


La definición europea de Medicina General / Medicina de Familia

La definición europea de **Medicina General /** **Medicina de Familia**

WONCA EUROPE
Euract, 2005



© de la traducción: 2008 Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria
Portaferrissa, 8, pral.
08002 Barcelona
www.semfyc.es

Coordinación y dirección editorial:
semfyc  ediciones
Carrer del Pi, 11, 2ª pl., of. 14
08002 Barcelona
ediciones@semfyc.es

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del copyright.

Ilustración de la portada: «El médico» de Juan Ramon Echávarri.

La definición europea de Medicina General / Medicina de Familia

Las características clave de la disciplina de medicina general
El papel del médico generalista
Una descripción de las competencias centrales
del médico generalista / médico de familia

Elaborado por WONCA EUROPE
(The European Society of General Practice / Family Medicine), 2002

Dr. Justin Allen

Director del Postgrado de Educación en Medicina General
Centre for Postgraduate Medical Education, Universidad de Leicester (Reino Unido)
Presidente de EURACT

Profesor Bernard Gay

Presidente de CNGE, París (Francia)
Universidad de Burdeos, Francia

Profesor Harry Crebolder

Universidad de Maastricht (Países Bajos)

Profesor Jan Heyrman

Universidad Católica de Lovaina (Bélgica)

Profesor Igor Svab

Universidad de Ljubljana (Eslovenia)

Dr. Paul Ram

Universidad de Maastricht (Países Bajos)

Editado por

Dr. Philip Evans

Presidente de WONCA Europe

Este informe ha sido publicada con el apoyo y la cooperación de la Oficina de WHO Europe (Barcelona), España.

Revisado en 2005 por un equipo de trabajo del Consejo de EURACT dirigido por el Dr. Justin Allen para el Consejo Europeo de WONCA.

Índice

Introducción	7
Las definiciones europeas 2005	9
Notas explicativas, fundamentos y revisión académica de las nuevas definiciones	11
Notas explicativas, fundamentos y revisión académica de las competencias centrales	23
Apéndices	31
Apéndice 1. Definiciones de Leeuwenhorst, WONCA y Olesen	31
Apéndice 2. Agradecimientos	32
Apéndice 3. Definiciones en lengua inglesa	32

Introducción

Esta declaración consensuada define tanto la disciplina de medicina general / medicina de familia como las tareas profesionales del médico de familia; también describe las competencias centrales que se requieren a los médicos generalistas. Esboza los elementos esenciales de la disciplina académica y proporciona una visión autorizada de lo que los médicos de familia europeos deberían proporcionar en términos de servicios a los pacientes, a fin de que la atención a los pacientes sea de la más alta calidad y también tenga efectividad de costes. A partir de las definiciones contenidas en este documento se pueden derivar las agendas para educación, investigación y control de calidad, con el fin de garantizar que la medicina de familia se desarrolle para responder a las necesidades de atención sanitaria de la población en el siglo XXI.

Hay diferencias significativas en cómo se organizan los sistemas sanitarios y cómo se practica la medicina de familia en toda Europa. En el caso de los países de la Unión Europea y de los que aspiran a la adhesión, la educación médica se rige por la Directiva 93/16 de la UE, cuyo propósito principal es promover la libre circulación de los médicos. Desafortunadamente, la Directiva no insiste suficientemente en el contenido y la calidad de la formación de postgrado. Por tanto, que los médicos de familia deberían recibir una formación que les dote de las capacidades necesarias para ejercer en *cualquier* Estado miembro es algo evidente y que tiene gran importancia para la protección de los pacientes.

Esta declaración ha sido elaborada por la Organización Regional de la World Organisation of Family Doctors (WONCA) para WONCA Europe (The European Society of General Practice / Family Medicine).

WONCA Europe proporciona liderazgo y representación académicos y científicos a la disciplina de medicina de familia en todo el continente.

Su membresía comprende las organizaciones académicas nacionales de medicina de familia de 30 países europeos, y la membresía directa de médicos de familia individuales.

Su principal función es promover y desarrollar la disciplina a fin de alcanzar y mantener altos estándares en la educación, la formación, la investigación y el ejercicio de la profesión en beneficio de los pacientes y las comunidades.

Como en todo el mundo, la reforma de los sistemas sanitarios nacionales es una característica común en Europa. Dados los cambios demográficos, los avances en medicina, los aspectos económicos de la salud, y las necesidades y expectativas de los pacientes, se están buscando nuevas formas de proporcionar y prestar atención sanitaria. La evidencia internacional¹ indica que los sistemas sanitarios basados en una Atención Primaria efectiva, con médicos generalistas (médicos de familia) muy bien formados que ejercen en el seno de la comunidad, tienen como resultado una atención con una mayor efectividad de costes y más eficaz clínicamente que los sistemas con poca orientación a la atención primaria.

Es crucial que la función, compleja y esencial, de los médicos de familia dentro de los sistemas sanitarios sea plenamente entendida no sólo por la profesión médica, sino también por las profesiones relacionadas con la medicina, los planificadores de la atención sanitaria, los economistas, los políticos y el público en general. En Europa es necesario incrementar las inversiones en medicina de familia a fin de que los sistemas sanitarios puedan realizar todo su potencial para el bien de sus pacientes; inversiones no sólo en términos de recursos humanos e infraestructuras, sino también en educación, investigación y control de calidad.

La publicación de estas nuevas definiciones y la declaración de competencias centrales obedece al propósito de informar y contribuir al debate sobre la función esencial de la medicina de familia dentro de los sistemas sanitarios, tanto en el ámbito nacional como paneuropeo.

Dr. Philip Evans,
Presidente de WONCA Europe, 2002

Referencia bibliográfica

1. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University Press; 1998.

Las definiciones europeas 2005

LA DISCIPLINA Y LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA GENERAL / MEDICINA DE FAMILIA

La medicina general / medicina de familia es una disciplina académica y científica con contenidos pedagógicos, investigación, evidencia fundamentada y actividad clínica propios, y es una especialidad clínica orientada a la Atención Primaria.

Las características de la disciplina de medicina general / medicina de familia son:

- a) Normalmente es el primer punto de contacto con el sistema de atención sanitaria, pues proporciona acceso abierto e ilimitado a sus usuarios y se ocupa de todos los problemas de salud, independientemente de la edad, sexo u otra característica de la persona en cuestión.
- b) Hace un uso eficiente de los recursos de atención sanitaria mediante la coordinación de la atención, trabajando con otros profesionales en el ámbito de la Atención Primaria y gestionando la interrelación con otros especialidades que asumen la defensa del paciente cuando es necesario.
- c) Desarrolla un enfoque centrado en la persona, orientado hacia el individuo, su familia y su comunidad.
- d) Posee un proceso de consulta único que crea una relación a lo largo del tiempo, mediante una comunicación efectiva entre médico y paciente.
- e) Es responsable de proveer una continuidad longitudinal de la atención, de acuerdo con lo que determinen las necesidades del paciente.
- f) Cuenta con un proceso específico de toma de decisiones determinado por el predominio y la incidencia de la enfermedad en la comunidad.
- g) Trata simultáneamente problemas médicos agudos y crónicos de pacientes individuales.
- h) Trata enfermedades que se presentan de forma indiferenciada en la fase inicial de su desarrollo, lo que puede exigir una intervención urgente.
- i) Promueve la salud y el bienestar mediante intervenciones tanto apropiadas como efectivas.
- j) Tiene una responsabilidad específica en la salud de la comunidad.
- k) Se ocupa de los problemas de salud en sus dimensiones física, psicológica, social, cultural y existencial.

La especialidad de medicina general / medicina de familia

Los médicos generalistas / médicos de familia son médicos especialistas formados en los principios de la disciplina. Son médicos personales, responsables en primer lugar de prestar una atención integral y permanente a todos los individuos que solicitan atención médica, independientemente de su edad, sexo o enfermedad. Atienden a los individuos en el contexto de su familia, su comunidad y su cultura, respetando siempre la autonomía de los pacientes. Reconocen que tendrán también una responsabilidad profesional para con su comunidad. Al negociar planes de gestión con sus pacientes, integran factores físicos, psicológicos, sociales, culturales y existenciales, y utilizan

los conocimientos y la confianza generados por repetidos contactos. Los médicos generalistas / médicos de familia ejercen su función profesional promoviendo la salud, previniendo la enfermedad y proporcionando curas, atención o cuidados paliativos. Esto se hace bien directamente o bien a través de los servicios de terceros, según las necesidades sanitarias y los recursos disponibles en la comunidad en la que trabajan, ayudando a los pacientes, cuando es necesario, a acceder a dichos servicios. Deben asumir la responsabilidad de desarrollar y actualizar sus capacidades, y mantener su equilibrio personal y sus valores, como base para una atención a los pacientes efectiva y segura.

Las competencias centrales del médico generalista / médico de familia

Una definición de la disciplina de medicina general / medicina de familia y del médico especializado en ella debe conducirnos directamente a las competencias centrales del médico generalista / médico de familia.

«Centrales» significa esenciales para la disciplina, independientemente del sistema de atención sanitaria en el que se ejerzan.

Las 11 características principales de la disciplina están relacionadas con 11 capacidades que todo médico especialista en medicina de familia debería dominar. Se las puede agrupar en seis competencias centrales (con referencia a las características):

1. Gestión de la Atención Primaria (a, b)
2. Atención centrada en la persona (c, d, e)
3. Capacidades específicas para la solución de problemas (f, g)
4. Enfoque integral (h, i)
5. Orientación comunitaria (j)
6. Enfoque global (k)

En tanto que disciplina científica centrada en la persona, habría que considerar otras tres características adicionales esenciales para la aplicación de las competencias centrales:

- **ASPECTOS CONTEXTUALES:** entender el contexto de los médicos mismos y el entorno en el que trabajan, incluidas sus condiciones de trabajo, su comunidad, su cultura, y sus marcos financieros y normativos.
- **ASPECTOS DE ACTITUD:** basados en las capacidades profesionales, valores, sentimientos y ética del médico.
- **ASPECTOS CIENTÍFICOS:** adoptar en la práctica médica un enfoque crítico y que esté basado en la investigación, y mantenerlo a través del aprendizaje permanente y la mejora de la calidad.

Notas explicativas, fundamentos y revisión académica de las nuevas definiciones

NOTAS EXPLICATIVAS

La disciplina y la especialidad de la medicina general / medicina de familia

Hay una necesidad de definir tanto la disciplina de la medicina general / medicina de familia como el papel del médico especializado en medicina de familia. Lo primero es necesario para definir los fundamentos y el marco académicos sobre cuya base se construye la disciplina, e informar así del desarrollo de las mejoras en educación, investigación y calidad. Lo segundo es necesario para traducir esta definición académica a la realidad del médico especializado en medicina de familia que trabaja con pacientes de los sistemas de atención sanitaria de toda Europa.

Las características de la disciplina de medicina general / medicina de familia son:

a) Normalmente es el primer punto de contacto con el sistema de atención sanitaria, pues proporciona acceso abierto e ilimitado a sus usuarios y se ocupa de todos los problemas de salud, independientemente de la edad, sexo u otra característica de la persona en cuestión.

Utilizamos «normalmente» para indicar que en algunas circunstancias (p. ej., trauma grave), no es el primer punto de contacto. Sin embargo, debería ser el primer punto de contacto en la mayoría de situaciones. No debería haber obstáculos en el acceso al mismo y los médicos de familia deberían ocuparse de todo tipo de pacientes, jóvenes o mayores, hombres o mujeres, y de sus problemas de salud. La medicina general es esencial, y es el primer recurso. Cubre un amplio campo de actividades, determinadas por las necesidades y deseos de los pacientes. Esta perspectiva general da lugar a las muchas facetas de la disciplina y a la oportunidad de su utilización en la gestión de los problemas individuales y comunitarios.

b) Hace un uso eficiente de los recursos de atención sanitaria mediante la coordinación de la atención, trabajando con otros profesionales en el ámbito de la Atención Primaria y gestionando la interrelación con otros especialistas que asumen la defensa del paciente cuando es necesario.

Esta función de coordinación es una característica clave de la efectividad de costes de una Atención Primaria de buena calidad, y asegura que los pacientes sean atendidos por los profesionales de la salud más apropiados para su problema particular. La síntesis de las diferentes personas que les proporcionan cuidados, la apropiada distribución de la información y las disposiciones para ordenar los tratamientos dependen de la existencia de una unidad de coordinación. La medicina general puede cumplir esta función crucial si las condiciones estructurales lo permiten. El desarrollo de un trabajo de equipo alrededor del paciente con todos los profesionales sanitarios contribuirá a la calidad de la atención. Al gestionar la interrelación con otros especialistas, la disciplina garantiza que quienes requieran servicios de alta tecnología basados en la atención secundaria puedan tener el acceso adecuado a los mismos. Una función clave de esta disciplina es defender a los pacientes, protegiéndoles de los daños que podrían derivarse de exploraciones, pruebas y tratamientos innecesarios, y también guiándoles a través de las complejidades del sistema de atención sanitaria.

c) Desarrolla un enfoque centrado en la persona, orientado hacia el individuo, su familia y su comunidad.

La medicina de familia se ocupa de las personas y de sus problemas en el contexto de sus circunstancias vitales, no con patologías impersonales o «casos». El punto de partida del proceso es el paciente. Tan importante es comprender cómo se enfrenta el paciente a su enfermedad y cómo la percibe, como ocuparse del proceso mismo de la enfermedad. El denominador común es la persona, con sus creencias, miedos, expectativas y necesidades.

d) Posee un proceso de consulta único que crea una relación a lo largo del tiempo, mediante una comunicación efectiva entre médico y paciente.

Cada contacto entre el paciente y su médico de familia contribuye a una historia que evoluciona, y cada consulta individual puede alimentarse de dicha experiencia previa compartida. El valor de esta relación personal viene determinado por las capacidades de comunicación del médico de familia y es, por sí mismo, terapéutico.

e) Es responsable de proveer una continuidad longitudinal de la atención, de acuerdo con lo que determinen las necesidades del paciente.

El enfoque de la medicina general debe ser constante, desde el nacimiento (y a veces desde antes) hasta el fallecimiento (y a veces hasta después). Garantiza la continuidad de la atención, pues sigue a los pacientes a lo largo de toda su vida. El historial médico es una prueba explícita de dicha constancia. Es la memoria objetiva de las consultas, pero sólo es parte de la historia común médico-paciente. Los médicos de familia proporcionan atención durante períodos importantes de la vida de sus pacientes a través de muchos episodios de enfermedad. También son responsables de garantizar que la atención sanitaria lo sea durante las 24 horas del día, y de delegar y coordinar dicha atención cuando no pueden proporcionarla personalmente.

f) Cuenta con un proceso específico de toma de decisiones determinado por el predominio y la incidencia de la enfermedad en la comunidad.

En la comunidad, los problemas se presentan a los médicos de familia de una manera muy diferente a como lo hacen en la atención secundaria. El predominio y la incidencia de enfermedades son diferentes de los que encontramos en un entorno hospitalario, y las enfermedades graves tienen una presencia menor en la medicina general que en los hospitales, ya que no hay selección previa. Esto requiere un proceso específico de toma de decisiones basado en las probabilidades, informado por un conocimiento de los pacientes y de la comunidad. El valor predictivo, positivo o negativo, de un signo clínico o de una prueba de diagnóstico tiene un peso diferente en la medicina de familia o en el entorno hospitalario. Frecuentemente, los médicos de familia, después de cerciorarse en primer lugar de que no se manifiesta una enfermedad determinada, tienen que tranquilizar a las personas angustiadas por la existencia de la misma.

g) Trata simultáneamente problemas médicos agudos y crónicos de pacientes individuales.

La medicina de familia tiene que ocuparse de todos los problemas de salud del paciente individual. El médico no puede limitarse a controlar solamente la enfermedad que está presente y, frecuentemente, tendrá que ocuparse de múltiples problemas. Muchas veces, el paciente consulta por varios problemas, cuyo número aumenta con la edad. La respuesta simultánea a diversas peticiones hace necesaria una gestión jerárquica de los problemas que tenga en cuenta tanto las prioridades del paciente como las del médico.

h) Trata enfermedades que se presentan de forma indiferenciada en la fase inicial de su desarrollo, lo que puede exigir una intervención urgente.

Frecuentemente, el paciente acude con los primeros síntomas y en esta fase temprana es difícil efectuar un diagnóstico. Esta forma de presentación significa que hay que tomar decisiones importantes para los pacientes sobre la base de una información limitada, y que el valor predictivo de los exámenes y pruebas clínicas es menos seguro. Incluso cuando los signos de una enfermedad en particular son bien conocidos en general, esto no cuenta en el caso de los signos iniciales, frecuentemente poco específicos y comunes a muchas enfermedades. La gestión

del riesgo en estas circunstancias es una característica clave de la disciplina. Después de excluir un resultado grave inmediato, puede muy bien darse que la decisión consista en esperar a posteriores desarrollos y revisarlos más tarde. El resultado de una única consulta, frecuentemente, se queda en el nivel de uno o más síntomas; a veces, se llega a una idea de la enfermedad, pero raramente a un diagnóstico completo.

i) Promueve la salud y el bienestar mediante intervenciones tanto apropiadas como efectivas.

Las intervenciones deben ser apropiadas, efectivas y basadas en pruebas firmes siempre que sea posible. Una intervención, en caso de no ser necesaria, puede causar daños y desperdiciar recursos sanitarios valiosos.

h) Tiene una responsabilidad específica en la salud de la comunidad.

La disciplina reconoce que, cuando se ocupa de temas de atención sanitaria, tiene una responsabilidad tanto con el paciente individual como con su entorno comunitario más amplio. En algunas ocasiones, esto produce tensiones y lleva a conflictos de intereses que deben ser adecuadamente gestionados.

k) Se ocupa de los problemas de salud en sus dimensiones física, psicológica, social, cultural y existencial.

La disciplina debe reconocer todas estas dimensiones simultáneamente, y otorgar el peso apropiado a cada una de ellas. El comportamiento de la enfermedad y los patrones de la misma se ven influidos por muchos de estos aspectos, y mucha desdicha es resultado de intervenciones que no se ocupan de la raíz del problema del paciente.

La especialidad de médico generalista / médico de familia

La definición de la función del médico de familia establece las características de la disciplina anteriormente descritas en el contexto del médico en activo. Representa un ideal al que pueden aspirar todos los médicos de familia. Algunos de los elementos de esta definición no son únicos de los médicos de familia, sino que por lo general son aplicables a toda la profesión. La especialidad de médico generalista / médico de familia es, sin embargo, la única que puede poner en ejecución todas estas características. Un ejemplo de característica común es el de la responsabilidad de mantener las capacidades actualizadas; sin embargo, esto puede presentar una especial dificultad para los médicos de familia que, frecuentemente, trabajan aislados.

FUNDAMENTOS Y REVISIÓN ACADÉMICA DE LAS NUEVAS DEFINICIONES

Introducción

El grupo de Leeuwenhorst elaboró su declaración «The General Practitioner in Europe» en 1974¹. En aquella época, la medicina general / medicina de familia estaba dando sus primeros pasos como disciplina, especialmente con respecto a su enseñanza y bases de investigación. Casi 30 años después, el mundo ha evolucionado y, en ningún ámbito, este cambio ha sido más evidente que en la prestación de la atención sanitaria. Ahora, la medicina general / medicina de familia está bien establecida en todos los sistemas sanitarios de Europa y los proveedores de servicios de salud reconocen su siempre creciente importancia. Esto ha sido puesto de relieve por WHO Europe en su documento marco de 1998², y por la forma en que la mayoría de países del antiguo bloque soviético están introduciendo la medicina general / medicina de familia como la base de sus nuevos sistemas de atención sanitaria.

La sociedad ha cambiado en los últimos 30 años y el paciente ha asumido un papel cada vez más importante como factor determinante en la atención sanitaria y la forma en que ésta se presta. La opinión del médico ya no está considerada sacrosanta, y está apareciendo un nuevo diálogo entre consumidores y proveedores de atención sanitaria. El futuro médico de familia no sólo tiene que ser consciente de este cambio sino que también ha de ser capaz de desarrollarse bien en dicho entorno. Es importante que la disciplina de medicina general / medicina de familia siga evolucionando al paso de los cambios en los sistemas de atención sanitaria en los que funciona y que responda a

las necesidades sanitarias de sus pacientes. Los médicos de familia deben involucrarse en el desarrollo permanente de su sistema de atención sanitaria y, como individuos, deben ser capaces de cambiar a fin de responder a estos nuevos retos.

Van Weel, en su reciente ponencia en el Spring Meeting³ del Royal College of General Practitioners (RCGP), subrayó la necesidad de un desarrollo de los aspectos académicos para permitir la transferencia de conocimientos, pericia y experiencia; para desarrollar técnicas y metodologías que aborden los requerimientos específicos de la medicina general, y para explorar la efectividad de la atención en la medicina general. También subrayó la importancia de la base de valores de la medicina de familia misma y la necesidad de una cultura común de la enseñanza, la investigación y la formación. En consecuencia, es oportuno volver a examinar las definiciones de la función del médico de familia y desarrollar una exposición clara de las características de la disciplina de medicina general / medicina de familia.

Además, los países de la Unión Europea (UE), y aquellos que aspiran a adherirse a ésta, se encuentran con otro imperativo más. La Directiva 93/16⁴ de la UE tiene el propósito de promover la libre circulación de los médicos y, por lo tanto, a efectos de protección de los pacientes, es evidente que los médicos de familia deberían recibir una formación que les proporcione todas las capacidades necesarias para trabajar en *cualquier* Estado miembro, puesto que su diploma les autoriza a ejercer en toda la UE sin otra formación complementaria. De esto se desprende que es importante que haya una opinión de consenso que defina las características de la disciplina y las tareas que los médicos de familia deberían desempeñar.

La Directiva 93/16 sólo define un período de formación de dos años como máximo y de seis meses como mínimo en un entorno de medicina general; algunos países han prolongado dicho período hasta tres años o más. El documento Consensus de la UEMO (Unión Europea de Médicos Generalistas) de 1994 sobre la formación específica para la medicina general⁵ argumentaba la necesidad de prolongar el período de formación hasta una duración mínima de tres años, incluidas una parte práctica y una parte teórica, y que el 50%, como mínimo, del tiempo de la formación clínica deba pasarse en un entorno de medicina general. El Comité Asesor de Formación Médica (ACMT)⁶ aceptó el planteamiento de la UEMO y aconsejó a la Comisión Europea que revisara la Directiva en este sentido: establecer un período de formación de tres años, del que el 50% se dedicaría a realizar prácticas, y que los médicos generalistas participen en la formación para la medicina general y sean responsables de ella a todos los niveles. Sin embargo, desafortunadamente este consejo aún no ha sido aceptado por la Comisión Europea.

Los problemas para efectuar cambios en el Título 4 de la directiva médica, que se refiere a la medicina general / medicina de familia y la necesidad de desarrollar el lugar de la medicina de familia dentro del plan de estudios de las universidades de Medicina, han llevado a sugerir que para lograr más desarrollos dentro de esta disciplina sería mejor que el «especialista en medicina de familia» se convirtiera en una de las especialidades médicas listadas en el Título 3, que cubre todas las demás especialidades médicas. No corresponde a este estudio explorar dicho tema; aquí el propósito es elaborar los principios que sostienen la disciplina de medicina general / medicina de familia.

Función, disciplina y sistema de atención sanitaria

Hay diferentes maneras de enfocar el problema de producir una nueva definición. El método utilizado por el grupo de Leeuwenhorst, y más recientemente por Olesen et al.⁷, fue definir los parámetros de la disciplina mediante la descripción de los tipos de tareas que un médico de familia tiene que llevar a cabo. Un enfoque alternativo es intentar definir los principios fundamentales de la disciplina de medicina general / medicina de familia. Este enfoque ha sido adoptado por Gay en una conferencia de la reunión inaugural de WONCA Europe en Estrasburgo en 1995⁸, y también ha sido utilizado en el documento marco desarrollado por WHO Europe.

Gay ha sugerido que hay una relación entre principios y tareas, con cierta influencia tanto de los pacientes como del sistema de atención sanitaria sobre dichas tareas. Esto debería conducir a definiciones de competencia que determinarán el contenido de la educación para la medicina general. La figura 1 representa este planteamiento.

Este diagrama indica la relación dinámica entre los principios subyacentes de la disciplina y las tareas que los médicos de familia tienen que realizar. Dichas tareas vienen determinadas, en considerable medida, por el sistema de atención sanitaria en el que trabajan los médicos generalistas y por los cambios en las necesidades y demandas de los pacientes.

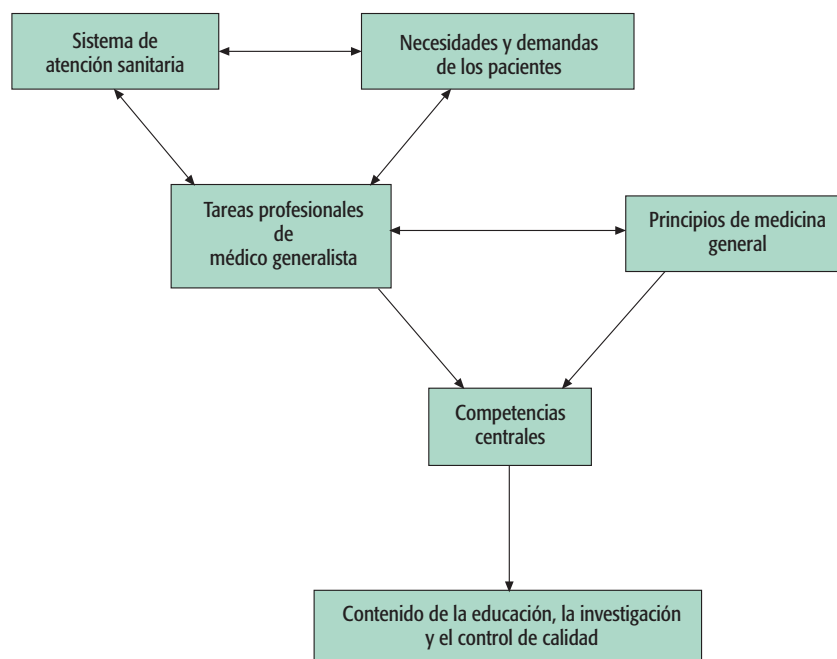


Figura 1. Relación entre los principios de la disciplina de medicina general y las tareas que se exigen a los médicos de familia.

Las características descritas por WHO Europe también se pueden considerar objetivos de la medicina general dentro del sistema de atención sanitaria. Estos conceptos ponen en juego ideas relacionadas con la efectividad y, si aceptamos que el sistema de atención sanitaria determina en mayor o menor medida la tarea que el médico de familia puede asumir, toda nueva definición deberá tener en cuenta el contexto en el que trabaja el médico de familia y deberá reflejar los cambios en las necesidades de los pacientes y los avances en la prestación de atención sanitaria.

Estos enfoques no se excluyen mutuamente y toda nueva definición deberá tener en cuenta los principios que sostienen la disciplina, las tareas centrales del médico de familia dentro del sistema de atención sanitaria y la influencia del sistema de atención sanitaria sobre la provisión de medicina de familia.

Los principios de la disciplina sugeridos por Gay eran:

- | | |
|--|--|
| 1. Enfoque centrado en el paciente. | 6. Enfermedades en una etapa inicial. |
| 2. Orientación a la familia y el contexto comunitario. | 7. Gestión simultánea de múltiples dolencias y patologías. |
| 3. Campo de actividades determinado por las necesidades y demandas de los pacientes. | 8. Gestión permanente. |
| 4. Problemas de salud no seleccionados y complejos. | 9. Atención coordinada. |
| 5. Baja prevalencia de enfermedades graves. | 10. Eficiencia. |

En muchos aspectos son similares a las características de la medicina general / medicina de familia descritas en la declaración marco de WHO:

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------|
| A. General. | E. En colaboración. |
| B. Permanente (<i>continuous</i>). | F. Orientada a la familia. |
| C. Integral. | G. Orientada a la comunidad. |
| D. Coordinada. | |

La declaración de WHO prosigue con una explicación de lo que quiere decir con estas siete características.

General:

- Problemas de salud, sin seleccionar, de toda la población.
- No excluye categorías por razón de edad, sexo, clase, raza o religión, ni ninguna categoría de problema de salud.
- Acceso fácil, no limitado por barreras geográficas, culturales, administrativas ni financieras.

Permanente (*continuous*):

- Centrada en la persona.
- Atención sanitaria longitudinal, a lo largo de períodos considerables de la vida, no limitada a un único episodio de enfermedad.

Integral: atención integrada que abarca:

- Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención curativa, rehabilitación y cuidados paliativos.
- Perspectivas físicas, psicológicas y sociales.
- Aspectos clínicos, humanistas y éticos de la relación médico-paciente.

Coordinada:

- La atención se gestiona desde el primer contacto.
- Remisión a servicios especializados.
- Facilitación de información a los pacientes sobre los servicios disponibles.
- Coordina y gestiona la atención médica.

En colaboración:

- Trabajo mediante equipos multidisciplinarios.
- Delegación de la atención médica cuando sea apropiado.
- Ejercicio de liderazgo.

Orientada a la familia: tratamiento de problemas individuales en el contexto de:

- Circunstancias familiares.
- Redes sociales y culturales.
- Circunstancias laborales y domésticas.

Orientada a la comunidad: sugiere que los médicos de familia deberían considerar los problemas individuales en el contexto de:

- Las necesidades sanitarias de la comunidad.
- Otros profesionales y organismos.

En la declaración de 1991 sobre el Papel del Médico General / Médico de Familia en los sistemas de atención sanitaria⁹ realizada por WONCA, se elaboró una definición de la función del médico generalista y se relacionó con las características de la medicina general / medicina de familia que describe bajo las categorías de compromisos y especificaciones.

La declaración WONCA de 1991 incluye lo siguiente:

- Atención integral.
- Orientación al paciente.
- Enfoque en la familia.
- Relación médico-paciente.
- Coordinación con otros servicios.
- Defensa.
- Accesibilidad y control de recursos.

Hay una gran coincidencia entre las características de WHO, las «especificaciones» en el documento de WONCA y los principios definidos por Gay. Esto se puede demostrar cruzándolos, como se hace en la tabla siguiente:

WHO (1998)	WONCA (1991)	Principios descritos por Gay
General	Atención integral	3. Campo de actividades determinado por las necesidades y demandas de los pacientes 4. Problemas de salud no seleccionados y complejos
Perm.* (continuous)	Orientación al paciente	1. Enfoque centrado en el paciente 8. Gestión permanente (continuing)
Integral	Atención integral	3. Campo de actividades determinado por las necesidades y demandas del paciente 4. Problemas de salud no seleccionados y complejos
Coordinada	Coordinación con otros servicios	9. Atención coordinada
En colaboración	Coordinación con otros servicios	9. Atención coordinada
Orientada a la familia	Enfoque en la familia	2. Orientación hacia los contextos familiar y comunitario
Orientada a la comunidad	Compromiso con la comunidad	2. Orientación hacia los contextos familiar y comunitario

* La confusión en el uso del lenguaje en el documento de WHO puede plantear alguna dificultad. La confusión se plantea entre las palabras «continuous» (continua), y «continuing» (permanente) y en el contexto del documento de WHO «continuing» (permanente) sería más apropiada.

«Continuous» significa sin interrupciones; continuada; como la pared perimetral alrededor de una cárcel.

«Continuing» significa que un proceso o actividad se mantendrá, se sostendrá, continuará en el futuro, no incesantemente, pero «en curso».

Esto se puede ilustrar mejor en relación con la educación médica. Educación médica continuous (continua) significaría que la persona no hace otra cosa, que la persona está recibiendo educación médica tarde, mañana y noche. Educación médica continuing (permanente), por otro lado, describiría un proceso que puede ser intermitente o episódico, pero que sigue indefinidamente.

«Continuing» (permanente) describe mejor la atención longitudinal que presta el médico de familia.

Sin embargo, hay algunas diferencias interesantes. Los puntos descritos por WHO y WONCA tratan de la actividad profesional en el sistema de atención sanitaria, y no de la disciplina en tanto que una actividad médica con un proceso específico. De hecho, los tres puntos siguientes afectan a la disciplina, pero no están realmente integrados en las características de WHO o de WONCA.

«Baja prevalencia de enfermedades graves», «enfermedades en una etapa inicial», y «gestión simultánea de múltiples dolencias y patologías» de la presentación de Gay forman parte de la «atención integral» en el estudio de WONCA, pero no están recogidas en las características de WHO. Cubren un aspecto crucial de la práctica generalista —que es una disciplina basada en la persona (a diferencia de la basada en una patología o en órganos) y está orientada a la normalidad (a diferencia de la orientación a la anormalidad de la atención secundaria). Sin embargo, los médicos de familia también se encontrarán con enfermedades graves y tendrán que tratarlas en su etapa inicial e indiferenciada. La declaración de WONCA también señala que en la Atención Primaria la incidencia de la enfermedad y sus signos cuando se presentan son muy diferentes de los que se ven en los hospitales, que es donde estos se enseñan generalmente.

El documento marco (*framework*) de WHO no explora en profundidad lo que debería ser considerado la piedra angular de la medicina general / medicina de familia: la consulta individual entre paciente y médico de familia. Gay proponía un modelo teórico de práctica generalista: un MODELO GLOBAL, de enfoque abierto, que considerara la enfermedad como el resultado de factores orgánicos, humanos y ambientales. Este concepto, en el que la salud es una organización compleja, es como el modelo bio-psico-social de Engel: un modelo «holístico».

La consulta médica sí está incluida en la declaración de WONCA, que también describe la necesidad de explicar a los pacientes la definición de los problemas tanto en términos biomédicos como humanistas; es decir, en términos físicos, psicológicos y sociales. Este planteamiento tiene su origen en el informe de un grupo de trabajo del Royal College of General Practitioners (RCGP)¹⁰, y se ha imbricado tanto en la forma de concebir la disciplina que corre el peligro de que se dé por sentado.

La eficiencia es otra de las manifestaciones de Gay que no se menciona específicamente en las características de WHO. Probablemente se refiera a la eficiencia de costes, que se acepta como uno de los rasgos característicos de los sistemas de atención sanitaria familiar bien desarrollados. La declaración de WONCA desarrolla más esta idea y sugiere que el médico de familia tenga una función en la gestión de los recursos de los sistemas de atención sanitaria.

La estrecha interrelación entre los principios que definen la disciplina, tal y como se han descrito anteriormente, y las diferentes descripciones de funciones, se puede ver al examinar estas últimas con mayor detalle. (Véase apéndice 1.) La definición original de Leeuwenhorst parece presentar sobre las otras definiciones la ventaja de que ha

sobrevivido al paso del tiempo y de que goza de aceptación generalizada. Responde en gran medida a su época, cuando la práctica generalista era una disciplina muy nueva con una base de investigación y educación muy limitada, y generalmente se consideraba la rama de la profesión médica en la que uno se quedaba anclado si no poseía competencias suficientes para ejercer en las otras. Estaba basada, al menos en parte, en la definición de trabajos producida por un equipo de trabajo del RCGP en 1972¹⁰, que parece que también fue la base de la definición de WONCA. Cubre muchas de las características descritas posteriormente en el documento marco de WHO, pero situadas en el contexto del trabajo cotidiano de la medicina general. Sin embargo, por sí misma no es suficiente para erigirse en la única definición; no es integral (por ejemplo, no se mencionan específicamente la atención curativa, la rehabilitación, ni los cuidados paliativos).

Olesen et al. han afirmado que la definición original de Leeuwenhorst está anticuada y no refleja la realidad de la medicina de familia actual. Sin embargo, parece que gran número de los pormenores de la insatisfacción expresada por Olesen et al. sean debidos a que muchos de quienes se consideran a sí mismos médicos de familia estén trabajando en sistemas sanitarios en los que no es posible ajustarse a todas las características. En consecuencia, abandonan algunos de los rasgos que muchos considerarían cruciales para el trabajo del médico de familia y olvidan en particular los conceptos de entorno comunitario de la disciplina y de atención longitudinal -continuidad. Para apoyar su punto de vista, citan ejemplos como el de los médicos de familia que trabajan en servicios de urgencias.

Las dos definiciones subsiguientes, la de WONCA de 1991 y la de Olesen de 2000, aún parecen estar muy enraizadas en la definición de Leeuwenhorst. La declaración de WONCA de 1991 parece haberla hecho más relevante para diferentes sistemas de atención sanitaria e incorpora, como hemos dicho, algunos descriptores de la disciplina. En su sección sobre la toma de decisiones clínicas describe la manifestación temprana de problemas clínicos no diferenciados, el gran número de problemas que no encajan con los diagnósticos biomédicos clásicos, y el diferente predominio de enfermedades y dolencias en el entorno de la medicina general, en comparación con el entorno de la atención secundaria.

Al considerar los sistemas de atención sanitaria, ahora goza de aceptación general el modelo de atención sanitaria que muestra la figura 2¹¹. Si utilizamos la definición de Atención Primaria recogida en la introducción –«el entorno

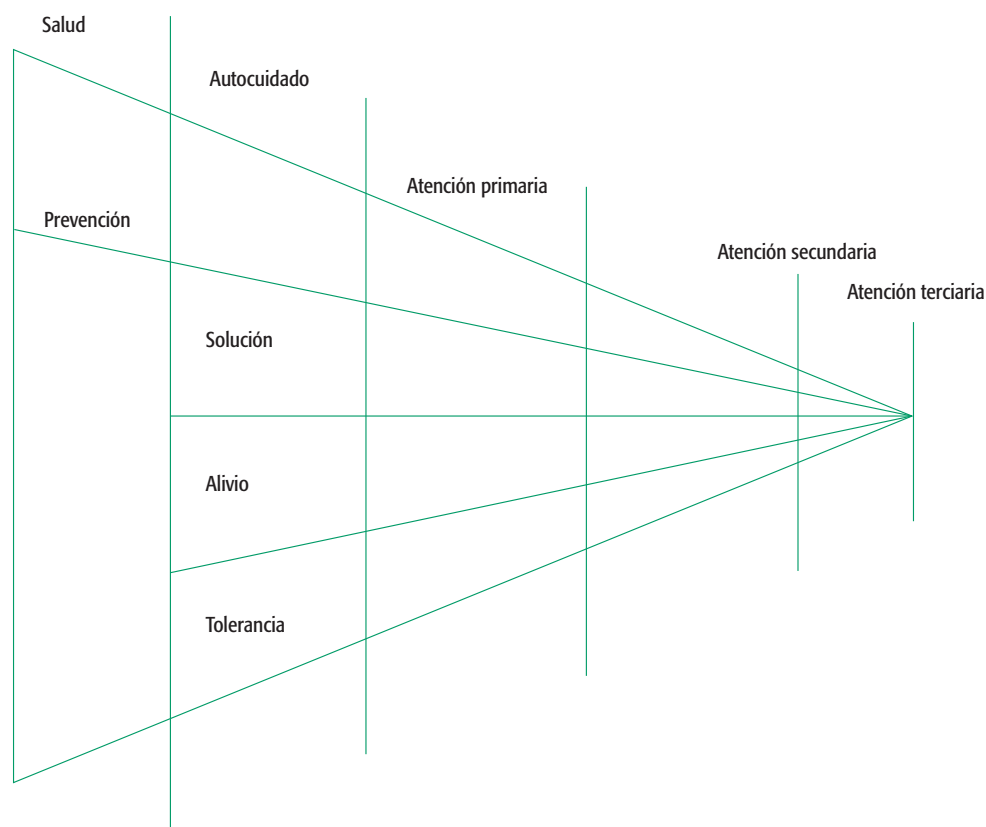


Figura 2.

dentro de un sistema de atención sanitaria, generalmente en la comunidad misma del paciente, en el que tiene lugar el primer contacto con el profesional de la salud»—, tenemos que considerar el contexto en el que trabaja el médico de familia. Los puntos de contacto entre autocuidado, atención sanitaria primaria, atención sanitaria secundaria y atención sanitaria terciaria, y las interacciones entre los diversos proveedores de salud en cada una de ellas son temas que es importante tener en cuenta.

En Europa hay toda una serie de patrones de provisión de atención sanitaria primaria, con diferencias en la población de pacientes con la que tratan los médicos de familia y con un número creciente de diferentes profesionales de la salud que trabajan en la Atención Primaria en los diferentes sistemas de atención sanitaria. Los contextos en los que dichos médicos de familia trabajan son muy diversos, pero los principios subyacentes de la disciplina todavía deberían ser válidos. Obviamente, puede que algunos sistemas de atención sanitaria no sean los más propicios para una buena medicina de familia; y, aunque éstos no sean particularmente dóciles al cambio, no deberíamos tener miedo de plantear una concepción del modelo ideal de sistema de atención sanitaria que es susceptible de producir los mejores resultados para la salud y la mejor atención con efectividad de costes. Se trata de un modelo basado en la medicina de familia de alta calidad. Este fue uno de los principales avances del documento marco de WHO.

La tarea es definir qué actividad es propia del médico de familia, del médico generalista. Los médicos de familia, a través de sus intervenciones en medicina preventiva y educación para la salud, deberían poder influir en el autocuidado. En algunos sistemas de atención sanitaria, influyen en la provisión tanto de atención secundaria como terciaria, y pueden desempeñar una función de facilitación en la coordinación del acceso apropiado a dichos servicios. En otros, los especialistas en el sentido estricto también trabajan en el entorno de la Atención Primaria, y frecuentemente se ocupan de problemas que, en otros países, estarían a cargo sólo de los médicos de familia. En algunos sistemas de atención sanitaria los médicos de familia, que trabajan predominantemente en la Atención Primaria, pueden desempeñar una función limitada en la atención secundaria.

DEBATE

¿Pueden todas estas declaraciones y definiciones diversas combinarse en una única definición? ¿Necesitamos una nueva definición, y debería ser una descripción de las tareas/la función o de las características de la disciplina? Esto se sometió a consulta en un taller durante la Conferencia de 2001 de WONCA Europe en Tampere (Finlandia), donde una mayoría considerable opinó que debería haber una nueva definición y que ésta debería abarcar una descripción tanto de las tareas como de los principios de la disciplina.

Hay muchas similitudes entre las afirmaciones de los principios que definen nuestra disciplina y los descriptores de las tareas de un médico generalista, pero también hay diferencias significativas. Se ha señalado que hay carencias en todas las declaraciones, lo que puede deberse a diferencias en la manera en la que se interpretan dichas declaraciones. Ninguna de estas definiciones abarca, de por sí, todas las características clave de la disciplina de la medicina general. Por lo tanto, es necesario efectuar una síntesis de las diferentes declaraciones consideradas hasta el momento a fin de examinar las diferencias, llenar las lagunas y garantizar una definición más completa.

Muchas de las preocupaciones expresadas en el estudio de Olesen et al. en relación con la definición de Leeuwenhorst parecen residir en su interpretación en términos absolutos. Por ejemplo, ¿qué se quiere decir con «atención personal»? ¿Se trata de que siempre sea el mismo doctor quien atienda? De no ser así, ¿en qué condiciones es aceptable un sustituto (por ejemplo, fuera del horario laboral)? ¿O queremos decir atención a la persona, más que a la patología (orienta a la persona, descrita por Gay y WHO? También se consultó al taller de Tampere sobre este punto; muy pocos participantes opinaron que los médicos generalistas deberían prestar atención personal las 24 horas del día; pero una mayoría importante consideró que deberían proporcionar una atención personal permanente durante un período de tiempo significativo.

Cuando llega el momento de considerar nuestras definiciones, hay otra serie de temas que cabe destacar. La interacción única que se establece entre médico de familia y paciente en el proceso de consulta de la medicina general merece que la expliquemos más. McWhinney²² la ha descrito como un pacto que tiene sus propios efectos terapéu-

ticos. Esta relación entre médico y paciente en la medicina general llevó a Balint¹³ a acuñar el término «the drug doctor» (el «médico-medicamento»). La utilización de la interacción durante la consulta como una herramienta terapéutica debe ser considerada una de las características clave de la medicina general y debe formar parte de la formación en dicha disciplina. Pereira-Gray¹⁴ ha explorado más detenidamente el tema de la continuidad y del uso del tiempo, y ha considerado las consultas separadas a lo largo del tiempo entre el médico generalista y el paciente como parte de un *continuum*. Pereira-Gray señaló que el ciudadano medio en el Reino Unido consulta a su médico generalista cinco veces al año, con un tiempo acumulativo total de 47 minutos al año.

Un punto de creciente importancia en años recientes es el concepto de autonomía del paciente y, consiguientemente, el papel del médico de familia en el desarrollo de la capacidad del paciente para gestionar sus propias enfermedades y su contribución a dicha gestión mediante un proceso de cambio de comportamientos. Probablemente que este aspecto sea cada vez más importante, pues los pacientes cada vez están mejor informados gracias a la amplia variedad de sistemas de información a los que ahora tienen acceso (por ejemplo, Internet).

La defensa aparece sólo en la declaración de WONCA, aunque estaba en los borradores preliminares del documento marco de WHO. Se la describe como «ayudar al paciente a desempeñar un papel activo en el proceso de toma de decisiones clínicas y trabajar con el gobierno y otras autoridades para optimizar la distribución equitativa de los servicios entre todos los miembros de la sociedad». Parecería que aún haya otra función del médico de familia, que es ayudar a los pacientes a negociar su ubicación en los ámbitos secundario y terciario de sus sistemas de atención sanitaria.

La epidemiología de la medicina general es esencialmente diferente de la de la atención secundaria. Las enfermedades importantes se presentan pronto y de una forma no diferenciada; muchos problemas menores y autolimitadores se atienden sólo, o predominantemente, en la Atención Primaria; y la medicina de familia gestiona gran parte de la atención longitudinal de las enfermedades crónicas. Muchas consultas tienen que aliviar la ansiedad producida por posibles enfermedades en pacientes que no tienen ninguna patología (la orientación a la normalidad de la Atención Primaria). El concepto de orientación a la normalidad es complejo y cubre varios aspectos. Abarca la actividad de promover la salud y el bienestar, y la expectativa de que muchos de los problemas que se presentan no tienen base patológica. Al mismo tiempo, los médicos generalistas tienen que diagnosticar y gestionar enfermedades graves cuya incidencia es diferente en comparación con la que tienen en la atención secundaria y terciaria. Tienen que aplicar técnicas de solución de problemas para resolver el dilema que se les presenta. Es una tarea muy compleja que requiere un proceso de toma de decisiones específico, basado en la baja incidencia de las enfermedades graves y en el hecho de que el valor predictivo positivo de los síntomas y signos y de las pruebas de diagnóstico en la Atención Primaria es diferente y, en toda una serie de condiciones importantes, menor que en un entorno hospitalario. Frecuentemente, no hay causa biomédica del malestar que presenta el paciente y es importante saber cuándo dejar de investigar pero sin dejar de atender. También está la necesidad de proteger a los pacientes de los daños de la sobremedicalización de sus problemas; de ser preciso, «rescatándoles» de exploraciones, pruebas y tratamientos innecesarios.

McWhinney¹⁵ destacó el modelo de los procesos biológicos, basado en los órganos, en el que la forma como se comporta un organismo determinado depende en parte de su historia, contexto y entorno. Esto exige que los médicos generalistas busquen la complejidad y acepten la incertidumbre; y McWhinney señala que, de todas las disciplinas médicas, la medicina general es la que opera con el mayor nivel de complejidad y, por lo tanto, de incertidumbre. En su ponencia subrayó varios de los aspectos que ya hemos planteado: las relaciones, la orientación hacia el individuo, y el dualismo entre mente y cuerpo (físico, psicológico y social).

En estos días de consumismo y gestión del rendimiento se espera que los médicos de familia mantengan actualizadas sus capacidades mediante el aprendizaje permanente y que las demuestren mediante controles de calidad. En algunos sistemas de atención sanitaria, esto está llevando a la reacreditación periódica obligatoria. Otros cambios en la sociedad alterarán la opinión del consumidor sobre la manera en la que se presta la atención sanitaria, y el médico generalista debe ser flexible a fin de responder a dichos cambios. Esta flexibilidad debe soportar los rápidos cambios en el ámbito biomédico; cambios que, en el caso del médico generalista, se producen en todo el espectro de gestión de la enfermedad.

El incremento de los viajes y de la inmigración puede provocar cambios rápidos en la distribución de la salud y la enfermedad. Esto representa nuevos retos para el médico generalista y un cambio en la epidemiología de la medicina general. El médico de familia necesita tener una comprensión más amplia de las diferencias culturales, étnicas y religiosas, y de su impacto en la enfermedad y en la salud, así como de sus implicaciones para los tratamientos.

Su función con respecto a la gestión de recursos también se está desarrollando. Con unos costes de atención sanitaria siempre en aumento, el médico generalista, junto con su paciente, se encuentra en una posición única a la hora de determinar las prioridades en la provisión de atención sanitaria y en la asignación de recursos. Los médicos de familia también tienen que ser conscientes de su papel en la promoción de un ejercicio que tenga efectividad de costes, no sólo en cuanto a ellos mismos sino también entre sus colegas. Puede que haya conflictos entre los deseos y las necesidades del paciente individual y las necesidades de la comunidad en su conjunto; por lo que el médico de familia tiene que ser consciente de ello, ser capaz de encontrar el equilibrio adecuado y saber comunicárselo a su paciente.

Un aspecto del que no se ocupan específicamente ninguna de las anteriores definiciones es el concepto de capacidades de aplicación amplia (high-use skills) y capacidades de alto riesgo (high-risk skills). Las capacidades de aplicación amplia son las que se usan frecuentemente en un entorno de medicina general porque se requieren con mucha frecuencia; por ejemplo, exploraciones pediátricas, registro de historiales en condiciones de tiempo limitado, exámenes de oído, nariz y garganta, etc. Las capacidades de alto riesgo son las requeridas en situaciones que comportan gran riesgo para el paciente y con las que el médico generalista se encuentra en pocas ocasiones; por ejemplo, aplicar la reanimación cardiopulmonar, pacientes con convulsiones o pacientes agresivos/peligrosos.

Finalmente, debe quedar claro que nuestro proceso educativo debe preparar a los médicos de familia para los muy diferentes procesos clínicos que no son principalmente mecánicos ni de naturaleza técnica; y ésta es aún la manera predominante de enseñar la medicina en las escuelas de medicina de todo el mundo.

Hace falta una declaración autorizada que defina tanto la disciplina de la medicina general / medicina de familia como las tareas del médico generalista, y que las relacione, como mínimo en términos generales, con el contexto del sistema de atención sanitaria.

Dicha declaración debería definir:

1. Los elementos esenciales que definen la disciplina y que no dependen de los sistemas de atención sanitaria.
2. Las tareas profesionales que deben desempeñarse en general pero que pueden variar según el contexto. Un ejemplo podría ser que la remisión a la atención secundaria es un componente esencial, pero la función del control de quién accede a la misma no lo es.
3. Las tareas profesionales que, como resultado de las diferencias contextuales, no son de desempeño general, pero cuando dicha situación se considera insatisfactoria (por ejemplo, si pensamos que los médicos de familia deberían ocuparse de todas las edades, incluidos los niños, pero ello no es posible en un sistema de atención sanitaria determinado), deberíamos sugerir que dicho sistema de atención sanitaria cambie a fin de optimizar los beneficios relacionados con los resultados en cuanto a la salud de los pacientes y con la relación costes-atención efectiva en cuanto a la sociedad.

Esto nos lleva hacia las nuevas definiciones. Necesitamos una definición de las características o principios de la disciplina de medicina de familia y una definición de la función de los médicos de familia, categorizada con referencia al sistema de atención sanitaria en el que trabajan.

Referencias bibliográficas

1. The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching General Practice. Leeuwenhorst, Países Bajos, 1974.
2. Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Family Medicine in Europe, WHO Europe. Copenhagen, 1998.
3. Van Weel C. The Impact of Science on the Future of Medicine: RCGP Spring Meeting, 2001.
4. Council Directive 93/16/EEC to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications; Official Journal of the European Community, 165: 7/7/93.
5. Proceedings UEMO Consensus Conference on Specific Training for General Practice. UEMO. Publicadas por The Danish Medical Association. Copenhagen, 1995.
6. Report and Recommendations on the Review of Specific Training in General Medical Practice: Advisory Committee on Medical Training (to the European Commission), XV/E/8433/95-EN. Octubre, 1995.
7. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice-time for a new definition. *BMJ* 2000; 320:354-7.
8. Gay Bernard, What are the basic principles to define general practice. Presentation to Inaugural Meeting of European Society of General Practice/Family Medicine. Estrasburgo, 1995.
9. The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a statement from WONCA, 1991.
10. The Future General Practitioner – Learning and Teaching: London; RCGP, 1972.
11. The Nature of General Medical Practice – Report from General Practice, 27: London; RCGP, 1996.
12. McWhinney Ian R. Primary care core values: core values in a changing world. *BMJ* 1998; 317(7147):1807-9.
13. Balint M. The Doctor, his Patient and the Illness: Pitman Medical. Londres, 1964.
14. Pereira-Gray D. Forty-seven minutes a year for the patient. *British Journal of General Medicine*, 1998; 48(437):1816-7.
15. McWhinney, Ian R., The importance of being different. *British Journal of General Medicine*, 1996; 46:433-6.

Notas explicativas: fundamentos y revisión académica de las competencias centrales

NOTAS EXPLICATIVAS

La definición de la disciplina de medicina general / medicina de familia y del médico especializado en ella debe conducirnos directamente a las competencias centrales del médico generalista / médico de familia.

«Centrales» significa esenciales para la disciplina, independientemente del sistema de atención sanitaria en el que se ejerzan.

Las 11 características de la disciplina están relacionadas con 11 capacidades que todo médico especialista en medicina de familia debería dominar. A causa de su interrelación, se las agrupa en seis categorías independientes de competencias centrales.

Gestión de la Atención Primaria

Incluye la habilidad de:

- Gestionar el contacto inicial con los pacientes, ocupándose de problemas no seleccionados.
- Cubrir todo el abanico de estados de salud.
- Coordinar la atención con otros profesionales de la Atención Primaria y con otros especialistas.
- Dominar efectiva y apropiadamente la prestación de atención médica y la utilización del servicio sanitario.
- Poner a disposición del paciente los servicios apropiados dentro del sistema de atención sanitaria.
- Actuar como defensor del paciente.

Atención centrada en la persona

Incluye la habilidad de:

- Adoptar un enfoque centrado en la persona al ocuparse de pacientes y problemas en el contexto de las circunstancias del paciente.
- Desarrollar y aplicar la consulta de la medicina generalista, a fin de provocar una relación médico-paciente efectiva, con respeto por la autonomía del paciente.
- Comunicar, establecer prioridades y actuar en colaboración.
- Proporcionar la continuidad longitudinal de la atención, según lo determinado por las necesidades del paciente y remitiéndose a una gestión permanente y coordinada de la atención médica.

Capacidades específicas para la solución de problemas

Incluyen la habilidad de:

- Relacionar procesos específicos de toma de decisiones con el predominio y la incidencia de la enfermedad en la comunidad.

- Reunir selectivamente e interpretar la información de los exámenes físicos que constan en los historiales médicos y en las investigaciones, y aplicarlos a un plan de gestión apropiado, en colaboración con el paciente.
- Adoptar principios de trabajo apropiados (por ejemplo, la investigación acumulativa), utilizando el tiempo como herramienta, y tolerar la incertidumbre.
- Intervenir con urgencia cuando sea necesario.
- Gestionar condiciones que se pueden presentar de forma temprana y no diferenciada.
- Hacer un uso efectivo y eficiente de los diagnósticos y las intervenciones terapéuticas.

Enfoque integral

Incluye la habilidad de:

- Gestionar simultáneamente múltiples dolencias y patologías, y problemas de salud del individuo tanto agudos como crónicos.
- Promover la salud y el bienestar aplicando apropiadamente estrategias de fomento de la salud y de prevención de enfermedades.
- Gestionar y coordinar la promoción de la salud, la prevención, las curas, la atención y los cuidados paliativos, y la rehabilitación.

Orientación comunitaria

Incluye la habilidad de:

- Reconciliar las necesidades sanitarias de los pacientes individuales y las necesidades sanitarias de la comunidad en la que viven, en equilibrio con los recursos disponibles.

Enfoque global

Incluye la habilidad de:

- Utilizar un modelo bio-psico-social teniendo en cuenta las dimensiones cultural y existencial.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE APLICACIÓN

En la aplicación de competencias a la enseñanza, el aprendizaje y el ejercicio de la medicina de familia hay que considerar tres características adicionales esenciales: contextuales, de actitud y científicas. Se refieren a las características de los médicos y determinan su capacidad de aplicar las competencias centrales en el puesto de trabajo en un contexto real. En la medicina general, pueden tener un impacto mayor debido a la estrecha relación entre el médico de familia y las personas con las que trabaja, pero afectan a todos los médicos y no son específicos de la medicina general.

Aspectos contextuales

(Entender el contexto de los médicos mismos y el entorno en el que trabajan, incluidas sus condiciones de trabajo, su comunidad, su cultura, y sus marcos financieros y normativos).

- Comprender el impacto de la comunidad local, incluidos factores socioeconómicos, geografía y cultura, en el lugar de trabajo y en la atención a los pacientes;
- Ser consciente del impacto de toda la carga de trabajo en la atención prestada al paciente individual y de la disponibilidad de servicios (p. ej., personal, equipos) para prestar dicha atención;

- Comprender los marcos financiero y jurídico en los que se presta la atención sanitaria al nivel de la consulta;
- Comprender el impacto de los entornos personales doméstico y laboral del médico en la atención que proporciona.

Aspectos de actitud

(Basados en las capacidades profesionales, valores, sentimientos y ética del médico.)

- Ser consciente de las propias capacidades y valores, identificando los aspectos éticos de la práctica clínica (prevención / diagnóstico / terapia / factores que influyen en los estilos de vida);
- Ser consciente de uno mismo; comprender que las propias actitudes y sentimientos son determinantes importantes de cómo se ejerce;
- Justificar y clarificar la ética personal;
- Ser consciente de la interacción mutua de vida laboral y privada, y esforzarse por establecer un buen equilibrio entre ambas.

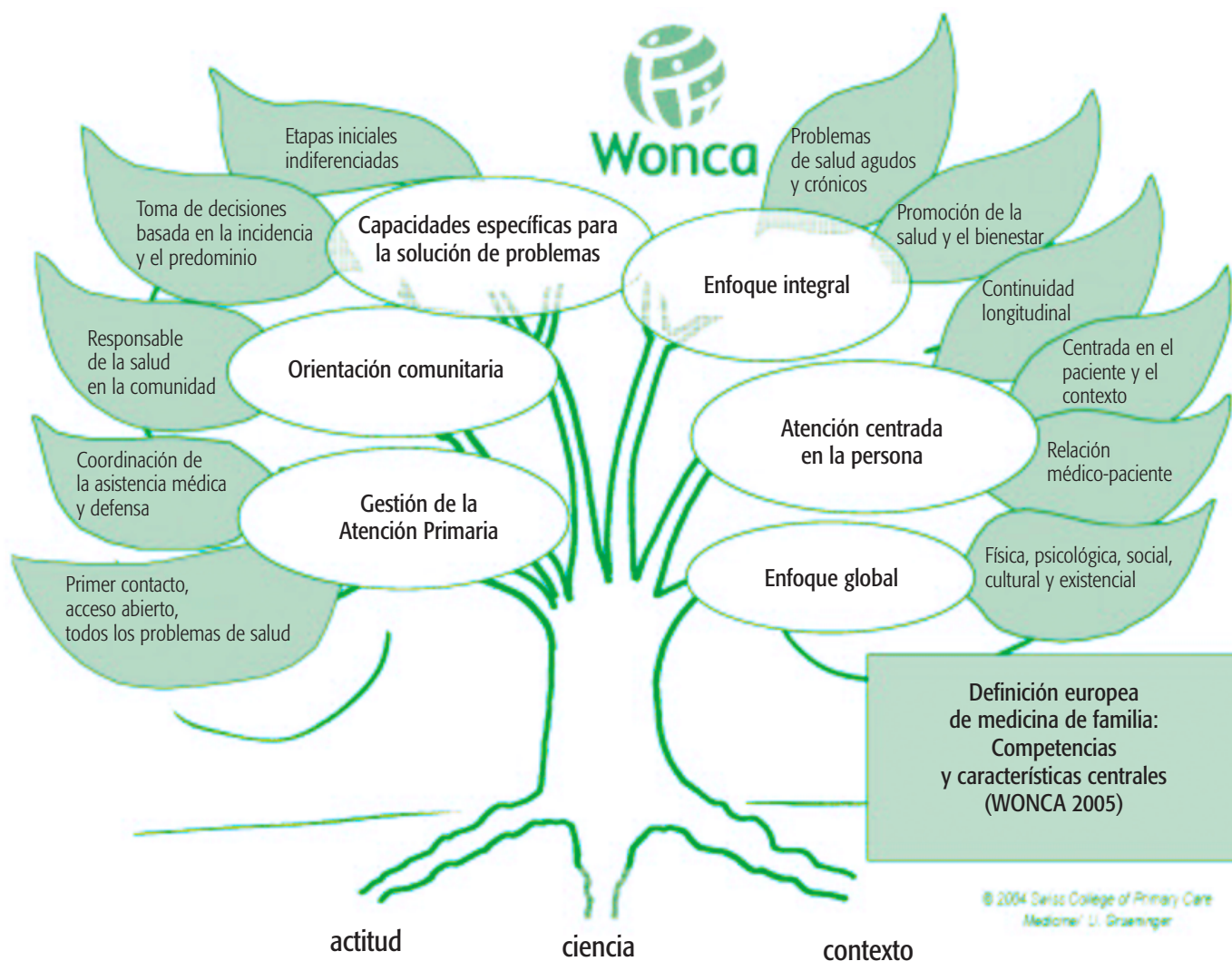
Aspectos científicos

(Adoptar en la práctica médica un enfoque crítico y basado en la investigación, y mantenerlo a través del aprendizaje permanente y la mejora de la calidad.)

- Estar familiarizado con los principios generales, métodos, conceptos de la investigación científica, y con los aspectos estadísticos fundamentales (incidencia, predominio, valor estimado, etc.);
- Tener un conocimiento profundo de fundamentos científicos de patología, síntomas y diagnósticos, terapia y pronóstico, epidemiología, teorías de la decisión, teorías de la formulación de hipótesis y solución de problemas, atención sanitaria preventiva;
- Ser capaz de acceder a literatura médica y de leerla y juzgarla críticamente;
- Desarrollar y mantener el aprendizaje permanente y la mejora de la calidad.

La interrelación de competencias centrales y aplicación de características esenciales caracteriza la disciplina y pone de relieve la complejidad de la especialidad. Esta compleja interrelación debería guiar el desarrollo (y verse reflejada en él) de las agendas relacionadas de la enseñanza, la investigación y la mejora de la calidad.

El Árbol WONCA elaborado por el Colegio Suizo demuestra claramente dicha interrelación:



FUNDAMENTO DE LAS COMPETENCIAS CENTRALES; REVISIÓN ACADÉMICA Y ANÁLISIS

Introducción

La descripción de competencias es el resultado de un proceso jerárquico. De los principios de la disciplina de medicina general se derivan las tareas profesionales del médico generalista; y de dichas tareas se derivan las competencias centrales. El orden de clasificación en la lista de competencias centrales no implica una mayor o menor importancia; todas son necesarias para la prestación de una atención de alta calidad en el marco de la medicina de familia. Se aplican en mayor o menor grado dependiendo de cada paciente y del problema que presente. Lo que está claro es que, como resultado de la amplia variedad de retos clínicos a los que se enfrenta diariamente la medicina general, todas deben estar a disposición del médico generalista cualificado, para que las aplique de la forma apropiada.

Las competencias centrales

Las 11 características se han agrupado en seis bloques o ámbitos de competencia y luego han sido desarrolladas en grupos de competencia específica. Cada una de ellas se puede remitir a las características específicas de la disciplina de la que se derivan. Muchas están relacionadas con más de una característica. Por ejemplo, el primer ámbito de competencia «Gestión de la Atención Primaria» cuenta con siete declaraciones de competencia individuales, y se puede clasificar como ilustra la tabla siguiente (nos referiremos a las características esenciales por su letra, correspondiente a la que se ha utilizado anteriormente):

Declaración de competencia	Característica
GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	
Gestionar el contacto inicial con los pacientes, ocupándose de problemas no seleccionados	a) Normalmente es el primer punto de contacto con el sistema de atención sanitaria, pues proporciona acceso abierto e ilimitado a sus usuarios y se ocupa de todos los problemas de salud, independientemente de la edad, sexo u otra característica de la persona en cuestión
Cubrir todo el abanico de estados de salud	a)
Coordinar la atención con otros profesionales de la Atención Primaria y con otros especialistas	b) Hace un uso eficiente de los recursos de atención sanitaria mediante la coordinación de la atención, trabajando con otros profesionales en el ámbito de la Atención Primaria y gestionando la interrelación con otros especialistas que asumen la defensa del paciente cuando es necesario
Dominar efectiva y apropiadamente la prestación de atención médica y la utilización del servicio sanitario	b)
Poner a disposición del paciente los servicios apropiados dentro del sistema de atención sanitaria	b)
Actuar como defensor del paciente	b)

El mismo ejercicio se puede llevar a cabo con los demás bloques de competencias.

Si el médico domina las competencias de los seis ámbitos centrales, entonces tendrá la capacidad de tratar todos los problemas que se le presenten en medicina general. Se aplican a todos los problemas, independientemente del área clínica implicada, y se usarán para la gestión de la hipertensión y las hernias, el dolor de espalda crónico y la insuficiencia renal crónica.

Características esenciales de aplicación

Del mismo modo que hay seis bloques centrales de competencias, hay tres aspectos característicos esenciales que afectan a su aplicación: aspectos de contexto, de actitud y científicos. Están relacionados con las características de los *médicos* y determinan su habilidad para aplicar las competencias centrales en una situación laboral real. Afectan a todos los médicos y no son específicos de la medicina general, pero en ella tienen un mayor impacto debido a la estrecha relación entre el médico de familia y las personas con las que trabaja. La medicina general, en cuanto a disciplina centrada en el paciente, es «de alto contexto», pues acepta el mundo subjetivo de las creencias sobre salud del mismo paciente, la familia y las influencias culturales en su definición de problemas y en los diferentes aspectos de la intervención. Muchos otros especialistas desarrollan disciplinas «de bajo contexto», limitando siempre que pueden la toma de decisiones a hechos objetivos, información cuantitativa que se puede medir y técnicas de diagnóstico visual.

Una consecuencia de esto es que el doctor se implica personalmente, no sólo como proveedor de atención médica, en su relación con el paciente. Tiene que aprender a entender y utilizar sus propias actitudes, puntos fuertes y debilidades, valores y creencias, en una colaboración con el paciente individual. Europa tiene una multitud de sistemas de atención sanitaria y situaciones diversas en las que la atención está en manos del médico generalista. Hay diferencias culturales (incluidas las religiosas) y políticas en las sociedades y en las poblaciones que el médico generalista atiende. Esto puede llevar a variaciones en las descripciones del trabajo. La medicina general es la disciplina clínica que, más que cualquier otra, depende de las diferencias dentro de la sociedad. El médico generalista es el mediador entre la sociedad y la medicina. Estos factores también influyen en el médico como persona. Justificar, clarificar y compartir explícitamente estas actitudes personales con los pacientes es una de las competencias a adquirir.

Aunque sea una disciplina de alto contexto y muy centrada en el individuo, la medicina general se debería basar en la evidencia científica tanto como fuera posible. Recurrir a la experiencia en la gestión de los pacientes sigue siendo muy importante; pero siempre que sea posible dicha experiencia debería estar respaldada por pruebas firmes publicadas y recopiladas en la literatura y las directrices médicas, y debería ser contrastada con ellas. Los médicos de familia deben ser capaces de buscar, reunir, entender e interpretar críticamente las investigaciones científicas y deben utilizar la evidencia tanto como sea posible. La revisión crítica de la experiencia adquirida durante el ejercicio debería ser una actitud mantenida a lo largo de toda la carrera profesional. El conocimiento y la utilización de los principios del aprendizaje permanente y de la mejora de la calidad deberían estar considerados una competencia esencial.

Competencia y ejecución

Para ser un exponente competente de la disciplina de medicina general se requieren competencias centrales. Sin embargo, la adquisición de dichas competencias no garantiza que se las traslade al entorno de trabajo cotidiano, que se rige por su ejecución en sí. La competencia se puede definir como la capacidad del médico generalista de ejecutar con éxito una serie de tareas discretas observables aislado del contexto de trabajo real¹. En la terminología de Miller, la competencia se refiere a lo que el que aprende debería ser capaz de demostrar cuando se le pregunta o evalúa; la ejecución es lo que el que aprende lleva a cabo en un entorno de práctica cotidiana real².

Así, la competencia se puede considerar la capacidad de actuar de un individuo de acuerdo con el nivel requerido en una situación dada. En el triángulo de Miller, los niveles «sabe» (hechos básicos), «sabe cómo» (capaz de aplicar sus conocimientos) y «demuestra cómo» (capaz de demostrar sus capacidades) están relacionados con el concepto de competencia (véase figura 3). La ejecución se puede definir como lo que realmente hace un médico en su atención clínica y en su comunicación con los pacientes en la práctica diaria; la ejecución está relacionada con el nivel «hace» de Miller. Está considerada muy dependiente de las condiciones y requerimientos de atención sanitaria existentes, de las oportunidades financieras y estructurales, y de las oportunidades y el apoyo en el ejercicio.

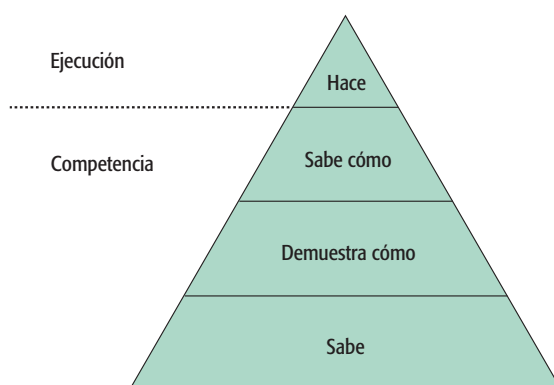


Figura 3. Adaptación de los «niveles» de Miller.

Por más éxito que se tenga, traducir la capacidad de ejecutar en ejecución real también requiere la intervención de las características esenciales de aplicación, que son características del médico, no del sistema sanitario. Esto también se puede representar con un diagrama:



Las características esenciales del médico, sus actitudes, atributos e interacción con el sistema de atención sanitaria y la sociedad en la que trabaja determinarán el grado de ejecución que alcanza. El área del «hace» del diagrama anterior no es homogénea, sino que contiene diferentes niveles de pericia, desde el de competente hasta el de experto, pasando por el de hábil. La interrelación de competencias centrales y de características esenciales distingue la disciplina y pone de relieve la complejidad de la especialidad; y la capacidad de sintetizar y de aplicar un

amplio abanico de competencias en su trato con el paciente y su problema, es lo que define al médico generalista experto.

Las competencias en este documento son el punto de partida para determinar los estándares del especialista competente en medicina general / medicina de familia. Son aplicables en todos los sistemas de atención sanitaria y conforman un modelo o marco teórico para la enseñanza y el aprendizaje de nuestra disciplina.

Puede que la realidad de la práctica difiera, y diferirá, en diferentes países, culturas y sistemas de atención sanitaria, y puede que las tareas que el médico generalista deba llevar a cabo sean diferentes. Sin embargo, las competencias requeridas para llevar a cabo dichas tareas deberían ser las mismas.

Referencias bibliográficas

1. Ram P, van der Vleuten CPM, Rethans JJ, Grol R, Arentz K. Assessment of practicing family physicians in a multiple-station examination using standardised patients with observation of consultation in daily practice. *Acad Med* 1999;74:62-9.
2. Ram P. Comprehensive assessment of general practitioners. A study on validity, reliability and feasibility. Tesis 1998, Maastricht University.

Apéndices

APÉNDICE 1

Definición de Leeuwenhorst, 1974

«El médico generalista es un médico diplomado colegiado que presta atención personal, primaria y permanente a los individuos, las familias y la población a los que atiende, independientemente de la edad, el sexo, o la enfermedad. Lo que es único es la síntesis de dichas funciones. Atenderá a sus pacientes en su consulta y en sus casas, y a veces en una clínica o un hospital. Su propósito es hacer diagnósticos tempranos. Incluirá e integrará factores físicos, psicológicos y sociales en su consideración de la salud y la enfermedad. Esto se expresará en la atención a sus pacientes. Tomará una decisión inicial sobre cada problema que se le plantee como médico. Asumirá la gestión permanente de sus pacientes con enfermedades crónicas, recurrentes o terminales. El contacto prolongado significa que puede aprovechar oportunidades repetidas de reunir información a un ritmo adecuado para cada paciente y construir una relación de confianza que puede utilizar profesionalmente. Ejercerá en cooperación con otros colegas, tanto médicos como de otro tipo. Sabrá cómo y cuándo intervenir mediante el tratamiento, la prevención y la educación para promover la salud de sus pacientes y sus familiares. Reconocerá que también tiene una responsabilidad profesional para con la comunidad.»

Definición de WONCA, 1991

«El médico generalista o médico de familia es el médico inicialmente responsable de proporcionar una atención médica integral a todo individuo que solicite atención médica y de organizar que otro personal sanitario preste servicios cuando sea necesario. El médico generalista o médico de familia funciona como un médico de medicina general que acepta a todos aquellos que requieren atención médica, mientras que otros proveedores de salud limitan el acceso a sus servicios partiendo de la edad, el sexo o el diagnóstico.

El médico generalista o médico de familia se ocupa del individuo en el contexto de la familia, y de la familia en el contexto de la comunidad, independientemente de la raza, la religión, la cultura o la clase social. Es clínicamente competente para prestar la mayor parte de la atención que requieren, después de tomar en cuenta sus antecedentes culturales, socioeconómicos y psicológicos. Además, asume la responsabilidad personal de proporcionar a sus pacientes una atención integral y permanente.

El médico generalista o médico de familia ejerce su función profesional proporcionando atención médica, bien directamente o bien a través de los servicios de otros, de acuerdo con las necesidades sanitarias y los recursos disponibles en el seno de la comunidad en la que trabaja».

Definición de Olesen, 2000

«El médico generalista es un especialista formado para trabajar en la primera línea de un sistema de atención sanitaria y para dar los pasos iniciales para proporcionar atención sanitaria ante cualquier/cualesquiera problema(s) de salud que los pacientes puedan tener. El médico generalista se ocupa de los individuos de una sociedad, independientemente del tipo de enfermedad o de otras características personales o sociales del paciente, y organiza los recursos disponibles en el sistema de atención sanitaria de la forma que mejor convenga a los pacientes. El médico generalista se relaciona con individuos autónomos en todos los campos de la prevención, el diagnóstico, la cura, la atención y los cuidados paliativos, y para ello utiliza e integra las ciencias de la biomedicina, la psicología clínica y la sociología clínica.»

APÉNDICE 2

Agradecimientos

WONCA EUROPE quiere expresar su agradecimiento a todas las organizaciones y personas que han aportado comentarios escritos o que han participado en los procesos de consulta que han desembocado en la elaboración de este documento. Entre otros:

- Academia Europea de Profesores en Medicina General
 - Asociación Sueca de Medicina General
 - Colegio Danés de Médicos Generalistas
 - Colegio de Médicos de Familia de Canadá
 - Colegio de Médicos de Familia de Malta
 - Colegio Islandés de Médicos de Familia
 - Colegio Nacional de Médicos Generalistas Enseñantes, Francia
 - Colegio Neerlandés de Médicos Generalistas
 - Colegio Noruego de Médicos de Familia
 - Colegio Real de Médicos Generalistas, Reino Unido
 - Grupo Europeo de Investigación en Atención Primaria
 - Grupo Europeo de Trabajo en Aseguramiento de la Calidad
 - Organización Mundial de Médicos de Familia
 - Red Europea para la Prevención y Promoción de la Salud en Medicina de Familia y Medicina General
 - Sociedad Austriaca de Medicina General / Medicina de Familia
 - Sociedad Eslovaca de Medicina General/Medicina de Familia
 - Sociedad Española de Medicina General
 - Sociedad Suiza de Medicina General
 - Unión Europea de Médicos Generalistas
 - WHO, oficina de Barcelona
-
- Dr. M. Boland
 - Dr. G. Buckley
 - Dr. J. Horder
 - Prof. C. Lionis

APÉNDICE 3

Definiciones en lengua inglesa

Existe mucha confusión en cuanto al lenguaje utilizado al hablar de medicina general / medicina de familia^{8,9} y su interpretación. A fin de que no se hagan malas interpretaciones ni haya malentendidos, a efectos de estos documentos de trabajo, aparecen los siguientes términos con sus definiciones respectivas:

Médico generalista} Médico de familia }	Son sinónimos utilizados para describir a los médicos que han pasado una formación de postgrado en medicina general como mínimo hasta el nivel definido en el Título 4 de la Doctors' Directive
Médico de atención primaria	Un médico de cualquier disciplina que trabaja en un entorno de atención primaria
Médico de atención secundaria	Un médico que ha pasado por un período de formación de postgrado superior en una disciplina basada en un órgano/enfermedad y que trabaja predominantemente en dicha disciplina en un entorno hospitalario
Especialista	Un médico de cualquier disciplina que ha pasado un período de formación de postgrado superior
Atención Primaria	El entorno dentro de un sistema de atención sanitaria, generalmente en la propia comunidad del paciente, en el que se produce el primer contacto (con exclusión de los traumas graves) con un profesional de la salud

