



Libros  
Virtuales  
IntraMed



## Capítulo III

CONTINUIDAD Y ALCANCE DE  
LA ATENCION POR MEDICOS DE  
FAMILIA

# CONTINUIDAD Y ALCANCE DE LA ATENCION POR MEDICOS DE FAMILIA

## Brian Hennen

*Cada persona debe conocer el nombre de su médico de atención primaria; cada persona debe ser conocida por su nombre por un médico de atención primaria*<sup>1</sup>

### Introducción

La práctica de la Medicina Familiar es una empresa personal construida sobre las relaciones de personas con su médico. Se basa en la comprensión mutua, confianza y planes conjuntos, para mantener su salud y tratar sus enfermedades. El entendimiento recíproco entre paciente y médico se acrecienta con las oportunidades de interacción personal de uno y otro, y el desarrollo por el médico de un conocimiento del medio ambiente en el cual vive el paciente y trabaja el médico.

Las oportunidades para la interacción personal están en función de las necesidades de los pacientes, de la sensibilidad del médico y de un continuo aprendizaje. El médico aprende sobre la salud, los malestares, las conductas, la familia y la comunidad de los pacientes mientras que éstos aprenden sobre su médico como persona, la organización de su servicio, y como los ayuda a obtener la atención profesional que requieren.

Dos aspectos ampliamente difundidos sobre los servicios de los médicos de familia son: la continuidad y la amplitud. Aunque inseparables en la práctica, vamos a considerarlos en forma separada para su análisis.

### Continuidad de la atención

Proveer continuidad a la atención, como responsabilidad del médico de familia con los individuos de una población asignada para su práctica, atraviesa todos los aspectos importantes de la medicina familiar: primer contacto, responsabilidad longitudinal, integración de los cuidados y conocimiento de la familia como una unidad de atención.

Ser el médico de primer contacto significa tanto ser el médico más cercano al paciente como ser el primer médico al que éste acude; ello incluye la responsabilidad de ser el abogado personal, protector, intérprete e integrador de los cuidados del paciente, no importa donde esté ni en que etapa de su enfermedad se pueda encontrar.

La continuidad de la atención tiene cuatro dimensiones fundamentales: cronológica, geográfica, interdisciplinaria e interpersonal.<sup>(2)</sup>

**1.** La dimensión cronológica se aplica a la historia natural de la enfermedad y es el modo en el cual los médicos de familia usan visitas repetidas a través del tiempo como un instrumento de diagnóstico y tratamiento así como una oportunidad para desarrollar una relación personal más profunda de confianza y de comprensión <sup>(3)</sup>. Esta dimensión también incorpora aspectos de atención relacionada al crecimiento humano y el desarrollo del individuo y de la familia.

**2.** La dimensión geográfica se refiere al lugar donde tiene lugar la atención; el consultorio del médico, la casa del paciente, en el hospital por un cuadro agudo, la institución para atención de pacientes crónicos, un hogar de ancianos o un centro comunitario. El médico de familia debe ser el médico más cercano al paciente a través del sistema de servicios de salud. En 52 países, la mayor parte de los médicos de familia tienen práctica en sus consultorios, proveen atención de emergencia y realizan atención domiciliaria. Mientras que un 45 por ciento proporcionan servicios en hogares de ancianos, menos del treinta por ciento realizan atención hospitalaria directa.<sup>(1)</sup>

**3.** La dimensión interdisciplinaria se refiere a la atención que atraviesa los sistemas orgánicos tradicionales o las disciplinas clínicas determinadas por las especialidades. El médico de familia, como generalista, maneja la artritis, la infección urinaria y la depresión en un paciente y después atiende al hijo de ese paciente por un dolor de oídos o una diarrea. El médico de familia puede tener que manejar diferentes enfermedades al mismo tiempo y apoyar al paciente con otros problemas de su vida (por ej: desempleo, pobreza).

**4.** La dimensión interpersonal incluye: relación médico-paciente <sup>(3)</sup>, relaciones familiares <sup>(4)</sup>, y relaciones interprofesionales. La relación médico-paciente comprende el establecimiento de una comunicación cordial y de confianza mutua que Carmichael llamó una "relación de pertenencia"; refiriéndose a una relación asegurada que puede hacer despertar (al médico) en la mitad de la noche para ver un niño enfermo <sup>(5)</sup>. Trabajos recientes sobre cuidados centrados en el paciente muestran inequívocamente que una relación efectiva entre el paciente y el médico puede afectar los resultados de salud <sup>(3)</sup>. Como ejemplo de la importancia de las relaciones familiares, considérese el caso de una mujer que teme al licor debido a que su padre es alcohólico, mientras su hijo toma alcohol en respuesta a su actitud prohibitiva. Las relaciones interprofesionales se desarrollan a lo largo del tiempo con colegas de los cuales uno depende cada día. Un cirujano responde a nuestro llamado porque sabe que no se lo llama sin motivo, una trabajadora social arregla visitar rápidamente a su paciente debido a que usted le ha demostrado que es cuidadoso en determinar

las necesidades prioritarias de sus pacientes, los colegas que trabajan con usted desarrollan una comprensión y una familiaridad crecientes de las fortalezas y debilidades de cada uno.

Algunos autores agregarían una quinta dimensión de la continuidad, la "continuidad informativa (6). Preferimos considerar al manejo de la información como un instrumento tecnológico de la práctica, necesario para reunir las cuatro dimensiones anteriores.

Muchos estudios han evaluado la importancia de la continuidad de la atención. Las ventajas anotadas incluyen: mejor cumplimiento con la medicación(7), menor probabilidad de retardo del paciente en solicitar la atención necesaria (8), mayor satisfacción del paciente y del médico (9), (10) mayor facilidad para el descubrimiento de los problemas del comportamiento (10), y costos más bajos como resultado de realizar menos pruebas de laboratorio. (11, 12)

Stewart estudió en detalle, durante un año, todas las visitas de siete pacientes y sus familias en la ciudad de London, Ontario. Usando transcripciones de visitas grabadas, ella evaluó la relación médico-paciente a lo largo del tiempo. Surgieron dos aspectos: el contexto de la visita y la continuidad de la atención. Cinco factores contextuales influyeron sobre las relaciones en los siete pacientes estudiados: el embarazo, un problema clínico angustiante, dolor, si el paciente era un profesional de la salud, y el examen físico.

Con respecto a la continuidad de la atención informó que ninguno de los pacientes mostró evidencia de una adhesión insalubre o dependencia. En un paciente interpretó la relación más profunda y una comprensión mutua como un ejemplo de beneficios de las relaciones personales continuas. En otro, la revelación de muchos problemas durante la visita inicial fue seguida de cada vez menos problemas a lo largo de los encuentros subsiguientes. De esto, la autora sugiere una segunda posibilidad de las relaciones continuas... a saber, "una evolución hacia la complacencia y la insipidez." (13)

Para determinar que significado agregan los pacientes a la continuidad de la atención, Gabel, Lucas y Westbury estudiaron sesenta pacientes en Columbus, Ohio, cada uno de los cuales se había atendido con uno de cuatro médicos de familia por más de 15 años. Usando la metodología de encuesta etnográfica preguntaron "¿Qué características de los médicos y las prácticas promueven relaciones de largo plazo con los pacientes?". Encontraron que aunque el comienzo de una relación médico-paciente se relaciona con la ubicación conveniente del consultorio, una vez establecida, los pacientes no se desaniman de continuarla a pesar del cambio de locación del médico o mudanza del paciente. La disponibilidad del médico (el médico tiene tiempo para ellos o les respondería fuera de las horas de consulta) fue también importante. También se observó como factor importante la evidencia de que el médico se mantiene actualizado.

Como base de "una relación médico-paciente de largo plazo", mencionaron la facilidad de comunicarse con el médico y el desarrollo de una amistad ("un sentimiento de cercanía como resultado del conocimiento mutuo durante un largo período de tiempo"), y los atributos personales del médico ("preocupado, agradable y dedicado"). En el mantenimiento de la relación de continuidad, fueron lo más importante, "la confianza en el médico, satisfacción con la atención proporcionada y el conocimiento mutuo y familiaridad del médico y el paciente". (13)

### **Amplitud de la atención**

La amplitud o alcance de la atención está descrita en forma simple por McWhinney. Los médicos de familia nunca dirá "lo siento, pero su problema no está en mi campo, usted tendrá que ver algún otro médico" (14). La reunión internacional de médicos de familia de más de treinta países, en la cual la Organización Mundial de la Salud -OMS- y la Organización Mundial de Médicos de Familia -WONCA- conjugaron sus ideas advirtió que los médicos de familia deberán ser "altamente competentes en proveer cuidados individuales esenciales de alta calidad" al mismo tiempo que "integran la atención de la salud individual y comunitaria".

Mientras los servicios clínicos esenciales pueden diferir de un país a otro se requieren en forma universal: tratamiento agudo de las enfermedades comunes fácilmente tratadas, servicios preventivos tales como inmunizaciones, planificación familiar, control de la infección y educación para la salud (1). Se distinguen las iniciativas de salud pública altamente costo-efectivas y los servicios clínicos esenciales. Estos últimos apuntan a las causas mayores de morbilidad y mortalidad prematura: servicios de atención prenatal, parto y posparto, enfermedad aguda de la infancia exacerbadas por malnutrición, incluyendo la diarrea, infección respiratoria, sarampión y malaria; servicios de planificación familiar; control de la tuberculosis; lesiones e infecciones comunes. (1)

De esta manera el alcance de los servicios provistos por los médicos de familia incluye la disposición a encarar inicialmente cualquier problema que se presente, demostrar alta competencia en la provisión de servicios clínicos esenciales y capacidad de integrar la atención de la salud individual y comunitaria. Las intervenciones preventivas son aplicables tanto en el ámbito de la atención clínica como en el comunitario.

Como sucede con las intervenciones terapéuticas, las actividades preventivas están sujetas a la evaluación rigurosa de su eficacia. Las intervenciones médicas basadas en la evidencia deben ser la base de las decisiones de prioridades para asignar recursos en los servicios de salud. En la "Guía Canadiense para los Servicios Clínicos Preventivos de Salud" recientemente publicada, se puede leer lo siguiente: "los lectores se sorprenderán por el notablemente pequeño número de condiciones

---

---

para las cuales se dispone de evidencia científica (Tipo I) de alta calidad de que existe una prevención efectiva” (15). Debe distinguirse entre la adecuación de las intervenciones preventivas en poblaciones generales con respecto a las de poblaciones de alto riesgo. Con frecuencia, los médicos de familia están en la mejor situación para determinar los grupos de “alto riesgo”, sean ellos “niños discapacitados” o “ancianos frágiles”.

## **RESUMEN**

Para los médicos de familia, la atención continua comprende componentes cronológicos, geográficos, interdisciplinarios e interpersonales a través del mantenimiento de buenas historias clínicas. El alcance de los cuidados a cargo de médicos de familia incluye aceptar la presentación inicial de cualquier problema de salud, ser altamente competente en proveer servicios clínicos esenciales integrando la atención de la salud individual y comunitaria y proveyendo servicios clínicos preventivos basados en las evidencias científicas.

---

---

## Bibliografía

Health Canada, Canada Communication Group Publishing, Ottawa, Canada, 1994.

1. "Making Medical Practice and Education More Relevant to People's Needs: The Contribution of the Family Doctor". Working Paper of the World Health Organization and the World Organization of Family Doctors. Joint WHO-WONCA Conference, London, Ont. Canada, 1994.
2. Hennen BW, "Continuity of Care in Family Practice: Part I Dimensions of Continuity", *Journal of Family Practice*, 2:371-372, 1975.
3. Stewart M, "Patient-Doctor Relationships Over Time", Chapter 17 in *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*, editors Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T, Sage Publications Inc., Thousand Oaks, California, 1995.
4. Helman CG, "The Family Culture: a Useful Concept for Family Practice", *Family Medicine*, 23(5):376, 1991.
5. Carmichael L, "Family Medicine Workshop", presentation to the Society of Teachers of Family Medicine, Miami, January, 1969.
6. Rogers J, Curtis P, "The Concept and Measurement of Continuity in Primary Care", *American Journal of Public Health*, 10:122-7, 1981.
7. Ettlinger PRA, Freeman GK, "General Practice Compliance Study: is it Worth Being a Personal Doctor?", *BMJ*, 282:1192-1193, 1981.
8. May PG, Kaelbling R, "The Family Doctor as a Current Source of Continual Comprehensive Medical Care", *Ohio State Medical Journal*, 67:1007-1013, 1971.
9. Sussman MB, et al., "The Walking Patient: A Study in Out-patient Care", Western Reserve University Press, Cleveland, 1967.
10. Becker MH, et al., "A Field Experiment to Evaluate Various Outcomes of Continuity of Physician Care", *American Journal of Public Health*, 64:1062-1070, 1974.
11. Albert J, et al., "Attitudes and Satisfaction of Low- Income Families Receiving Comprehensive Health Care", *American Journal of Public Health*, 60:499-506, 1970.
12. Heagarty MC, et al., "Some Comparative Costs in Comprehensive versus Fragmented Pediatric Care", *Pediatrics* 48:766-776, 1971.
13. Gabel LL, Lucas JB, Westbury RC, "Why Do Patients Continue to see the Same Physician?" *Family Practice Research Journal*, 13(2):133-147, June 1993.
14. McWhinney IR, *A Textbook of Family Medicine*, p. 17, Oxford University Press, New York, 1989.
15. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*, p. xi,