

# The European Definition of General Practice / Family Medicine



# La definición europea de Medicina General / Medicina de Familia

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

Versión resumida  
Euract, 2005

Academia Europea de Profesores de Medicina General  
(Red dentro de WONCA Europe)



© 2007 Sociedad Española de Medicina  
de Familia y Comunitaria

Portaferrissa, 8, pral.

08002 Barcelona

[www.semfy.com](http://www.semfy.com)

**Coordinación y dirección editorial:**

**semfy**  ediciones

Carrer del Pi, 11, 2a pl., of. 14

08002 Barcelona

[ediciones@semfy.com](mailto:ediciones@semfy.com)

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 Ramón Echávarri.

Depósito legal:

ISBN: 978-84-96761-41-4

# La definición europea de Medicina General / Medicina de Familia

Características clave de la disciplina de Medicina General  
El papel del médico generalista  
y  
Una descripción de las competencias centrales  
del médico generalista / médico de familia

Elaborado por WONCA EUROPE  
(La Sociedad Europea de Medicina General / Medicina de familia), 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)  
Miembro del Consejo de EURACT

**Profesor Harry Crebolder**

Universidad de Maastricht (Países Bajos)

**Profesor Jan Heyrman**

Universidad Católica de Lovaina (Bélgica)  
Miembro del Consejo Ejecutivo de EURACT

**Profesor Igor Svab**

Universidad de Ljubljana (Eslovenia)  
Miembro del Consejo Ejecutivo de EURACT

**Dr. Paul Ram**

Universidad de Maastricht (Países Bajos)

Editado por  
Dr. Philip Evans  
Presidente de WONCA Europe



# Índice

1. Introducción	7
2. Las definiciones europeas 2005	7
2.1. Las características de la disciplina de medicina general / medicina de familia	8
2.2. La especialidad de medicina general / medicina de familia	11
3. Competencias centrales	11
3.1. Gestión de la Atención Primaria	12
3.2. Atención centrada en la persona	12
3.3. Capacidades específicas para la solución de problemas	12
3.4. Enfoque integral	13
3.5. Orientación comunitaria	13
3.6. Enfoque global	13
4. Características esenciales de aplicación	13
4.1. Aspectos contextuales	13
4.2. Aspectos de actitud	14
4.2. Aspectos científicos	14





# Introducción

Ésta es una versión resumida de la declaración de WONCA Europe publicada en 2002 y disponible en los sitios de web de WONCA Europe y EURACT. Ha sido producida por EURACT a modo de ayuda para los profesores y alumnos individuales, y es corta y fácil de traducir.

Esta declaración consensuada define tanto la disciplina de la medicina general / medicina de familia como las tareas profesionales; 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, a 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.

## 2. Las definiciones europeas 2002

La disciplina y la especialidad de 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 en toda Europa.

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.

## 2.1. Las características de la disciplina de medicina general / medicina de familia

Hay once características que definen la disciplina. 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 (por ejemplo, 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 al 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 adecuado acceso 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 de la

enfermedad mismo. 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 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 periodos 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 se hace 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, pues 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 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. No puede limitarse a controlar solamente la enfermedad que está presente, y frecuentemente el médico tendrá que ocuparse de múltiples problemas. Muchas veces el paciente consulta por problemas varios, 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.

**j) tiene una responsabilidad específica en la salud de la comunidad.**

La disciplina reconoce que, al ocuparse de temas de atención sanitaria, tiene una responsabilidad tanto para con el paciente individual como para 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.

## 2.2. La especialidad de medicina general / medicina de familia

A continuación ofrecemos una definición de la función del médico de familia que establece las características de la disciplina anteriormente descrita en el contexto del médico en ejercicio. 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.

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 contactos repetidos. 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 o bien directamente o a través de los servicios de terceros, según las necesidades sanitarias y los recursos disponibles en la comunidad en la que ejercen, 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.

## 3. Competencias centrales

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 once características de la disciplina están relacionadas con once 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. A continuación se describen los principales aspectos de cada grupo.

### **3.1. 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 asistencia 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.

### **3.2. 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 doctor-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.

### **3.3. Capacidades específicas para la solución de problemas**

Incluyen la habilidad de:

- relacionar los procesos específicos de toma de decisiones con el predominio y la incidencia de la enfermedad en la comunidad;
- reunir selectivamente e interpretar 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 clara;
- hacer un uso efectivo y eficiente de los diagnósticos y las intervenciones terapéuticas.

### **3.4. Enfoque integral**

Incluye la habilidad de:

- gestionar simultáneamente múltiples problemas 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.

### **3.5. 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.

### **3.6. Enfoque global**

Incluye la habilidad de:

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

## **4. 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 generalista, 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 generalista.

### **4.1. 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. e., 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.

## 4.2. 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.

## 4.3. Aspectos científicos

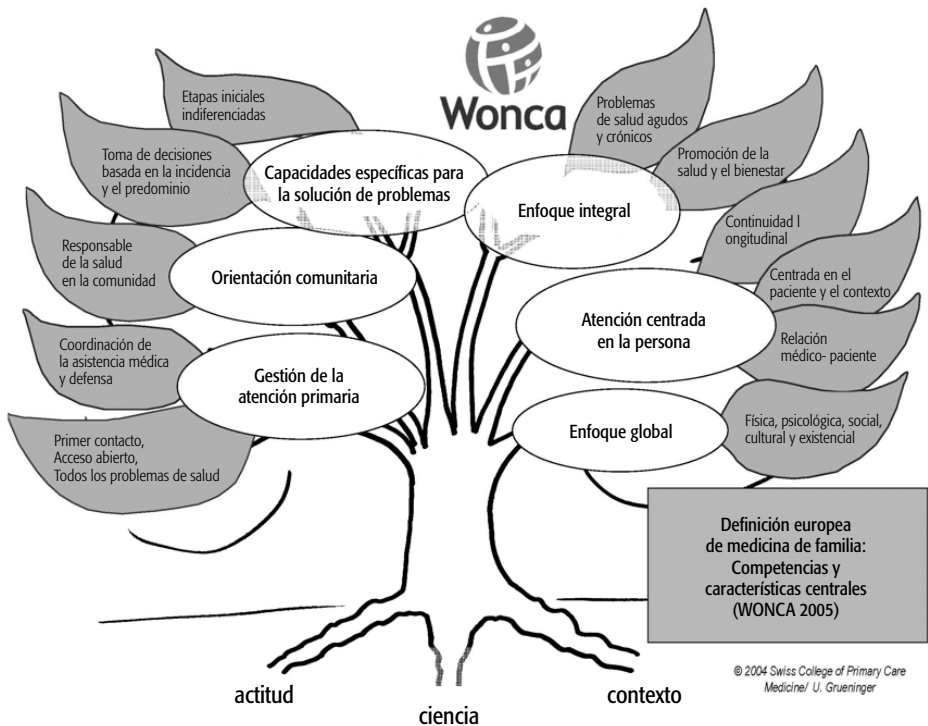
(Adoptar en la práctica médica un enfoque crítico y basado en la investigación, y mantenerlo a través del aprendizaje permanente y la mejora de la calidad)

- 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 en profundidad de fundamentos científicos de patología, síntomas y diagnósticos, terapia y prognosis, 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:



# **The European Definition of General Practice / Family Medicine**

Short version  
Euract, 2005

European Academy of Teachers in General Practice  
(Network within WONCA Europe)



© 2007 Sociedad Española de Medicina  
de Familia y Comunitaria

Portaferrissa, 8, pral.

08002 Barcelona

[www.semfy.com](http://www.semfy.com)

**Editorial coordination and management:**

**semfy**  ediciones

Carrer del Pi, 11, 2a pl., of. 14

08002 Barcelona

[ediciones@semfy.com](mailto:ediciones@semfy.com)

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form, or by any means, without the written permission of the publishers

Front cover's illustration: "El médico", Juan Ramón Echávarri.

Depósito legal:

ISBN: 978-84-96761-41-4

# **The European Definition of General Practice / Family Medicine**

The European Definitions of General Practice / Family Medicine  
The Key Features of the Discipline of General Practice  
The Role of the General Practitioner  
and  
A Description of the Core Competencies  
of the General Practitioner/Family Physician

Prepared for WONCA EUROPE  
(The European Society of General Practice/Family Medicine), 2002

**Dr. Justin Allen**

Director of Postgraduate General Practice Education  
Centre for Postgraduate Medical Education, University of Leicester, United Kingdom  
President of EURACT

**Profesor Bernard Gay**

President, CNGE, Paris, France, University of Bordeaux, France  
Member of the EURACT Council

**Profesor Harry Crebolder**

Maastricht University, The Netherlands

**Profesor Jan Heyrman**

Catholic University of Leuven, Belgium  
Member of the EURACT Executive Council

**Profesor Igor Svab**

University of Ljubljana, Slovenia  
Member of the EURACT Executive Council

**Dr. Paul Ram**

Maastricht University, The Netherlands

Edited by  
Dr. Philip Evans  
President WONCA Europe



# Index

1. Introduction	7
2. The European Definitions 2005	7
2.1. The Characteristics of the Discipline of General Practice/Family Medicine	8
2.2. The Specialty of General Practice/Family Medicine	11
3. Core Competencies	11
3.1. Primary Care Management	12
3.2. Person-centred Care	12
3.3. Specific Problem Solving Skills	12
3.4. Comprehensive Approach	13
3.5. Community Orientation	13
3.6. Holistic Approach	13
4. Essential Application Features	13
4.1. Contextual Aspects	13
4.2. Attitudinal Aspects	14
4.3. Scientific Aspects	14



# Introduction

This is a shortened version of the WONCA Europe statement published in 2002, and available from the websites of WONCA Europe and EURACT. It has been produced by EURACT as an aid to individual teachers and learners, being shorter and easier to translate.

This consensus statement defines both the discipline of general practice/family medicine, and the professional tasks, it also describes the core competences required of general practitioners. It delineates the essential elements of the academic discipline and provides an authoritative view on what family doctors in Europe should be providing in the way of services to patients, in order that patient care is of the highest quality and also cost effective. From the definitions within this paper the agendas for education, research, quality assurance can be derived, to ensure that family medicine will develop to meet the health care needs of the population in the 21st century.

## 2. The European Definitions 2002

### The Discipline and Specialty of General Practice / Family Medicine

There is a need to define both the discipline of general practice/family medicine and the role of the specialist family doctor. The former is required to define the academic foundation and framework on which the discipline is built, and thus to inform the development of education, research, and quality improvement. The latter is needed to translate this academic definition into the reality of the specialist family doctor, working with patients in health care systems throughout Europe.

General practice/family medicine is an academic and scientific discipline, with its own educational content, research, evidence base and clinical activity, and a clinical specialty orientated to primary care.



## 2.1. The Characteristics of the Discipline of General Practice/ Family Medicine

There are eleven characteristics of the discipline. These are that it:

**a) is normally the point of first medical contact within the health care system, providing open and unlimited access to its users, dealing with all health problems regardless of the age, sex, or any other characteristic of the person concerned.**

“Normally” is used to indicate that in some circumstances, e.g. major trauma, it is not the first point of contact. However it should be the point of first contact in most other situations. There should be no barriers to access, and family doctors should deal with all types of patient, young or old, male or female, and their health problems. General practice is the essential and the first resource. It covers a large field of activities determined by the needs and wants of patients. This outlook gives rise to the many facets of the discipline and the opportunity of their use in the management of individual and community problems.

**b) makes efficient use of health care resources through co-ordinating care, working with other professionals in the primary care setting, and by managing the interface with other specialities taking an advocacy role for the patient when needed.**

This coordinating role is a key feature of the cost effectiveness of good quality primary care ensuring that patients see the most appropriate health care professional for their particular problem. The synthesis of the different care providers, the appropriate distribution of information, and the arrangements for ordering treatments rely on the existence of a coordinating unit. General practice can fill this pivotal role if the structural conditions allow it. Developing team work around the patient with all health professionals will benefit the quality of care. By managing the interface with other specialties the discipline ensures that those requiring high technology services based on secondary care can access them appropriately. A key role for the discipline is to provide advocacy, protecting patients from the harm which may ensue through unnecessary screening, testing, and treatment, and also guiding them through the complexities of the health care system.

**c) develops a person-centred approach, orientated to the individual, his/her family, and their community.**

Family medicine deals with people and their problems in the context of their life circumstances, not with impersonal pathology or “cases”. The starting point of the process is the patient. It is as important to understand how the patient copes with and views their illness as dealing with the disease process itself. The common denominator is the person with their beliefs, fears, expectations and needs.

**d) has a unique consultation process, which establishes a relationship over time, through effective communication between doctor and patient**

Each contact between patient and their family doctor contributes to an evolving story, and each individual consultation can draw on this prior shared experience. The value of this personal relationship is determined by the communication skills of the family doctor and is in itself therapeutic.

**e) is responsible for the provision of longitudinal continuity of care as determined by the needs of the patient.**

The approach of general practice must be constant from birth (and sometimes before) until death (and sometimes afterwards). It ensures the continuity of care by following patients through the whole of their life. The medical file is the explicit proof of this constancy. It is the objective memory of the consultations, but only part of the common doctor-patient history. Family doctors will provide care over substantial periods of their patients' lives, through many episodes of illness. They are also responsible for ensuring that healthcare is provided throughout the 24 hours, commissioning and coordinating such care when they are unable to provide it personally.

**f) has a specific decision making process determined by the prevalence and incidence of illness in the community.**

Problems are presented to family doctors in the community in a very different way from the presentations in secondary care. The prevalence and incidence of illnesses is different from that which appears in a hospital setting and serious disease presents less frequently in general practice than in hospital because there is no prior selection. This requires a specific probability based decision-making process which is informed by a knowledge of patients and the community. The predictive value, positive or negative of a clinical sign or of a diagnostic test has a different weight in family medicine compared to the hospital setting. Frequently family doctors have to reassure those with anxieties about illness having first determined that such illness is not present.

**g) manages simultaneously both acute and chronic health problems of individual patients.**

Family medicine must deal with all of the health care problems of the individual patient. It cannot limit itself to the management of the presenting illness alone, and often the doctor will have to manage multiple problems. The patient often consults for several complaints, the number increasing with age. The simultaneous response to several demands renders necessary a hierarchical management of the problems which takes account of both the patient's and the doctor's priorities.

**h) manages illness which presents in an undifferentiated way at an early stage in its development, which may require urgent intervention.**

The patient often comes at the onset of symptoms, and it is difficult to make a diagnosis at this early stage. This manner of presentation means that important decisions for patients have to be taken on the basis of limited information and the predictive value of clinical examination and tests is less certain. Even if the signs of a particular disease are generally well known, this does not apply for the early signs, which are often non-specific and common to a lot of diseases. Risk management under these circumstances is a key feature of the discipline. Having excluded an immediately serious outcome, the decision may well be to await further developments and review later. The result of a single consultation often stays on the level of one or several symptoms, sometimes an idea of a disease, rarely a full diagnosis.

**i) promotes health and well being both by appropriate and effective intervention.**

Interventions must be appropriate, effective and based on sound evidence whenever possible. Intervention when none is required may cause harm, and wastes valuable health care resources.

**j) has a specific responsibility for the health of the community.**

The discipline recognises that it has a responsibility both to the individual patient and to the wider community in dealing with health care issues. On occasions this will produce a tension and can lead to conflicts of interest, which must be appropriately managed.

**k) deals with health problems in their physical, psychological, social, cultural and existential dimensions.**

The discipline has to recognise all these dimensions simultaneously, and to give appropriate weight to each. Illness behaviour and patterns of disease are varied by many of these issues and much unhappiness is caused by interventions which do not address the root cause of the problem for the patient.

## 2.2. The Specialty of General Practice/Family Medicine

The following is a definition of the role of the family doctor which puts the characteristics of the discipline described above into the context of the practising physician. It represents an ideal to which all family doctors can aspire. Some of the elements in this definition are not unique to family doctors but are generally applicable to the profession as a whole. The speciality of general practice/family medicine is nevertheless the only one which can implement all of these features. An example of a common feature is that of the responsibility to maintain skills; this, however, which may be a particular difficulty for family doctors who often work in isolation.

General practitioners/family doctors are specialist physicians trained in the principles of the discipline. They are personal doctors, primarily responsible for the provision of comprehensive and continuing care to every individual seeking medical care irrespective of age, sex and illness. They care for individuals in the context of their family, their community, and their culture, always respecting the autonomy of their patients. They recognise they will also have a professional responsibility to their community. In negotiating management plans with their patients they integrate physical, psychological, social, cultural and existential factors, utilising the knowledge and trust engendered by repeated contacts. General practitioners/family physicians exercise their professional role by promoting health, preventing disease and providing cure, care, or palliation. This is done either directly or through the services of others according to health needs and the resources available within the community they serve, assisting patients where necessary in accessing these services. They must take the responsibility for developing and maintaining their skills, personal balance and values as a basis for effective and safe patient care.

## 3. Core Competences

The definition of the discipline of general practice/family medicine and of the specialist family doctor must lead directly to the core competencies of the general practitioner/family doctor.

Core means essential to the discipline, irrespective of the health care system in which they are applied.

The eleven characteristics of the discipline relate to eleven abilities that every specialist family doctor should master. Because of their interrelationship, they are clustered into six independent categories of core competence. The main aspects of each cluster is described.

### **3.1. Primary Care Management**

Includes the ability:

- to manage primary contact with patients, dealing with unselected problems;
- to cover the full range of health conditions;
- to co-ordinate care with other professionals in primary care and with other specialists;
- to master effective and appropriate care provision and health service utilisation;
- to make available to the patient the appropriate services within the health care system;
- to act as advocate for the patient

### **3.2. Person-centred Care**

Includes the ability:

- to adopt a person-centred approach in dealing with patients and problems in the context of patient's circumstances;
- to develop and apply the general practice consultation to bring about an effective doctor-patient relationship, with respect for the patient's autonomy;
- to communicate, set priorities and act in partnership;
- to provide longitudinal continuity of care as determined by the needs of the patient, referring to continuing and co-ordinated care management.

### **3.3. Specific Problem Solving Skills**

Includes the ability:

- to relate specific decision making processes to the prevalence and incidence of illness in the community;
- to selectively gather and interpret information from history-taking, physical examination, and investigations and apply it to an appropriate management plan in collaboration with the patient;
- to adopt appropriate working principles. e.g. incremental investigation, using time as a tool and to tolerate uncertainty;
- to intervene urgently when necessary;
- to manage conditions which may present early and in an undifferentiated way;
- to make effective and efficient use of diagnostic and therapeutic interventions.

### **3.4. Comprehensive Approach**

Includes the ability:

- to manage simultaneously multiple complaints and pathologies, both acute and chronic health problems in the individual;
- to promote health and well being by applying health promotion and disease prevention strategies appropriately;
- to manage and co-ordinate health promotion, prevention, cure, care and palliation and rehabilitation.

### **3.5. Community Orientation**

Includes the ability:

- to reconcile the health needs of individual patients and the health needs of the community in which they live in balance with available resources.

### **3.6. Holistic Approach**

Includes the ability:

- to use a bio-psycho-social model taking into account cultural and existential dimensions.

## **4. Essential Application Features**

In applying the competencies to the teaching, learning and practice of family medicine it is necessary to consider three essential additional features; contextual, attitudinal and scientific. They are concerned with features of doctors, and determine their ability to apply the core competencies in real life in the work setting. In general practice these may have a greater impact because of the close relationship between the family doctor and the people with whom they work, but they relate to all doctors and are not specific to general practice.

### **4.1. Contextual Aspects**

(Understanding the context of doctors themselves and the environment in which they work, including their working conditions, community, culture, financial and regulatory frameworks).

- Having an understanding of the impact of the local community, including socio-economic factors, geography and culture, on the workplace and patient care.

- Being aware of the impact of overall workload on the care given to the individual patient, and the facilities (eg staff, equipment) available to deliver that care.
- Having an understanding of the financial and legal frameworks in which health care is given at practice level
- Having an understanding of the impact of the doctor's personal housing and working environment on the care that s/he provides

## 4.2. Attitudinal Aspects

(Based on the doctor's professional capabilities, values, feelings and ethics)

- Being aware of one's own capabilities and values - identifying ethical aspects of clinical practice (prevention/diagnostics/ therapy/factors influencing lifestyles);
- Having an awareness of self: an understanding that one's own attitudes, and feelings are important determinants of how one practises
- Justifying and clarifying personal ethics;
- Being aware of the mutual interaction of work and private life and striving for a good balance between them.

## 4.3 Scientific Aspects

(Adopting a critical and research based approach to practice and maintaining this through continuing learning and quality improvement)

- Being familiar with the general principles, methods, concepts of scientific research, and the fundamentals of statistics (incidence, prevalence, predicted value etc.);
- Having a thorough knowledge of the scientific backgrounds of pathology, symptoms and diagnosis, therapy and prognosis, epidemiology, decision theory, theories of the forming of hypotheses and problem-solving, preventive health care;
- Being able to access, read and assess medical literature critically;
- Developing and maintaining continuing learning and quality improvement.

The interrelation of core competencies, and essential application features characterises the discipline and underlines the complexity of the specialty. It is this complex interrelationship that should guide and be reflected in the development of related agendas for teaching, research and quality improvement.

The WONCA Tree produced by the Swiss College clearly demonstrates this interrelationship:

