratamiento beneficioso se pasa directamente al mismo²³. Queda una amplia zona intermedia entre el umbral diagnóstico y terapéutico donde la decisión de tratar o no tratar dependerá de la información adicional que se recabe.

La idea de gravedad, asociada a la de pronóstico, es esencial para el paciente (y escasisima en la información que suele dar el médico). El paciente tiene ya idea del pronóstico de muchas enfermedades (cáncer, sida), que adorna con sus fantasías/miedos y con su conocimiento personal (amigos-familiares afectados, información en los medios de comunicación), pero cuando recibe el diagnóstico de algo que desconoce, desde una simple hipertriglicerinemias a una enfermedad de von Willebrand, su interés es, siempre, sobre la gravedad de ese padecimiento (¿cuáles son los daños esperables? ¿en qué plazos?) También en este aspecto es fundamental el médico de cabecera, para dar información sobre el pronóstico y sobre la gravedad. Se suma esta actividad a la continuidad y longitudinalidad que caracterizan el trabajo del médico de familia y que, bien desarrolladas, contribuyen a la aceptación del rol de filtro/portero de los médicos generales.

Agradecimiento

Este trabajo forma parte de un conjunto de estudios coordinados por la Fundación de Estudios de Economía Aplicada y ha contado con la ayuda del Fondo del Banco de España para la financiación de estudios sobre la Regulación de los Servicios en España.

Bibliografía

1. Gérvas J, López Miras A, Pastor Sánchez R. Atención primaria en Europa. *Aten Primaria* 1993; 12: 294-300.

2. Gérvas J, Pérez Fernández MM, B Starfield. Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe. *Fam Practice* 1994; 11: 307-317.
3. Foster J, Rosser W, Hennen B, McAuley R, Wilson R, Grogan M. New approach to primary medical care. Nine-point plan for a family practice service. *Can Fam Physician* 1994; 40: 1.523-1.530.
4. Eisenberg J. Doctor's decision and the cost of medical care. Ann Arbor, Health Administration Press, 1986.
5. Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping revisited - protecting patients from overtreatment. *N Engl J Med* 1992; 327: 442-449.
6. Knottnerus JA. Medical decision making by general practitioners and specialists. *Fam Practice* 1991; 8: 305-307.
7. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. Nueva York: Oxford University Press, 1992.
8. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *Br Med J* 1992; 304: 1.287-1.290.
9. Kar AV, Knottnerus A, Meertens R, Dubois V, Kok G. Why do patients consult the general practitioner? Determinants of their election. *Br J Gen Practice* 1992; 42: 313-316.
10. Miranda A. El clínico efectivo y sus paradojas. *Quadern CAPS* 1992; 18: 5-8.
11. Branch WT, Brunton SA, Drisoll CE, Levine DM. Primum non nocere: a new look at an old ideal. *Patient Care* 1994; 28: 44-66.
12. Brook RH. Health care reforms is on the way: do we want to compete on quality? *Ann Inter Med* 1994; 120: 84-85.
13. Schoenbaum S. Toward fewer procedures and better outcomes. *JAMA* 1993; 269: 794-795.
14. Culley GA. "Fried chicken" medicine: the business of primary care. *J Fam Pract* 1994; 38: 68-73.
15. Borrell F. La relación asistencial en la atención primaria de salud: Algunas claves para un análisis estratégico. En: Aranda, editor. *Nuevas perspectivas en atención primaria de salud*. Madrid: Díaz de Santos, 1994; 75-98.
16. Puig Junoy J, López Casanovas G. La reforma sanitaria del presidente Clinton (American Health Security Act of 1993) Rol Enfermería 1994; 185: 13-16.
17. Ham C. Reforming the Swedish health services. *BMJ* 1994; 308: 219-220.
18. Anónimo. The future of medicine. *The Economist* 1994, March 19th: 1-18.
19. Jacobs DM, Souza J, McManis LSC. Building information linkages between the physician and the hospital. *J Ambulatory Care Management* 1992; 15: 29-35.
20. Phillips AN, Sabin CA, Elford J, Bofill M, Janosy G, Lee CA. Use of CD4 lymphocyte count to predict long term

- survival free of AIDS after HIV infection. Br Med J 1994; 309: 309-313.*
21. Davison CH, Macintyse S, Smith GD. *The potential social impact of predictive genetic testing for susceptibility to common chronic diseases: a review and proposed research agenda. Soc Health Illness 1994; 16: 341-373.*
22. Cormick J. *The place of judgement in medicine. Br J Gen Pract 1994; 44: 50-51.*
23. Kassirer JP. *Our stubborn quest for diagnostic certainty: a cause of excessive testing. N Engl J Med 1989; 320: 1.489-1.491.*