



Documentos semFYC

**Perfil profesional
básico del médico
de familia**



PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO DE FAMILIA

*Este documento ha sido impreso
gracias a la colaboración de*

 **Schering Plough, S. A.**

GRUPO DE TRABAJO DE LA semFYC

*Francisco Javier Gallo Vallejo
Rogelio Altisent Trota
Javier Díez Espino
Concha Fernández Sánchez
Goçal Foz i Gil
M.ª Isabel Granados Menéndez
Fernando Lago Deibe*

INTRODUCCION..... 5

PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO DE FAMILIA 7

I. Area de atención al individuo:

 I.a.- Justificación..... 8

 I.b.- Actitudes 9

 I.c.- Actividades 9

II. Area de atención a la familia:

 II.a.- Justificación..... 10

 II.b.- Actitudes 11

 II.c.- Actividades 11

III. Area de atención a la comunidad:

 III.a.- Justificación..... 12

 III.b.- Actitudes 13

 III.c.- Actividades 15

IV. Area de docencia e investigación:

 IV.a.- Justificación 16

 IV.b.- Actitudes..... 19

 IV.c.- Actividades..... 19

V. Area de apoyo:

 V.1.- Trabajo en equipo..... 20

 V.2.- Gestión de recursos y administración sanitaria 21

 V.3.- Sistemas de registro e información sanitaria 23

 V.4.- Garantía de calidad..... 24

RESUMEN..... 25

INTRODUCCION

A mediados de la década de los sesenta, hace ya aproximadamente unos treinta años, se comenzó a sentir la necesidad de un nuevo médico general, entendido como un profesional entrenado y orientado hacia aquello que, precisamente, las especialidades no pueden ni deben hacer, es decir, la atención integral y continuada de las personas.

Desde entonces y hasta la actualidad se han propuesto varias definiciones de este nuevo médico general o médico de familia, de las cuales creemos más relevante la siguiente¹:

“El Médico General o Médico de Familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar **atención integral y continuada** a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario.

El Médico General/Médico de Familia es un **generalista** en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario que otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en base a la edad, sexo y/o diagnóstico de los pacientes.

El Médico General/Médico de Familia atiende al **individuo** en el contexto de la **familia** y a la familia en el contexto de la **comunidad** de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social. Es **competente clínicamente** para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes.

El Médico General/Médico de Familia ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente o a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja”.

En una definición tan completa como ésta aparecen aquellos elementos consustanciales y en su mayoría, específicos, de la medicina de familia: atención integral y continuada de todo tipo de pacientes, coordinador de recursos sanitarios, orientación a la familia y a la comunidad, competencia clínica, etc., elementos todos que obligadamente deben estar presentes al desarrollar el perfil profesional del médico de familia, así como algunos otros que, sin expresarse claramente, deben tener también su espacio en el mismo. Nos estamos refiriendo a aspectos como el trabajo en equipo, la docencia e investigación o la garantía de calidad, que suelen estar siempre relacionados en mayor o menor grado con la práctica del médico de familia, sin ser, lógicamente, tan específicos de este profesional como los citados en primer lugar.

¹ “El papel del Médico General/Médico de Familia en los Sistemas Sanitarios”, documento publicado por WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia) en 1991.

Antes de comenzar a desarrollar nuestra propuesta de perfil profesional del médico de familia, puede ser conveniente hacer algunas consideraciones.

En primer lugar y casi sin quererlo, entre la exhaustiva revisión bibliográfica realizada, un documento se ha constituido en una referencia principal y nos estamos refiriendo al **Programa docente de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria**, de tal modo que el perfil profesional que aquí proponemos coincide en líneas generales con el que viene definido en este programa de formación. No cabe sorprender, en absoluto, tal coincidencia, ya que la figura del postgraduado en Medicina Familiar y Comunitaria, después de alcanzar los objetivos docentes de su período formativo, es equiparable a la figura del médico de familia reflejada en la anterior definición de la WONCA.

No obstante, en este documento de la semFYC, aparecen matizaciones en algunas de las áreas de práctica, así como se incorporan algunos aspectos nuevos, tras realizar un análisis del trabajo que viene siendo realizado por los médicos de familia de nuestro país en los diez últimos años.

En segundo lugar, el perfil profesional que aquí es desarrollado está íntimamente relacionado con la que viene siendo la práctica habitual de trabajo del médico de familia español, es decir, desarrollando el mismo en un Consultorio ó Centro de Salud y formando parte de un equipo de atención primaria. Sólo en este marco pueden tener explicación ciertas áreas de práctica, como la orientación comunitaria, el trabajo en equipo, la docencia, etc. La vigencia y validez del modelo de perfil profesional del médico de familia que aquí aparece dependerá de que, en un futuro, se produzcan o no, cambios en el actual modelo sanitario.

En tercer lugar, e íntimamente relacionado con el anterior, se espera que el médico de familia asuma el protagonismo de un gran cambio en nuestra sanidad, según lo que se ha dado en llamar el **"modelo emergente"**, caracterizado por aspectos tan "familiares" para este profesional, como la concepción biopsicosocial del paciente, el equipo como protagonista en el medio de trabajo, la orientación comunitaria, la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, la eficiencia, etc.

Evidentemente, para asumir este protagonismo en este nuevo modelo sanitario es imprescindible que en el perfil profesional del médico de familia/médico general hagan su presencia funciones que complementen a las que venían siendo realizadas hace años por los médicos generales en el modelo sanitario precedente. La competencia clínica para resolver una mayoría de los problemas de salud, la disposición docente e investigadora, la capacidad de asumir labores de gestión, van a ser elementos básicos a desarrollar y a actualizar de forma constante por el médico de familia.

En cuarto y último lugar, la definición del perfil profesional del médico de familia se hace también necesaria para, entre otras razones, llevar a cabo de forma coherente programas de formación continuada en atención primaria, así como para sentar una base imprescindible para la puesta en marcha de sistemas de acreditación de estos profesionales.

Hechas estas consideraciones previas, estamos en disposición de pasar a exponer nuestra propuesta de perfil profesional.

PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO DE FAMILIA

En la literatura médica, específicamente en la relacionada con Atención Primaria/Medicina de Familia, es relativamente fácil encontrar diversas descripciones (algunas de ellas presentadas en forma de auténticos listados) de aquellas características que debe reunir el buen médico general ó médico de familia. No resulta nada sorprendente que todas ellas, en general sean bastante parecidas entre sí, ya que se están refiriendo a un mismo tipo de profesional, aunque también es cierto que sí difieren en aspectos concretos, dependiendo del tipo de práctica profesional que se realiza en unos u otros países (sirva como ejemplo de ello, la desigual orientación familiar y/o comunitaria entre los médicos de familia).

Es por ello, que una primera aproximación al perfil profesional del médico de familia y la que resultaría más sencilla, puede hacerse describiendo aquellas características que, a nuestro juicio, debieran exigirse a este profesional, de lo que nos podría resultar una lista posiblemente bastante larga y en la que, con seguridad, no faltarían características como éstas:

buen clínico, científico, docente, consejero de sus pacientes, educador, actualizado, compañero, accesible, competente, etc.

Sin embargo, la utilidad de estos listados de descripciones es relativa y creemos que puede ser mucho más útil establecer y desarrollar unas áreas de práctica imprescindibles, de mayor a menor importancia (según el orden en que son desarrolladas), para el médico de familia.

Establecemos, por tanto, cinco grandes **áreas de práctica profesional del médico de familia**, que son las siguientes:

- I. **Area de atención al individuo**
- II. **Area de atención a la familia**
- III. **Area de atención a la comunidad**
- IV. **Area de docencia e investigación**

V. **Area de apoyo**, en la que incluimos varias subáreas de la práctica del médico de familia que, en mayor o menor grado, están formando parte de su actividad diaria, individualmente o en coordinación con otros profesionales, como son el trabajo en equipo, los sistemas de registro e información, la gestión de recursos y administración sanitaria y, por último, la garantía de calidad. Las hemos considerado con esta denominación, área de apoyo, por tratarse de aspectos que van a resultar imprescindibles para el desempeño de las cuatro áreas anteriores.

A continuación se desarrollan cada una de estas cinco áreas de práctica profesional, justificando brevemente el por qué de su inclusión en este perfil

profesional, analizando aquellas actitudes que deben estar presentes en el médico de familia para su realización y, por último, haciendo una descripción no exhaustiva de aquellas actividades a incorporar a su práctica profesional en cada una de ellas. No hemos incluido a propósito, aspectos tan importantes para la capacitación, como son los conocimientos y las habilidades, al considerarlos más propios de un programa docente.

I. AREA DE ATENCION AL INDIVIDUO

a. Justificación

La primera responsabilidad del médico de familia es la de prestar una atención clínica efectiva y eficiente. Para ello, deberá poseer una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten para llegar a conocer el origen del problema que causa la demanda (diagnóstico), darle respuesta (tratamiento) y conseguir su desaparición (curación).

El médico de familia atiende el proceso diagnóstico y terapéutico de toda una serie de problemas clínicos frecuentes, procurando que el paciente permanezca lo más cerca posible de su comunidad natural.

La responsabilidad del médico de familia se extiende a la asistencia de enfermedades agudas y crónicas, ya sea con carácter urgente, ya sea en la consulta de demanda o programada; favoreciendo la accesibilidad del individuo, tanto en la consulta como en el domicilio. Igualmente, ante problemas más graves y cuando lo juzgue oportuno, el médico de familia coordinará la colaboración con otros especialistas, así como el ingreso hospitalario.

La atención del médico de familia al individuo se realiza en todas las etapas del ciclo vital y al estar implicado en todas las etapas de la historia natural de la enfermedad, podrá participar en el cuidado de la salud en todas sus formas de intervención, mediante actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación. En su tarea, además de la práctica clínica tradicional mediante la elaboración de la historia clínica, con la exploración física y las pruebas complementarias, se incluye también la práctica del diagnóstico precoz y la búsqueda de factores de riesgo en individuos asintomáticos.

Los pacientes que acuden al médico de familia no presentan habitualmente problemas físicos o psicológicos puros, sino que generalmente muestran una compleja mezcla de factores físicos, psicológicos y sociales, por lo que en medicina de familia tener en cuenta esta influencia puede llegar a ser clave para detectar y manejar correctamente una mayoría de pacientes. La atención del individuo como un ser biopsicosocial tiene en el médico de familia un experto, capaz de integrar las dimensiones psicológicas y sociales junto a las puramente orgánicas.

La sociedad demanda la figura de un médico de familia que posea una adecuada y actualizada formación científico-técnica. Pero también se le exigen cualidades humanas que le hagan digno de confianza en la relación personal,

ya sea para solicitarle consejo en los cuidados de salud, como para recibir apoyo en el sufrimiento de la enfermedad.

Por todo ello, la relación médico-paciente representa un lugar privilegiado dentro de la actividad profesional del médico de familia.

b. Actitudes

Una de las señas de identidad del médico de familia de nuestro tiempo es su compromiso con la salud de las personas, ya antes de que se encuentren enfermas. Este elemento conceptual incorpora la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad al conjunto de responsabilidades tradicionales del médico de cabecera, más dedicado a los aspectos curativos, por su mayor importancia en el modelo sanitario precedente.

Al médico de familia le corresponde una función educadora del paciente que deposita en él su confianza, con especial énfasis en promover la responsabilidad en el autocuidado.

La práctica del médico de familia se fundamenta en el respeto a la vida y dignidad de la persona, con actitud de servicio y sin espacio para la discriminación por razón de sexo, raza, religión, cultura o cualquier otra circunstancia personal o social.

El médico de familia, como todo profesional sanitario, busca beneficiar a su paciente y nunca perjudicarlo, respetando su autonomía, de acuerdo con la teoría del consentimiento informado, con igual respeto por el principio de equidad en la toma de decisiones y en la distribución de recursos.

c. Actividades

- Entrevista clínica, encaminada a determinar los problemas de salud y a crear un clima emocional terapéutico, utilizando técnicas de comunicación que faciliten la recogida de información, la motivación para el plan terapéutico y la modificación de estilos de vida que supongan un riesgo para la salud.

En el marco de la relación entre el médico de familia y el paciente tiene singular importancia atender con competencia algunas situaciones especiales: comunicación de malas noticias, información a enfermos incurables, acompañamiento en acontecimientos vitales estresantes, relación con pacientes difíciles o el manejo de la agresividad en la consulta.

- Complimentar la historia clínica de atención primaria -orientada por problemas- con anamnesis general y específica de aspectos somáticos, psicológicos y socio-familiares (anamnesis biopsicosocial), registro de los datos de la exploración física y pruebas complementarias solicitadas.

- Utilizar la tecnología diagnóstica adecuada para la consulta de atención primaria y de una forma secuencial.

- Atención clínico-terapéutica en consulta de urgencia, de demanda y programada, tanto de los problemas agudos más frecuentes como de las enfermedades y problemas de salud crónicos más prevalentes en atención primaria, haciendo una prescripción racional y prestando especial atención a la rehabilitación de los pacientes en su comunidad natural.

- Atención de los pacientes con enfermedades y problemas poco comunes en atención primaria, pero con implicaciones diagnósticas y/o terapéuticas importantes.

- Decidir, con el consentimiento informado del paciente, siempre que sea posible, la colaboración de otros especialistas o profesionales sanitarios -tanto en la comunidad como en el medio hospitalario-, mediante la interconsulta o la derivación, elaborando el adecuado informe y procurando que la continuidad en la atención esté garantizada.

- Atención al niño y al adolescente, de acuerdo con el contexto institucional y organizativo.

- Atención a la mujer en el nivel primario, con los conocimientos y habilidades necesarias para poder asumir el control del embarazo normal (en coordinación con el nivel especializado), planificación familiar de primer nivel y diagnóstico precoz del cáncer genital femenino.

- Atención al paciente en situación terminal, cualquiera que sea su enfermedad -cáncer, proceso degenerativo, SIDA, etc.- prestando cuidados paliativos en el domicilio siempre que sea posible y en coordinación con las unidades especializadas.

- Atención integral al anciano en el contexto familiar y en coordinación con unidades interdisciplinares

- Actividades preventivas integradas en la atención clínica individual, de acuerdo con programas cuya eficiencia se haya fundamentado científicamente.

II. AREA DE ATENCION A LA FAMILIA

a. Justificación

El triángulo formado por el individuo, la familia y el médico constituye la base de la medicina familiar.

La familia, en tanto que medio social inmediato del individuo, tiene una importancia trascendental en cómo y de qué enferman sus miembros, cuándo y de qué forma expresan la necesidad de atención sanitaria y en la manera en que se produce la resolución del problema.

La familia constituye, en su lado positivo, un recurso fundamental en el mantenimiento de la salud de sus componentes y también en el cuidado y la resolución de problemas cuando alguno de ellos enferma. Pero también, en su

aspecto negativo, puede ser generadora de enfermedad y perpetuadora de síntomas, hábitos de vida inadecuados y conductas de salud erróneas.

La familia, en su ciclo vital, se encuentra periódicamente sometida a crisis, derivadas tanto de su propia estructura como del crecimiento y maduración de sus miembros por elementos externos, como la enfermedad o la muerte. De como resuelva la familia estos eventos dependerá su estabilidad y comportamiento futuros.

Los problemas de salud o en su grado extremo, la muerte de uno de los miembros de la familia, ponen en marcha toda una serie de mecanismos destinados a mantener su equilibrio interno, que pueden llevar al grupo a crisis. Estas pueden ser de tal envergadura que lleguen a influir de una manera negativa en la evolución del proceso.

b. Actitudes

El médico de familia está en una posición privilegiada para detectar e intervenir ante problemas familiares ocasionados o no por la enfermedad. Para ello debe ser un elemento neutro para todos los miembros de la familia, evitando la toma de partido por unos o por otros y haciendo resaltar esta postura, pues de ello va a depender su propia capacidad como terapeuta. Asimismo, debe tener una continua actitud de observación, recogiendo a lo largo de sus múltiples entrevistas con los diversos miembros de la familia información acerca del grupo familiar, valorando la importancia que el mismo tiene como recurso inmediato en el proceso de salud-enfermedad del individuo y estando capacitado para realizar intervenciones mínimas ante crisis familiares que detecte, recurriendo siempre a otros profesionales cuando la dimensión del problema exceda sus límites de competencia.

Favorecerá que la atención a todos los elementos de una familia sea prestada por el mismo equipo de médico y enfermera, así como estimulará en las familias la autonomía y el autocuidado, fomentando su papel como preservadora de la salud de sus miembros.

c. Actividades

- Realizará una recogida de información sobre la estructura y composición familiar, resaltando los antecedentes patológicos familiares y estructurándolos de preferencia en forma de genograma. La recogida tendrá un carácter oportunista como norma y será, en cambio, sistemática, ante problemas importantes. Favorecerá la adaptación de los sistemas de registro a la atención familiar, usando historias familiares y hoja de problemas familiares.

- Ante problemas de salud agudos y crónicos de una cierta entidad explorará de forma sistemática la presencia de factores que indiquen y/o condicionen una mala adaptación familiar al problema y que afecten a su

desarrollo, tratamiento y resolución. Identificará, asesorará y apoyará a aquellas personas que explícita o implícitamente sean designadas en la familia como "cuidadores principales", ya que constituyen el principal recurso de la misma ante los problemas de salud.

- Ante problemas psicosociales, confusos o indiferenciados, trastornos de la percepción de la enfermedad, mala relación médico-paciente o uso inadecuado de servicios sanitarios, valorará la existencia de disfunciones familiares.

- Valorará la trascendencia que sobre los problemas de salud de sus pacientes puedan tener los períodos críticos en el ciclo vital de sus familias.

- Valorará la intervención familiar, cuando la situación así lo requiera, de una forma proporcional a las necesidades detectadas y teniendo en cuenta su propia capacidad y los recursos disponibles para ello.

De una manera intuitiva, no sistematizada, todas estas tareas o actividades de atención familiar, vienen siendo realizadas por un elevado número de médicos de familia. El hacerlo de una manera consciente, adquiriendo los conocimientos y habilidades precisos para abordar estos temas, nos permitirá ser más eficaces en los cuidados que prestamos a la población.

III. AREA DE ATENCION A LA COMUNIDAD

a. Justificación

Todos los textos y documentos que definen el perfil profesional o la práctica del médico de familia incluyen la necesidad de su conocimiento de los problemas de salud de la comunidad, así como de los recursos de la misma, tanto sanitarios como de otros sectores, para poder priorizar las acciones que den respuesta a los problemas locales de mayor importancia. Julian Tudor Hart lo expresaba así en "A new kind of doctor", en 1981: "El cambio que propongo es constituir grupos de generalistas responsables de la salud general de sus barrios tanto como de la atención personal de sus pacientes". La Organización Mundial de la Salud había afirmado tres años antes que "la Atención Primaria forma parte tanto del sistema de atención a la salud, del que constituye su función central y su núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad". También, en 1981, Sidney Kark afirmaba, en su definición de lo que él bautizó como "community oriented primary care", ("atención primaria orientada a la comunidad", APOC), que "había existido (en el pasado) una desafortunada separación entre la medicina comunitaria y la atención primaria", cuando "....no hay ninguna razón para que la atención primaria deba limitarse al tratamiento y cuidado de los pacientes individuales".

En nuestro país, la especialidad creada en 1978 se llamó Medicina Familiar y Comunitaria y uno de sus cometidos se definió así en el Real Decreto de su regulación como especialidad de la profesión médica: "Promocionar la salud, prevenir la enfermedad y desarrollar la educación sanitaria a nivel individual, familiar y comunitario".

Ya en 1961, Kerr White había demostrado en "Ecology of medical care" que la atención primaria se sitúa en un lugar privilegiado -el único dentro del sistema sanitario- para poder ver a toda la población en riesgo y no sólo los casos seleccionados que llegan a un servicio hospitalario o especializado. La "oportunidad" es, pues, máxima para que el médico general/de familia, el grupo de generalistas/equipo de atención primaria, pueda darse cuenta del nivel de salud de la comunidad, de sus factores determinantes y de lo que se puede hacer para, teniendo en cuenta los recursos locales y las acciones ya iniciadas por la propia comunidad, tratar de mejorar ese nivel de salud. El mismo término "oportunidad" es precisamente el que se incluyó en la denominación de la estrategia de prevención basada en la frecuencia del contacto de las personas con la atención primaria: opportunistic prevention, utilizado por primera vez en un artículo en 1979 con el expresivo título "The exceptional potential in each primary care consultation".

La orientación comunitaria de la atención primaria ha sido afirmada, por tanto, desde distintos ámbitos y desde el mismo momento en que empezó a producirse su revalorización como nivel de atención sanitaria. Hoy día se refuerza su necesidad por el hecho de que los factores determinantes de enfermedad más relevantes -los estilos de vida y los factores sociales y medioambientales- difícilmente pueden ser modificados por una acción exclusivamente dirigida al individuo y requieren acciones comunitarias, habitualmente sobre una base de coordinación intersectorial.

No parece, por tanto, que la discusión deba ser si el médico de familia puede o debe tener responsabilidades sobre la salud de la comunidad sino en cómo debe llevarlas a cabo. En este sentido, el grupo de trabajo considera que el programa docente de la especialidad de 1993 supone un gran avance sobre definiciones previas más teóricas o más fragmentadas de este área de funciones del médico de familia.

b. Actitudes

Para el desarrollo de la atención orientada a la comunidad los conocimientos necesarios serán, obviamente, los de las disciplinas básicas de la medicina comunitaria, destacando la epidemiología como disciplina central, pero debiendo considerar también, en diversos grados de necesidad, la estadística, la demografía, la sociología, la economía y la antropología. Y como disciplinas aplicadas que utilizan los conocimientos de todas ellas, las diversas metodologías de planificación sanitaria: análisis de necesidades y de recursos, métodos de priorización, planificación de programas y metodologías de evaluación, tanto sanitaria como económica.

El problema esencial de la formación adecuada del médico de familia en medicina comunitaria no radica, no obstante, en sus conocimientos sobre estas disciplinas, sino en su capacidad de uso de las mismas en el contexto en que él trabaja: el marco de una pequeña comunidad y conjuntamente con el

desarrollo de sus habilidades clínicas. Su trabajo en una comunidad pequeña condiciona el tipo de métodos epidemiológicos que le serán útiles para describirla, identificar sus problemas y evaluar la efectividad de sus acciones. Debe ponerse un énfasis especial en el uso de métodos cualitativos y en el valor de los números absolutos cuando la simple presencia de un fenómeno, sin necesidad de medidas de frecuencia, ya indica la existencia de un problema. Todo ello sin menoscabo de la necesidad de rigor en la metodología: no se trata de utilizar una epidemiología light, sino de utilizar métodos apropiados a la atención primaria. Además, el médico de familia no es un epidemiólogo, sino un clínico que reconoce la importancia del método epidemiológico, así como sus fundamentos básicos y que los utiliza en su quehacer cotidiano, tanto en su actividad de atención individual y familiar como en las acciones de orientación comunitaria.

Son decisivas para el desarrollo de las funciones de salud comunitaria, las **actitudes** con que el médico de familia afronte su práctica profesional.

En primer lugar, su sentimiento de responsabilidad sobre la salud de la comunidad en su conjunto y, por tanto, su sentido de anticipación a los problemas, su reconocimiento de los factores determinantes del estado de la salud y de su responsabilidad en tratar de modificarlos, y su papel activo en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad: la comunidad en su conjunto pasa a ser también un "paciente" del médico. Dentro de la asunción de un rol activo, cobra especial importancia su preocupación por la población que no consulta con su servicio, en lugar de considerarla al margen de su responsabilidad: el "médico clásico" consideraría que su actividad tiene un alto nivel de calidad si dedica mucho tiempo a sus pacientes y los trata adecuadamente; para el "médico comunitario", esta calidad puede ser ampliamente cuestionada si deja de lado a otros grupos de población que pueden tener una necesidad igual o mayor de sus servicios.

En segundo lugar, la actitud de tener en cuenta que la salud no es una responsabilidad exclusiva de su práctica profesional ni del sistema sanitario. En este sentido, el médico de familia deberá considerar el derecho de la comunidad a participar en el proceso de atención a la salud y en la definición de problemas comunitarios, su priorización y las intervenciones sobre los mismos, y promover esta participación cuando no exista o esté limitada. Deberá también ser capaz de coordinarse con los recursos de otros sectores distintos del sanitario y, en algunas situaciones, promover esta coordinación.

En tercer lugar, es imprescindible en nuestro contexto, asumir la noción de limitación de los recursos, que obliga al análisis de prioridades en la utilización de los mismos y, por tanto, en la decisión sobre los programas comunitarios a llevar a cabo.

Implícita en todas estas actitudes está la noción de la planificación como fase previa a la acción, cuya incorporación es básica para conseguir que la práctica del médico de familia se centre en los problemas prioritarios y tenga una orientación comunitaria.

c. Actividades

Para el desarrollo del área de atención orientada a la comunidad, el médico de familia deberá incorporar a su práctica profesional las tareas definidas en el programa de la especialidad de 1993:

- Recopilar y presentar los datos disponibles sobre su comunidad, para delimitarla y caracterizarla. La actividad de recogida de datos sobre su comunidad debe realizarse de forma no exhaustiva, sino centrada en aquellos datos que tengan interés para el conocimiento de la comunidad y la identificación de sus problemas y necesidades, rentabilizando al máximo el tiempo invertido. Debe realizarse una recogida inicial de información ("examen preliminar de la comunidad") y una monitorización de aquellos datos que permitan seguir la evolución de las características de la comunidad e identificar nuevos problemas.

- Identificar los problemas y necesidades de salud de la comunidad. Para prevenir el sesgo de identificar solamente los problemas detectados en la consulta, es preciso utilizar indicadores poblacionales -teniendo en cuenta los condicionantes metodológicos de las comunidades pequeñas- que permitan detectar los problemas que no se reflejan suficientemente en las demandas de los pacientes.

- Priorizar las intervenciones, de acuerdo a su importancia en la comunidad y a su modificabilidad técnica y operativa.

- Estudiar la distribución y determinantes de los problemas de salud prioritarios en su comunidad. Es recomendable el conocimiento del nivel basal de los problemas antes de iniciar una intervención y, por tanto, una actividad que debe ser promovida es la realización de estudios epidemiológicos locales, de "diagnóstico comunitario", centrados en los problemas prioritarios sobre los que se plantea alguna intervención, de bajo coste y de feed-back corto entre la recogida y el análisis de la información y la aplicación de sus resultados en la planificación de los programas.

- Diseñar programas comunitarios, con una metodología rigurosa de planificación, que permita la sistematización de las actividades, la racionalidad en la asignación de recursos y la evaluación de la efectividad, la eficiencia y la equidad.

- Desarrollar las actividades de los programas.

- Llevar a cabo acciones de educación para la salud y promoción de la participación comunitaria.

La promoción de la participación comunitaria no debe quedarse en mera actitud, sino traducirse también en las actividades cotidianas del médico de familia. De nuevo, tal como hemos enfatizado al hablar de sus habilidades en epidemiología, reafirmamos la visión de que el médico de familia es un clínico, no un agente de desarrollo comunitario. Pero, de la misma forma que en su

consideración de aquella disciplina, debe reconocer la importancia de la organización e implicación de la comunidad en sus problemas, para la mejora de su nivel de salud, y favorecer y organizar la participación comunitaria en los procesos de toma de decisiones que se vayan dando en la dinámica del servicio de atención primaria.

Una realidad que adquiere cada vez mayor importancia es la existencia de organizaciones de voluntariado y de grupos de autoayuda. Creemos que el médico de familia debe conocer la existencia de todos los recursos comunitarios que puedan ser utilizados en el proceso terapéutico y colaborar a su puesta en marcha y en la asesoría que le sea solicitada, pero con una actitud de respeto a la autonomía de la dinámica comunitaria, huyendo de una actitud de monopolio de todas las actividades relacionadas con la salud.

IV. AREA DE DOCENCIA E INVESTIGACION

a. Justificación

El reconocimiento de las funciones de docencia e investigación en los equipos de atención primaria representó en su día una importante novedad, cuyo desarrollo práctico ha supuesto una notable mejora cualitativa y cuantitativamente de la investigación realizada en este primer nivel de la atención. Es indudable que los médicos de familia deben hacer todo lo posible para realizar actividades incluídas en este área, ya que ello llevará a mejorar su formación, prestigio científico y ejercicio profesional.

Una vez finalizado el período de formación, el médico de familia (como cualquier otro profesional) necesita desarrollar una actividad continuada de formación, ya que ningún período de aprendizaje garantiza indefinidamente una preparación adecuada para el desarrollo correcto del ejercicio profesional, influyendo en ello diversos factores:

- la tasa de olvido de los conocimientos adquiridos
- la deformación del conocimiento, debido al uso selectivo en la práctica diaria de sólo una parte del mismo
- el progreso científico y tecnológico acelerado hace que los estándares de la práctica médica estén cambiando continuamente
- los profundos cambios sociales y epidemiológicos, que traducen las modificaciones en los patrones de morbi-mortalidad, originan, a su vez, cambios en las necesidades y en las demandas de la sociedad y los profesionales

Por otra parte, la gran amplitud de conocimientos, habilidades y tareas a dominar por el médico de familia, hace todavía más compleja esta formación continuada. Tal es así, que se ha sugerido que ésta debe focalizarse en problemas de salud que reúnan estos rasgos:

- son importantes para los pacientes y afectan a más del 1% de la población

- en ellos, el médico de familia es una fuente importante de atención
- pueden ser atendidos en el ámbito de la asistencia ambulatoria, sin necesidad de usar equipos o procedimientos caros y complejos
- existe evidencia fiable de que una buena atención médica en el centro de salud es capaz de mejorar la salud del paciente

Las distintas facetas de las actividades docentes de un médico de familia pueden resumirse en las siguientes:

(1) **Autoformación**, de acuerdo a sus necesidades individuales

(2) **Formación continuada dentro del equipo de atención primaria**, en la cual el papel del médico de familia debe ser fundamental para mantener y mejorar el trabajo de todos los profesionales del mismo, mediante la puesta en marcha de actividades formativas de acuerdo con las necesidades individuales y colectivas expresadas por los integrantes del equipo de salud

(3) **Docencia a otros profesionales**, siendo ésta igualmente una actividad de aprendizaje valiosa, ya que obliga al docente a revisar sus propios métodos de práctica médica. Esta docencia tiene dos grandes modalidades:

- Docencia de pregrado. Es reconocido unánimemente que la mayoría de nuestras Facultades de Medicina, pese a tener la función de formar médicos generales, carecen de modelos docentes adecuados con los que los alumnos se puedan identificar. La formación es realizada, básicamente, por especialistas y en el ámbito hospitalario, sobre una muestra de población muy seleccionada (la que ingresa en el Hospital) y nada representativa de lo que ocurre, en realidad, en materia de salud-enfermedad a la población general.

En la docencia pregrado, la participación del médico de familia permite incorporar al curriculum médico aquellos aspectos específicos de la atención primaria a los que el estudiante de Medicina es ajeno durante la licenciatura.

- Docencia de postgrado, fundamentalmente referida a la formación de los futuros médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Parece innecesario desde todo punto de vista justificar que en la formación de estos Médicos Residentes, el médico de familia, cualificado y con experiencia, debe representar un papel protagonista, contribuyendo con ello, decisivamente, a garantizar una asistencia de mayor calidad.

A diferencia de las dos primeras facetas (autoformación y formación continuada dentro del equipo), es evidente que la realización de esta docencia a pre y postgraduados no siempre va a estar al alcance de todos los médicos de familia, influyendo en ello diversos factores, como que trabaje o no en Centro de Salud, que éste sea universitario y/o docente, que esté o acreditado como tutor, etc.

Por lo que se refiere a la **investigación** y antes de entrar de lleno en la justificación de su inclusión en este área de práctica, es preciso matizar qué se puede entender por investigación. En sentido amplio, podemos entenderla

como una curiosidad estructurada que permite al médico de familia hacerse preguntas, poner en duda lo que está haciendo e indagar, a partir de observaciones, sobre hechos sin una explicación suficientemente justificada, utilizando siempre para ello la metodología apropiada.

La necesidad de dar respuesta a numerosas preguntas no aclaradas que surgen en su ejercicio profesional diario y de cubrir lagunas en el cuerpo de conocimientos propio de esta especialidad, el conocer la historia natural de numerosas enfermedades o la influencia de factores psíquicos y sociales en el enfermar, el poder aportar evidencias contrastadas que permitan decidir qué tipo de terapia o prestación de servicios son más efectivas, el disponer de estudios clínicos y de protocolos realizados desde la atención primaria, son razones que justifican el que los médicos de familia, en general, deban investigar.

Igualmente, la investigación de calidad ayuda a recuperar el prestigio profesional del médico de Atención Primaria, consolida el ámbito preciso de actividades, aumenta el cuerpo de conocimientos propio, mejora la calidad de la atención prestada ayudando a demostrar la eficacia de la misma, retroalimenta el espíritu crítico que permite evitar peligrosos anquilosamientos y debe ser fomentada como instrumento fundamental para el progreso del sistema sanitario.

Los médicos de familia, en su conjunto, deben esforzarse en desarrollar actividades investigadoras que no sean fruto de la improvisación o de necesidades personales, sino que se diseñen de acuerdo con los objetivos y metodología propios de su nivel de atención, que sean capaces de dar respuestas válidas a los problemas reales de su trabajo diario, que repercutan favorablemente sobre la comunidad que atienden (cumple una función social) y que aporten elementos útiles para el progreso de la atención primaria. Es evidente que entre los médicos de familia hay cada vez más una mayor conciencia investigadora, así como una mejor preparación técnica para llevarla a cabo.

Investigar puede y debe hacerlo todo profesional que esté motivado para ello y que la motivación sea lo suficientemente intensa como para superar las dificultades que siempre se presentan: la falta de tiempo, las carencias formativas en metodología de investigación y la falta de recursos son las más frecuentes. No obstante, investigar siempre supone un esfuerzo personal; el tiempo, la formación y los recursos, con ser necesarios, no son suficientes.

Sin embargo, ¿debe exigirse este esfuerzo personal a todo médico de familia? ¿debe investigar, en un sentido estricto (comunicar, publicar..), todo médico de familia y figurar esta actividad obligatoriamente en su práctica profesional?

Parece claro que la respuesta debe ser no, pero aclarando algo: sí debe investigar el conjunto de médicos de familia, ya que ello contribuye a elevar el nivel científico profesional del mismo y, por tanto, de la atención primaria en nuestro país.

b. Actitudes

En cuanto a la docencia o formación continuada, serán necesarias actitudes tales como la disposición continua para el estudio, la curiosidad hacia los avances científico-técnicos así como para discutir los conocimientos propios con los de otros profesionales, la sensibilidad para reconocer las deficiencias formativas, la predisposición a las actividades de formación continuada dentro del equipo de salud, etc.

En cuanto a la investigación, es imprescindible el esfuerzo personal sumado a una motivación para realizar estas actividades, la disposición a colaborar en proyectos de investigación así como la predisposición en adquirir los conocimientos necesarios en metodología de investigación y sus disciplinas básicas. El médico de familia debe ser consciente de que la actitud investigadora conlleva importantes beneficios, a veces intangibles, tales como mantener la motivación profesional, superar el aislamiento, etc.

c. Actividades

En cuanto a la formación y/o docencia, algunas de ellas pueden ser las siguientes:

- Desarrollar hábitos de lectura continuada en aquellas fuentes de información más apropiadas para nuestro trabajo (libros, Revistas científicas...), cada vez más disponibles y de gran calidad

- Asistencia regular a actividades de formación, como Congresos, Cursos, seminarios, sesiones clínicas, etc.

- Participar activamente en las actividades formativas realizadas dentro del equipo de salud

- Desarrollar actividades docentes dirigidas a personal de pregrado (estudiantes de Medicina, de Enfermería, etc.)

- Desarrollar actividades docentes, como tutor, de los Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria

En cuanto a la investigación, pueden citarse las siguientes actividades que van in crescendo:

- Utilización adecuada del método científico en su práctica diaria

- Desarrollar el hábito de lectura crítica de los trabajos de investigación, especialmente, del nivel de atención primaria

- Reconocer las diferentes etapas de una investigación clínica o de salud comunitaria

- Identificar áreas "problema" que sean susceptibles de investigación

- Colaborar en el desarrollo inicial de una investigación con otros profesionales de su equipo

- Diseñar y llevar a cabo personalmente una investigación, previa selección adecuada del problema

V. AREA DE APOYO

En esta 5ª y última área de práctica del médico de familia han quedado incluidas cuatro subáreas que, sin tener individualmente la relevancia e importancia de las cuatro anteriores, sí que deben estar presentes en el perfil de práctica de este profesional y de hecho así viene ocurriendo, ya que aspectos como el trabajo en equipo, la gestión de recursos y administración sanitaria, el sistema de registro y la garantía de calidad están permanentemente relacionados, en mayor o menor grado, con la actividad del médico de familia.

V.1. TRABAJO EN EQUIPO

a. Justificación

El amplio espectro de tareas y funciones a desarrollar en los equipos de Atención Primaria, según determina el vigente marco legal, favorece indirectamente la necesidad de que el desarrollo de las mismas se lleve a cabo entre profesionales con diferentes niveles de formación y de responsabilidad.

Así, aunque existen áreas específicas de trabajo para cada profesional, existen otras en las que intervienen varios o incluso todos los profesionales, por lo que su cumplimiento pasa inexcusablemente por la interacción efectiva entre todos los integrantes del equipo de atención primaria.

El trabajo en equipo aporta una serie de ventajas tanto para los propios profesionales del mismo como para los usuarios, señalándose, entre otras las siguientes:

- el enfermo recibe una mejor atención
- proporciona mayor satisfacción profesional a los miembros del equipo
- previene las duplicidades de esfuerzos
- facilita el enfoque biopsicosocial del paciente y la realización de todas las funciones de los equipos de atención primaria
- etc.

El médico de familia debe ser consciente y conocedor, por tanto, de la dinámica del trabajo en equipo en orden a optimizar la atención prestada a la población para conseguir la atención integral e integrada que se pretende.

b. Actitudes

En el médico de familia serán necesarias actitudes de respeto hacia los otros profesionales del equipo y de conocimiento de sus roles, de respeto hacia las opiniones y puntos de vista diferentes, de reconocimiento a las limitaciones personales, así como de interés por el trabajo desarrollado por los otros profesionales. Asumir la división funcional del trabajo en los protocolos y programas que se realizan en el Centro y trabajar la resistencia al cambio en uno mismo, ayudando a idéntico proceso en los compañeros, serán igualmente actitudes positivas para el trabajo en equipo.

c. Actividades

Algunas de las actividades a incorporar a su práctica profesional en relación con el trabajo en equipo pueden ser las siguientes:

- Participar en la confección de las normas y procedimientos que regulan el funcionamiento interno del equipo de atención primaria

- Contribuir a la elaboración de los objetivos de trabajo del equipo, con los diferentes niveles de responsabilidad que proceda y promoviendo el que cada uno conozca sus responsabilidades en los mismos

- Asistir e intervenir activamente en las reuniones de médicos y/o del equipo de atención primaria que tengan lugar en su centro

- Propiciar la participación de los diferentes profesionales en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades

V.2. GESTION DE RECURSOS Y ADMINISTRACION SANITARIA

a. Justificación

El marco laboral más habitual del médico de familia es, actualmente, el sistema sanitario público, que en nuestro país es el Sistema Nacional de Salud (SNS).

El SNS es una empresa de servicios cuya misión es prestar asistencia sanitaria a la población. Como toda empresa, debe ser eficaz y eficiente para poder mantenerse en el tiempo y, por ello, el manejo adecuado de los recursos para obtener su producto con la mejor relación coste-beneficio es básica, máxime en los momentos de crisis económica en que nos encontramos.

La concepción del SNS como empresa ha acercado la toma de decisiones en el uso de los recursos a los proveedores de la atención, que en nuestro nivel son los equipos de atención primaria y por tanto, también a los médicos de familia. Una consecuencia de ello es que se han desarrollado técnicas de gestión y administración sanitaria en períodos recientes, cuyo conocimiento a un nivel

básico puede ser de utilidad para el profesional de atención primaria. La probabilidad real de la autogestión en los equipos de atención primaria precisaría, por tanto, de una mínima formación sobre la gestión de recursos y los principios generales de la administración sanitaria, bien como simple miembro del equipo, bien para el diseño de la planificación necesaria, si la responsabilidad fuese mayor, como coordinador del equipo.

b. Actitudes

Actitudes positivas en cuanto a tener presente que los recursos son siempre limitados y que el uso inadecuado de los recursos que el médico de familia tiene a su alcance impide poder utilizarlos para otro fin (costo de oportunidad), asumir la necesidad de la priorización en la asignación y utilización de los recursos, responsabilizarse por los costes de nuestra práctica profesional teniendo en cuenta que los recursos materiales que manejamos están generados por la propia población y por último, garantizar la equidad entre los pacientes para el uso de los recursos disponibles.

c. Actividades

No hay que creer que las actividades de este área a incorporar por el médico de familia en su práctica profesional sean complejas ni estrictamente "administrativas" en un sentido estricto, sino que, en su mayoría, vienen siendo ya realizadas por los médicos de familia, como son:

- organizar adecuadamente el tiempo diario para las diversas funciones a desarrollar (asistencia, prevención, educación para la salud, etc)
- evitar varias consultas para la resolución de un problema de salud ó demanda que puede ser resuelto en una única consulta (ser respetuosos con el tiempo de los pacientes)
- evitar la solicitud de pruebas complementarias que no sean precisas para el proceso diagnóstico-terapéutico de los pacientes
- realizar prescripciones terapéuticas farmacológicas cuando no existan ó no sean suficientes las alternativas terapéuticas no farmacológicas
- utilizar principios activos de reconocida eficacia, aceptados por la comunidad científica, escogiendo entre los de idéntico efecto el que posea menor coste
- monitorizar la evolución de los pacientes en situación de baja laboral o invalidez provisional, adecuando la duración de las mismas a la del proceso que las originó
- colaborar con el coordinador del equipo en aquellos aspectos de gestión que le sean solicitados, cuando sea viable

V.3. SISTEMAS DE REGISTRO E INFORMACION SANITARIA

a. Justificación

Tener que intervenir en diversos niveles del proceso salud-enfermedad (promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad), realizar atención longitudinal de los pacientes, participar diferentes profesionales en la atención, responsabilizarse de la atención de familias completas y por último, precisar información no sólo de individuos, sino también de determinados grupos o de la comunidad entera, son algunas de las características específicas del trabajo en atención primaria que justifican la necesidad de unos registros propios y diferentes a los hospitalarios.

En nuestra área profesional, como en cualquier otra, la información es la base para la acción y para la toma de decisiones. El establecimiento de protocolos diagnóstico-terapéuticos, el diseño de programas de salud comunitarios o para determinados grupos de riesgo, la selección de las actividades docentes y/o de investigación, sólo se harán correctamente si se dispone previamente de la suficiente y adecuada información.

El médico de familia debe conocer y saber utilizar aquellos sistemas de información sanitaria que respondan a las necesidades de información de su equipo de atención primaria y a las suyas propias, escogiendo los más sencillos en su cumplimentación y explotación, evitando tanto la recogida de idéntica información por múltiples cauces, como la recogida de información que no vaya a ser utilizada.

b. Actitudes

Reconocer que no es posible tomar decisiones sin disponer de información para hacerlo, aceptar que la historia clínica de atención primaria no es patrimonio exclusivo de uso de los profesionales médicos y asumir la necesidad de la recogida sistematizada y estructurada de la información como otro aspecto más del trabajo del médico de familia, serán algunas actitudes positivas en este área de práctica.

c. Actividades

Entre las actividades a incorporar a la práctica diaria del médico de familia relacionadas con los sistemas de registro e información en atención primaria podemos citar las siguientes:

- colaborar en la recogida de datos poblacionales, tanto de la población adscrita a su cupo como de la población general adscrita al centro de salud
- cumplimentar la historia clínica orientada por problemas, prestando especial atención a la identificación de los factores de riesgo personales y/o

familiares, la actualización de la hoja de problemas, las variaciones acaecidas en el proceso diagnóstico-terapéutico del enfermo, así como el resultado de las exploraciones y pruebas complementarias realizadas y a la anotación de los fármacos prescritos (con dosis y duración del tratamiento)

- mantener actualizado el registro de morbilidad de aquellos problemas priorizados por el equipo de salud
- utilizar el sistema de clasificación de enfermedades y/o problemas de salud en atención primaria, según acuerdo del equipo
- mantener actualizado el registro de mortalidad del centro

V.4. GARANTIA DE CALIDAD

a. Justificación

La trascendencia social del trabajo que se realiza en atención primaria implica que nuestro objetivo no sea sólo el de prestar asistencia sanitaria a la población, sino que sea una asistencia sanitaria **de calidad**, por lo que se hace precisa la monitorización y seguimiento de la atención que la población recibe, intentando, en definitiva, garantizar la calidad de la asistencia.

Entre las múltiples definiciones del término **calidad** existe una, bastante sintética, que recoge todas las dimensiones que deben ser consideradas²: "provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario".

Para conocer si el trabajo que desempeñamos es o no realmente de calidad, se precisa analizar y monitorizar la acción que se emprende, desde que ésta se escoge entre otras alternativas y se le da una determinada forma, hasta cuando se ejecuta y también cuando se finaliza, para conocer el efecto que realmente se ha conseguido con ella. Además, se precisa identificar los condicionantes que han podido influir en cada una de estas etapas para que, en el caso de que se objetiven deficiencias que incidan en la calidad, éstas puedan ser subsanadas.

Es importante recordar que la garantía de calidad ha de ser un proceso continuo y que todo -hasta lo que se hace bien- se puede mejorar, siendo lo mejor, enemigo de lo bueno, en el trabajo del médico de familia.

b. Actitudes

Serán necesarias para este área de práctica profesional actitudes como la de reconocer que nuestro trabajo no es una actividad estrictamente personal, sino

que tiene una gran dimensión social que hacen necesarias las actividades de garantía de calidad; aceptar que la opinión de la población es también un elemento importante para determinar la calidad de la atención prestada; aceptar que nuestro trabajo puede ser evaluado por otros profesionales con la finalidad de ser mejorado, así como estar dispuesto a realizar auditorías ó evaluaciones sobre el trabajo realizado por otros compañeros.

c. Actividades

Teniendo en cuenta las distintas dimensiones de la calidad (efectividad, eficiencia, competencia profesional, accesibilidad, satisfacción del usuario..), las actividades a incorporar a su práctica profesional por el médico de familia pueden ser numerosas, a saber:

- conocer los rendimientos teóricos y prácticos de las distintas intervenciones sanitarias para escoger las de mayor efectividad
- optar por las intervenciones sanitarias que tengan la mejor relación coste-beneficio, es decir, que sean las más eficientes
- trabajar activamente en su formación continuada de modo que mantenga una competencia profesional o calidad científico-técnica adecuada a las necesidades de su práctica profesional
- contribuir a disminuir las posibles barreras que el ciudadano encuentra para acceder, en condiciones de equidad, a los servicios sanitarios
- asegurarse, en su trabajo diario, de que los pacientes aceptan y entienden las decisiones tomadas sobre su salud, en orden a que cumplan los planes diagnósticos y terapéuticos indicados
- colaborar en la elaboración de los criterios normativos necesarios para la evaluación de una determinada actividad
- intervenir en las evaluaciones de las actividades realizadas, introduciendo posteriormente en el trabajo las correcciones necesarias para subsanar las deficiencias detectadas

RESUMEN

Como no podía ser de otra forma, en la propuesta de perfil profesional del médico de familia que hemos realizado, nos reafirmamos con la figura de Médico de Familia/Médico General que se describía en la definición de la WONCA.

La concepción del Médico de Familia como generalista, en tanto que puede responsabilizarse de la atención inicial de cualquier persona, siendo competente clínicamente -por su formación especializada- para resolver una mayoría de los problemas de salud, atendiendo al individuo con un enfoque

² Programa Ibérico de Evaluación y puesta en marcha de actividades de Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial.

biopsicosocial en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, es básica y justifica la elección de las áreas de práctica profesional que han sido desarrolladas.

Defendemos el perfil de un médico de familia con sólida formación clínica, que le permita prestar una atención al individuo efectiva y eficiente, y en la cual la relación médico-paciente ocupa un lugar privilegiado en su práctica diaria.

El médico de familia no es un terapeuta familiar, sino un clínico que entiende y asume la importancia trascendental de la familia sobre cómo y de qué enferman sus miembros, teniendo en cuenta su lado positivo, como recurso de la salud, y su lado negativo, como generadora de enfermedad y de conductas de salud erróneas. Reconoce que está en una posición privilegiada para detectar problemas familiares y valorará la intervención en función del problema encontrado y de su propia capacidad.

El médico de familia no es un epidemiólogo, sino un clínico que reconoce la importancia del método epidemiológico y que lo utiliza en su práctica diaria, tanto en la atención individual y familiar como en la orientada a la comunidad.

El médico de familia no es un "agente de desarrollo comunitario", sino un clínico que reconoce su sentimiento de responsabilidad sobre la salud de la comunidad en su conjunto, así como la importancia de la participación de ésta en sus problemas sanitarios para la mejora de su nivel de salud.

El médico de familia reconoce la importancia de las funciones de docencia, formación continuada e investigación para la mejora de su competencia profesional, por un lado, y para elevar el nivel científico de la atención primaria en nuestro país, por otro lado. Por ello, en la medida de sus posibilidades y sin dejar al margen las funciones asistenciales, se esfuerza en realizar actividades incluídas en este área.

El médico de familia, por último, reconoce las ventajas del trabajo en equipo y su necesidad para optimizar la atención prestada a la población; tiene presente el concepto de limitación de recursos y la necesidad de priorizarlos en su utilización; reconoce la importancia de la información sanitaria como base para la realización de múltiples actividades de atención primaria y acepta la necesidad de las actividades de garantía de calidad por la trascendencia social del trabajo que realiza.