



Fascículos de Educación Continua

Como Introducir a los Médicos Generales a nuestra especialidad: Tópicos elementales en Medicina Familiar y Atención Primaria para Tutores y Profesores
How to introduce General Physicians to our specialty: Elemental topics about Family Medicine and Primary Health Care for Preceptors and Professors

Miguel A. Suárez-Bustamante,
Méd.Dr., MF, Mag.Sal.Púb.

RESUMEN

Introducción: Es difícil escoger los tópicos sobre Medicina Familiar (MF) y Atención Primaria (AP) que se incluirán en programas de formación para médicos y otros profesionales que por primera vez toman contacto con la especialidad.

Objetivo: Presentar información puntual sobre algunos temas instigadores en MF y AP, y proporcionar amplia bibliografía para invitar a cada tutor o docente a construir su propio conocimiento.

Temas abordados: Definición, importancia y rol de la MF. Definición, importancia y relevancia política de la AP. Atributos, características y medios de evaluación de la AP. Costo-efectividad de la MF para el trabajo en AP y sus ventajas competitivas: Especialidad altamente adecuada para la Atención Primaria, Enfoque integral de la persona (biopsicosocial), familia y comunidad. Atención basada en la evidencia y la afectividad.

Descriptor: Atención Primaria de Salud, Servicios de Salud, Medicina Familiar, Modelo Biopsicosocial, Atención a la Familia, Participación de la comunidad.

ABSTRACT

Introduction: It is difficult to choose topics about Family Medicine (MF) and Primary Health Care (AP), to include in training programs to physicians and other health professionals, that approach to our specialty by first time.

Objectives: To show precise information about instigation topics in MF and AP, and provide numerous bibliographic references to invite each professor or preceptor to build his/her knowledge.

Reviewed topics: Definition, importance and role of MF, Definition, importance and political relevance of AP. Attributes, characteristics and evaluation means of AP. Cost-effectiveness of MF to work in AP, and competitive advantages: Specialty highly adequate to AP, Integral approach of whole person (biopsicosocial), family and community. Evidence-based and Affectivity-based care.

Keywords: Primary Health Care, Health Care Services, Family Medicine, Biopsicosocial Model, Families Care, Community participation.

Documento de posición editorial no sujeto a arbitraje.

MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim.
Int. 2008, 2 (2): 105-117

Este artículo está disponible en www.idefiperu.org/mpa.html

Filiación de los Autores:

Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Facultad de Medicina, Residencia y Maestría de Medicina Familiar, Lima. Instituto de Desarrollo Familiar y Social del Perú (IDEFIPERU), Lima.

Méd.Dr.: Médico Titulado. MF: Especialista en Medicina Familiar. Mag.Sal. Púb.: Magíster en Salud Pública.

Correspondencia para el autor: Dr. Miguel Suárez B: migsuarezb@yahoo.com



Cuando los profesores o tutores debemos preparar un programa formativo en Medicina Familiar, ya sea dirigido a residentes (candidatos a ser especialistas, pero médicos generales aún) u otros profesionales de la salud que por primera vez toman contacto con nuestra especialidad, siempre nos queda la sensación de no saber por dónde empezar. Dado que son tan numerosos los temas a tratar al iniciar el recorrido formativo, y es siempre limitado el tiempo disponible, la elección de tópicos siempre es difícil.

A continuación se colocan algunos elementos sobre Medicina Familiar y Atención Primaria que pueden ayudar en los programas de formación que recién inician, o aquellos con mucha trayectoria que desean una mirada fresca a su aproximación a la especialidad. La lista no pretende ser extensiva, ni abarcar todos los aspectos relacionados a la especialidad que deben ser cubiertos en un programa curricular general. Por el contrario, en este artículo queremos aproximarnos, aunque sea vagamente, al celebre "Manual del Tutor" del profesor Saura [1], colocando información puntual sobre algunos temas instigadores, y amplia bibliografía para invitar a cada tutor o docente a construir su propio conocimiento.

¿Por qué la Medicina Familiar?

La Medicina Humana, como rama de la ciencia, ha alcanzado un imponente desarrollo desde el siglo pasado, debido a múltiples factores, entre los cuales sin duda destaca la especialización. En EEUU, el informe Flexner [1910] introdujo las pautas para la educación moderna basada en la ciencia médica, e indirectamente alentó el florecimiento de las especialidades. Como consecuencia, las facultades de Medicina de las universidades de todo el mundo priorizaron el desarrollo de planes de estudio asentados en las especialidades médico-quirúrgicas básicas y sus subespecialidades [2]. Esta tendencia a la sobreespecialización tuvo su reflejo en los sistemas de atención, para los cuales los hospitales pasaron a ser las nuevas mecas del desarrollo técnico-científico, y sus especialistas simbolizaban el avance en el control sobre las enfermedades y la muerte [3].

En el otro extremo, se generó una notoria devaluación de la atención en el nivel básico, la cual durante siglos se había ejercido al lado de las familias en el ámbito extrahospitalario. De este modo, los consultorios, centros o puestos de salud donde se ofrecía atención a los problemas de salud de la comunidad, al quedar al margen de la corriente especializada, sufrieron un notorio atraso [3, 4].

Si bien una alternativa aparentemente válida era generar una mayor cantidad de especialistas de las especialidades médico-quirúrgicas convencionales (especialistas lineales) para que se abocarían a trabajar en los niveles básicos de atención, ello demostró no ser procedente por tres motivos [5]. Primeramente porque los especialistas buscan quedarse en los hospitales donde se formaron, o localizaciones semejantes, difícilmente se logra cubrir las zonas periféricas donde debe concentrarse la atención básica. En segundo lugar porque, donde quiera que ellos trabajen, los especialistas buscan reproducir los patrones de conducta diagnóstico-terapéuticos vigentes en los hospitales, requiriendo una gama de equipos, exámenes auxiliares y otras facilidades, las cuales originan una elevación en el costo de la atención. Y la última, y tal vez más relevante razón, fue que particularmente en los países más desarrollados, comenzó a sentirse el fraccionamiento y la despersonalización derivadas del enfoque especializado, y a extrañar la figura del médico integrador de funciones, o médico de cabecera [3].

Ello llevó a replantear la cuestión original, y en vez de generar más especialistas lineales para la atención de las familias y comunidades en el nivel básico, proponer formar un tipo de especialidad a la medida de esta realidad [4, 6]. Estos especialistas, por naturaleza son los médicos familiares. Ellos son médicos de Atención Primaria, los cuales entienden que la salud excede al marco de la lucha contra la enfermedad en el hospital, y reconocen que su lugar de trabajo para proveer salud son unidades descentralizadas, menores pero altamente eficientes. Ellos, como toda especialidad, tienen una formación de



postgrado, que los capacita para satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud que puedan presentarse en las comunidades donde trabajan.

¿Que es la Atención Primaria de Salud?

Existen diversos modos de conceptualizar la Atención Primaria (AP) de Salud. Como un nivel de complejidad de servicios, haciéndola equivalente a un primer nivel de atención, como un paquete de servicios, o finalmente como una estrategia para lograr un conjunto de resultados sanitarios [7].

Si bien el concepto original más consolidado fue aquel promovido en la conferencia de Alma Ata [8]:

“Una atención a la salud esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente comprobadas y socialmente aceptadas, garantizando la participación de todos los estratos sociales, a un costo que el país y las comunidades puedan soportar, en todas las etapas de su desarrollo, y con espíritu de autorresponsabilidad y determinación”.

No obstante, la Organización Mundial de la Salud —el propio organismo impulsor de esta iniciativa— ha reconocido que dicha definición fue demasiado ambiciosa y algo vaga, por lo que “el mensaje principal se distorsionó debido a los cambios de orientación que adoptaron las agencias internacionales de salud... y su ejecución se hizo más estrecha” [9].

En contraposición, particularmente en los países de Europa, la AP ha sido considerada como el conjunto de elementos relacionados al espacio donde se operativiza la puerta de entrada al sistema de salud —denominado primer nivel de atención— y sus atributos relacionados, tales como el primer contacto, la longitudinalidad o continuidad, la integralidad e integridad, la coordinación entre niveles y otras características relacionadas [2].

En este documento adherimos a la definición del Institute of Medicine (IOM) norteamericano que afirma que la AP es “La provisión de servicios de salud integrados y accesibles, por profesio-

nales eficientes en la cobertura de la mayoría de las necesidades de salud de las personas, que desarrollan una relación continuada con sus pacientes, y que realizan su práctica dentro del contexto de la familia y la comunidad” [10].

Aunque en la mayoría de los países de Iberoamérica la AP está vigente desde los años 80, en muchos países no ha sido aplicada con la amplitud de concepción exhortada en Alma Ata o por el IOM, sino como una desviación de la propuesta original, denominada Atención Primaria de Salud Selectiva [9]. Esta estrategia, cuyo desarrollo más emblemático han sido los programas verticales, ha sido duramente criticada por ser descontextualizada (reduccionista y no orientada a enfocar los determinantes), discriminatoria (se enfoca en el grupo madre-niño y no aborda otra población vulnerable), de poca sostenibilidad (como lo atestiguan los programas que al caer de prioridad y dejar de recibir ingentes recursos, desaparecen), y desintegrada (como si cada persona presentase un solo problema a la vez, el del programa vertical, y no el conjunto amplio de necesidades que todos conocemos) [9]. Este enfoque difiere notablemente del concepto de AP, integrador, con continuidad, longitudinalidad, integralidad, calidad humana y técnica, y adecuado a cada realidad, personal, familiar y cultura, promovido por los grupos de médicos familiares encabezados por WONCA-OMS, en distintos foros tales como los desarrollados en London, Ontario en 1994 [11], en Buenos Aires en 1996 [12], y los más recientes desarrollados en Sevilla, España en el 2002 [13], en Santiago, Chile, el 2005 y en Fortaleza, Brasil, el 2008 [14].

En años recientes, la AP ha vivido una revigorización en los diferentes organismos internacionales promovidos por la Organización Mundial de la Salud y diversos fondos de las Naciones Unidas, los cuales la proponen como una estrategia útil para alcanzar los objetivos del milenio [9]. Los dos más recientes desarrollos en este sentido fueron la conferencia, denominada “Buenos Aires 30 /15: de Alma-Ata a la Declaración de los objetivos del milenio: Derechos, hechos y realidades”



[15], y el Informe sobre la salud en el Mundo del año 2008 cuyo título es "La Atención Primaria de Salud. Más necesaria que nunca" [16].

¿Por qué es importante la AP?

Aunque información general ha reportado un avance desigual de la AP en Iberoamérica [17], la falta de un marco referencial para evaluarla había impedido merituar el avance de diversos sistemas de salud al implementar dichos principios. Esa situación cambió con desarrollo del repertorio teórico organizado por la Dra. Barbara Starfield [7, 18, 19], quien definió los siguientes atributos de la Atención Primaria:

-Acceso como primer contacto, expresado en que sólo pueda llegarse a los especialistas lineales, mediante referencias realizadas por médicos de AP. Ello está muy relacionado a la resolutiveidad y costo-efectividad de la AP, controlando a un costo accesible el mayor porcentaje de problemas de salud y actuando para prevenir su aparición.

-Longitudinalidad, o continuidad en el tiempo, que asegura una interacción médico-paciente-familia prolongada, con atención de cada dolencia hasta controlarla, del riesgo hasta retirarlo o compensarlo, y con seguimiento regular de los problemas crónicos. -Integralidad de la atención —también denominada atención centrada en la persona y la familia—, implica un abordaje pormenorizado y con enfoque biopsicosocial, mediante una acción preventivo-curativo-rehabilitadora, y con abordajes individual, familiar y comunitario.

-Coordinación —también denominada continuidad vertical—, que implica la articulación entre niveles de atención, con vistas a abordar los diferentes problemas de la persona o familia, en el nivel donde su solución sea posible.

A nuestro juicio, el desarrollo de instrumentos para evaluar estos cuatro atributos y sus características relacionadas [7] marca la consolidación del estudio de la AP. Estas escalas (scores) o cuestionarios disponibles en la bibliografía especializada [20, 21], han permitido medir la orientación hacia la AP de los sistemas de salud de diversos países, y con esta información construir la

denominada clasificación de la Fuerza de la Atención Primaria [7]. Un análisis específico pudo verificar una correlación inversa entre dicha Fuerza de la Atención Primaria y el desempeño del país como Sistema de Salud. Así, países como el Reino Unido, Finlandia o Países Bajos, con sistemas orientados hacia la AP altamente consolidados, tienen los mejores desempeños, seguidos de Canadá, Suecia y España en un nivel medio en ambas escalas, por encima de por ejemplo Alemania y EEUU, cuya Fuerza de la Atención Primaria es incipiente y tienen pobres desempeños como sistema. No se ha medido aún la Fuerza de la Atención Primaria para los países de Latinoamérica, aunque algunos reportes aislados permiten avizorar resultados semejantes [22].

Los resultados anteriores fueron confirmados con evidencia múltiple de que sistemas orientados hacia la AP experimentaban logros importantes en la globalidad, continuidad y longitudinalidad de la atención, posibilitando una mejor cobertura de las necesidades de su población [22-24]. A partir de ello, muchos países y entidades multilaterales comprendieron la importancia de expandir los sistemas orientados hacia la AP como un modo de obtener mejores resultados sanitarios en sus regiones [3, 25].

Si bien la implementación de la Atención Primaria de Salud es una tarea que requiere de equipos multidisciplinarios constituidos por diversos profesionales como las enfermeras, asistentes sociales, obstetras, odontólogos, psicólogos, etc., es el médico quien debe estar capacitado para resolver los principales problemas de salud, proporcionando una atención resolutive, eficiente y de primera calidad. Este médico deberá asumir el inmenso reto de cambiar su visión reactiva a los problema intercurrentes hacia una actitud proactiva para ofrecer a la población asignada a su cuidado, una atención oportuna, eficaz y con costos posibles de ser asumidos por el país [2, 18, 26].

La importancia de este profesional ha sido remarcada por la Dra. Starfield al formular las características de los sistemas de salud orientados hacia la Atención Primaria [7]:



- Regulación sobre el sistema de parte de la Atención Primaria.
- Financiamiento con esquema de Seguro Universal.
- Remuneración adecuada de los médicos de APS en relación a los especialistas.
- Población definida a cargo en esquema de listas de adscripción.
- Tipo de profesional de Atención Primaria.

En otras partes del mundo, este "Tipo de profesional de Atención Primaria" es encarnado por el médico familiar, cuya actividad central es brindar una atención integral a la persona, familia y comunidad, superando el paradigma biomédico y asumiendo el paradigma biopsicosocial. Por todo ello, la Medicina Familiar está llamada a constituirse en el futuro en la base de los sistemas sanitarios, pieza fundamental del sistema de salud y eje integrador de los equipos de AP [27-29].

¿Qué es la Medicina Familiar?

En 1986 la Sociedad Americana de Medicina Familiar adoptó la siguiente definición: "La Medicina Familiar es la especialidad a la cual concierne la salud total del individuo y su familia, dentro de ella se integran las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta. La visión de la Medicina Familiar no se limita por la edad, sexo, sistema de órganos o tipo de enfermedad del paciente" [2].

Aceptamos que la Medicina Familiar (MF) es la especialidad que se fundamenta en principios como continuidad, acción anticipatoria e integralidad de la intervención que habilitan al profesional para proveer cuidados de salud continuos e integrales en el contexto de la familia y comunidad, a toda la población, sin limitaciones de sexo, edad u otro tipo [3, 5, 30-32].

Para captar el valor de la MF como especialidad, es necesario entender que, como tal, tiene los mismos componentes que las otras especialidades. Es decir:

•Un objeto-sujeto de trabajo, que es el foco de la atención de la especialidad. Mientras que la cardiología trabaja sobre el corazón y aparato cardiovascular, la Medicina Familiar se centra en la

persona en el contexto de su familia y comunidad.

•Una disciplina, que es el cuerpo de conocimientos que la especialidad usa cotidianamente. En el caso de la Medicina Familiar, es lo que le posibilita estudiar a la persona integral y a su contexto familiar y comunitario.

•Una práctica (practice), que es el modo como socialmente nos organizamos para poder ejercer nuestra especialidad.

Esta organización varía de realidad a realidad.

El objeto de la especialidad de la MF puede parecerse extraño ya que estamos acostumbrados a que sea un órgano (corazón, riñón, etc.) que focaliza la acción especializada. Al final, existe la idea generalizada de que especializarse significa renunciar al todo para quedarnos con una parte en la que nos hacemos expertos. Sucede que a diferencia de las otras especialidades lineales que abordan el 100% de los trastornos y problemática relacionados al órgano que constituye su objeto-sujeto de acción, la medicina familiar es transversal, y aunque sólo aborde el 10-30% de los problemas y diagnósticos más frecuentes relacionados a cada órgano, con ello puede resolver hasta el 90% de la demanda que normalmente acude al primer y segundo nivel de atención. Además puede ver las relaciones entre estos problemas "que tejen a la persona como un ser integro", y entre esta persona, su familia y comunidad "que tejen a la sociedad en su conjunto".

La disciplina de la MF está constituida por conocimientos, destrezas y actitudes que los residentes y postgraduados deben recibir durante su entrenamiento para ejercer profesionalmente como verdaderos médicos familiares. Aunque esta disciplina se nutre de múltiples ramas de las ciencias clínicas y de la salud pública, así como de los campos de la terapia y asistencia individual y familiar, ella también ha generado sus propios conceptos e instrumentos como los relacionados al estudio e intervenciones de la familia en la atención primaria, los cuidados de la salud a través del ciclo de vida, entre otros. En alguna medida, somos



semejantes a otros especialistas, por ejemplo el nefrólogo, que requiere saber la anatomía e histología del riñón, la clínica de las enfermedades renales, la farmacología de los medicamentos que emplea, etc. y sólo una fracción de dichos conocimientos que constituyen su disciplina, fueron producidos por nefrólogos.

La disciplina de nuestra especialidad está representada por la información, ideas, saber y ciencia que aparecen en nuestros principales libros de texto, los cuales reflejan la combinación de erudición, talento y percepción de nuestros grandes pensadores, y que nos identifican como especialidad [1, 2, 4-6, 30-38].

La MF habilita a sus especialistas para ocuparse del mantenimiento de la salud y resolución de los problemas frecuentes en los individuos, familias o comunidades, tomando en cuenta su contexto social [39, 40]. Los principios reconocidos para la MF, según fueron propuestos por McWhinney en 1981, son los siguientes [32]:

1. El médico de familia está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial.
2. El médico de familia se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad.
3. El médico de familia ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud.
4. El médico de familia ve a su práctica como una «población en riesgo».
5. El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud.
6. Idealmente, el médico de familia debe compartir el mismo entorno que sus pacientes.
7. El médico de familia ve a sus pacientes en las casas así como en el consultorio y el hospital.
8. El médico de familia es gerente de recursos.
9. El médico de familia agrega importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.

Diversos estudios han demostrado que

los médicos familiares pueden desempeñarse con un nivel de resolutivez y costo-efectividad adecuados, alcanzando una mayor satisfacción entre sus usuarios y pacientes, y modificando significativamente indicadores sanitarios generales [7]. Este nivel de eficiencia alcanzado por los médicos familiares es posible, entre otros aspectos, por tres ventajas competitivas:

- Poseemos una especialidad altamente adecuada para la atención primaria.
- Desarrollamos un enfoque integral e integrado: centrado en la persona (biopsicosocial y por necesidades de salud), y complementado por el abordaje de la familia y en la comunidad.
- Ofrecemos una atención basada en la evidencia y la afectividad (humanidad).

A continuación nos ampliaremos en cada uno de estos puntos.

Especialidad altamente adecuada para la Atención Primaria

Como ya se mencionó, la AP tiene características particulares que la diferencian de la atención especializada, especialmente de aquella que transcurre en el ámbito hospitalario [41]. Algunas de estas diferencias propias del entorno de la AP son:

- La abundancia de problemas que se encuentran aún en estadio indiferenciado, y por lo tanto generan dudas sobre el poder diagnóstico de nuestras herramientas semiológicas y exámenes o imágenes auxiliares [5].
- La multiplicidad de problemas presentes en las diferentes poblaciones en todas sus etapas del ciclo de vida, lo que le da un tono diferenciado incluso a los mismos problemas, cuando se presentan en diferentes personas [2], y
- Las limitaciones para el uso de exámenes auxiliares y de imagenología, debido a restricciones económicas o a la distancia física. Aunque en realidad esta es una particularidad de algunos sistemas, este rasgo es incluso más importante en sistemas relacionados a seguros, donde hay fuertes restricciones para pedir exámenes complejos en el primer nivel [7].
- Otras múltiples diferencias entre la Atención Primaria y la atención especializada, las cuales pueden resumirse



en las siguientes líneas [5, 41]:

Necesidades de Salud: Necesidad única en la atención especializada vs. múltiples necesidades en simultáneas en la AP. Necesidad aguda y bien precisada en la atención especializada vs. cronicidad y trasfondo psicossomático o funcional en la AP.

Percepción de la necesidad de salud usualmente precisa en la atención especializada vs percepción indiferenciada en la AP.

Acción tomada: preponderancia de los cambios de comportamiento en la AP. Los especialistas en MF son médicos de AP, cuya formación de postgrado se centra precisamente en las necesidades de salud que pueden presentarse en pacientes de cualquier edad, en el contexto de la comunidad y que necesariamente acuden a los servicios de este nivel de atención [42, 43]. En consecuencia, un médico familiar debe estar preparado para [26]:

“-Prestar atención medica integral a niños, adolescentes, mujeres embarazadas y otros grupos poblacionales mediante acciones de promoción del individuo, la familia y la comunidad.

-Detectar las afectaciones negativas del ambiente y del hombre mismo.

-Ejecutar acciones administrativas de acuerdo a la organización de salud pública.

-Participar activamente en la información necesaria a la población y en la educación para la salud del individuo, la familia y la comunidad.

-Aplicar el método científico al diagnóstico y solución de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad.”

Ello incluye priorizar en su formación el reconocimiento de la totalidad de formas graves que requieran pronta referencia a los servicios de mayor complejidad, y el abordaje integral (según parámetros que se verán en la siguiente sección) de los problemas de salud que comúnmente afectan a su población [2].

El médico familiar es un recurso óptimo para la AP por su experiencia invaluable en presentaciones clínicas tempranas y sus habilidades médicas variadas y numerosas [36]. Además por los cuidados longitudinales prestados, y

su compromiso más allá del problema que lleva al paciente a la consulta, el médico familiar adquiere información del contexto de la persona y familia, así como de los múltiples problemas que haya padecido en su vida, que puede integrar a su conocimiento clínico, y así cumplir más fácilmente su objetivo de cuidar la salud de las personas, familia y comunidad [32]. Por otro lado, esta misma aproximación longitudinal posibilita que el médico familiar pueda emplear el tiempo como su principal herramienta diagnóstica, ya que un seguimiento estrecho permitirá discriminar oportunamente los problemas banales de aquellos importantes [30].

Los roles que desempeña el especialista en MF, aunque inspirados en una disciplina común a la especialidad, pueden ser muy diferentes de país a país o entre ámbitos rurales y urbanos [1, 26, 42]. A estos roles diversos que constituyen el ejercicio profesional cotidiano, y que son inherentes al modelo de salud en el cual el médico se desenvuelve y están íntimamente relacionados a la organización del sistema de AP [44], se les ha denominado la práctica (por la denominación anglosajona practice, de donde viene el término Family Practice) del médico familiar [6].

Una gran dificultad para establecer una adecuada práctica de la MF para nuestra AP, es el modelo fragmentado existente en muchos países de América Latina, con componentes estancos divorciados entre sí [2]. Así, tal vez exceptuando el modelo brasileño de Sistema Único de Salud [45] y otros pocos ejemplos más, en la mayor parte de Latinoamérica prevalece el desorden de los servicios de AP, con una muy pobre integración entre el sistema público del Ministerio de Salud, la seguridad social, los sistemas para las Fuerzas Armadas y Policiales, u otros subgrupos sociales, y el sistema privado. Ello, desafortunadamente, facilita la alta presencia de especialistas con libre acceso de pacientes, encareciendo y haciendo ineficiente al sistema de salud [18].

Enfoque integral de la persona (biopsicosocial), familia y comunidad.

Para poder entender mejor el enfoque



integral que promueve la disciplina de la MF para trabajar en el ámbito individual familiar y comunitario [26], es útil desagregar nuestro sujeto-objeto de la especialidad en diferentes focos que constituyen partes diferenciadas sobre las que nuestra disciplina aporta elementos para su abordaje.

Existe un primer grupo de pacientes que portan eventos bien delimitados que no requerirán un abordaje de la persona en su integridad. En estas situaciones, la persona se encontraba en las previamente sana, adquiriendo de manera súbita un problema circunscrito, localizado y de poca interrelación con otros órganos y sistemas, poco prevenible y de limitada afectación de su funcionalidad general. Buenos ejemplos son traumas poco relevantes, o infecciones agudas en un adulto joven, que en general está sano y sin factores de riesgo aparentes.

En este tipo de casos, la visión del médico es fundamentalmente episódica y luego de la prescripción finaliza con el cierre del evento, sin mayor esfuerzo por contactos o planes de trabajo posteriores.

Para el abordaje de este tipo de pacientes, se requiere concretamente que el médico:

- Sepa cómo manejar la secuencia de diagnósticos que pueden asociarse directamente a la queja (diagnósticos diferenciales).

- Sepa qué exámenes auxiliares confirmatorios solicitar, si ellos son requeridos, y

- Sepa realizar la prescripción correspondiente para el problema.

Todo ello en un contexto de AP, basado en la continuidad y la economía de recursos.

Dado que el objetivo de la MF es habilitar al especialista para abordar los problemas que aparecen en la AP, su disciplina representa un cuerpo de conocimientos bastante extenso [31, 32, 38, 39], y su parte más voluminosa siempre se refiere a las enfermedades y su abordaje diagnóstico y terapéutico. En tal sentido, abrir un libro de MF es muchas veces como abrir un compendio de libros de Medicina Interna, Ginecología, Pediatría, entre otros, aunque

no abordando los índices sumados de las disciplinas de otras especialidades, sino concentrándose en sus problemas más frecuentes y relevantes, así como en criterios para referencia al especialista cuando se requiera [2].

La persona como paciente.

Un siguiente grupo porta problemas con marcada influencia sobre otros sistemas o el organismo en su conjunto, por lo que el sujeto-objeto a ser tratado debe realmente ser la persona como un todo [31]. Ejemplos de estos casos son pacientes con síntomas atípicos o médicamente inexplicados, trastornos múltiples (polisintomáticos) o síntomas que no mejoran con la terapia habitual. Cuando esta situación se instala, uno de los sistemas que casi siempre suele afectarse es el neurovegetativo, derivando de ahí muchas de las enfermedades consideradas psicósomáticas.

Para el abordaje de este tipo de pacientes se requiere concretamente que el médico [30, 33]:

- Supere la fijación en la búsqueda de un diagnóstico preciso y considere al síntoma como un marcador de necesidad mayor, y de carácter global.

- Sepa cómo realizar un inventario de las necesidades emocionales del paciente, y el modo de responder a ellas.

- Aprenda a manejar los síntomas médicamente inexplicados, activando los diferentes recursos internos y externos que el paciente dispone.

Para poder responder a este tipo de pacientes se requiere conocer algunos elementos que forman parte de la disciplina de la MF, tales como:

El proceso salud-enfermedad, que determina que diferentes personas no vivan por igual sus cambios fisiológicos, síntomas y disturbios orgánicos [2]. Un ejemplo de ello es el climaterio, que para algunas mujeres es incapacitante y para otras pasa inadvertido. Este proceso se explica por la trilogía "illness-sickness-disease" de difícil traducción al español. Así, debemos poder resolver el problema del paciente, sea este una "disease" (enfermedad bien caracterizada), un "sickness" (conjunto de síntomas poco estructurados) o un "illness" (malestar inespecífico). Es



importante permanecer atentos y receptivos al dolor y disfuncionalidad que también los cuadros poco estructurados y no bien clasificados por la medicina clínica convencional pueden generar al paciente.

El modelo biomédico y el modelo biopsicosocial. El modelo biomédico, imperante desde fines del siglo XIX, afirma que el ser humano es como una máquina compuesta de piezas, de modo que al descomponerse una pieza, la habilidad para curar se basará en la capacidad para identificar la pieza estropeada y llevarla a su estado inicial o al mejor posible. El buen funcionamiento de la pieza restablece el adecuado funcionamiento del organismo. Contrariamente, el modelo biopsicosocial indicaba que las esferas biológica, psicológica y social del ser humano están íntimamente relacionadas, y por ello deben ser manejadas integralmente, dado que el mal funcionamiento de una pieza podría indicar un problema en cualquier otro componente del sistema que afecta al organismo [2]. Esta concepción tiene relevancia práctica para la MF en los dos momentos cruciales del acto médico: el diagnóstico y la terapéutica. Así, el modelo biopsicosocial orienta al médico a no considerar como posibilidad única o máxima de diagnóstico a los problemas estrictamente biológicos, evaluando con semejanza intensidad tanto las posibilidades biológicas como las psicosociales, y no necesariamente esperando a descartar todas las potenciales afecciones físicas antes de explorar la esfera psicosocial. En el tratamiento, al emplear el modelo biopsicosocial, el médico debe reconocer y confiar en el potencial terapéutico de aproximaciones no farmacológicas, de las cuales la más poderosa puede ser simplemente conversar con el paciente (como decía Balint, "el propio médico es la medicina más empleada en la consulta de AP" [46]), y si está bajo gran tensión emocional dejar que se desahogue expresando su ira o su tristeza. La posibilidad de confortar emocionalmente al paciente, ya sea individualmente o a través de una interacción modificadora con su familia, debe ser independiente del diagnóstico al que se llegue [46].

La familia como paciente.

Existen dos situaciones en las cuales el médico familiar debe tratar con la familia para poder contribuir a mejora la salud de su paciente. En el primero la persona, que es el paciente real, requiere de potenciar a su familia como un recurso para mejorar su salud individual. Un ejemplo típico de este foco es el manejo de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) en los cuales son necesarios cambios de comportamientos, ya sean en la dieta consumida, actividad física o acciones en cualquier otra esfera de la vida [37]. En estos casos, el cambio individual se favorece grandemente con la acción colaboradora de la familia, favoreciendo la sostenibilidad de la adherencia a las recomendaciones [2]. Por tal motivo, se recomienda convocar a la familia de los pacientes con una ENT, ofrecerles información detallada y comprometer su participación para, juntamente con el equipo de salud, modificar el entorno del paciente. Una lógica semejante se emplea cuando el objetivo es identificar contactos o potenciales infectados a partir del foco primario que es el paciente, por ejemplo en una enfermedad infecciosa, o cuando se trata de intervenir en la prevención de enfermedades que pueden afectar a varios miembros de la familia. En estos casos el médico familiar tiene la ventaja de conocer los riesgos y realizar diagnósticos tempranos, lo que implicaría una intervención oportuna. En todos estos casos, la consejería a la familia puede ser muy relevante para asegurar las medidas de control del problema individual.

En la segunda situación, identificamos que los problemas individuales del paciente se originan en que ésta no constituye un entorno que favorezca el desarrollo humano, crecimiento y desarrollo de los miembros de la familia, pues no puede cumplir adecuadamente con sus funciones fundamentales [47, 48]. Ante esta situación, es común que las quejas somáticas manifestadas por una persona, en realidad indican que la familia como un todo puede estar funcionando disarmonicamente. En estos casos, además de nuestro paciente individual, la propia familia, como un sujeto-objeto plural y de trabajo independiente, debe ser también nuestro



paciente [2].

Para este abordaje se requiere concretamente que el médico familiar [47]:

-Sepa manejar bien los elementos de la escuela sistémica para la orientación familiar, verificando la evolución de las familias, sus elementos y su funcionalidad, así como los recursos con los que cuenta para una adecuada adaptación a los estresores esperados en su ciclo vital familiar.

-Sepa aplicar algunas pruebas diagnósticas de atención a la familia y según sus hallazgos definir tareas conjuntas y acciones modificadoras o movilización de los recursos familiares, orientándolos a mejorar la salud general del grupo familiar.

Para poder responder a este tipo de pacientes y sus familias se requiere conocer algunos elementos, que forman parte de la disciplina de la MF, tales como:

-Los tipos de familia [31, 47], entre ellos la Familia Nuclear: adultos, cónyuges y sus hijos comunes; Familia Extendida: más de dos generaciones conviviendo en el hogar; Familia Nuclear Ampliada con miembros adicionales: Pareja sin Hijos por imposibilidad de procrear o por su etapa en el ciclo de vida; Familia Monoparental: un solo padre y su(s) hijo(s); Familia Reconstituida dos adultos previamente separados o divorciados y por lo menos un hijo de un compromiso anterior. Estos tipos de familia, aun cuando no son definitivos en su influencia sobre la funcionalidad familiar, pueden tener gran relevancia. Así, una familia monoparental (con un solo padre) y con varios hijos, puede desarrollarse de modo totalmente funcional si moviliza los recursos adecuados, pero en muchos casos, este tipo de familia puede dificultar en gran medida una adecuada funcionalidad.

-El Ciclo Vital Familiar, que es el conjunto de etapas de complejidad creciente que atraviesa ésta, desde su creación hasta su disolución, y que varían según sus características sociales y económicas [31, 47]. El ciclo vital familiar constituye la expresión de la evolución de la familia a partir del estadio de evolución de sus miembros. Hay diversas clasificaciones para el Ciclo Vital Familiar. Las etapas más usadas son: Pareja

sin hijos o nido sin usar, Nacimiento del primer hijo, Primer hijo/a en edad escolar, Primer hijo/a adolescente, Plataforma de despegue, Nido vacío y Familia anciana. Cuando la familia enfrenta dificultades para adaptarse al tránsito entre etapas del Ciclo Vital Familiar, o no ejerce los roles requeridos en ésta, puede provocarse una crisis familiar. Así, este ciclo es el primer marco al que puede recurrir el médico familiar cuando detecta conflictos en la dinámica familiar. Igualmente, dado que estos cambios familiares tienen cierta predictibilidad, la comprensión del Ciclo Vital Familiar permite orientar efectivamente a las familias sobre cambios en el contexto físico, psicológico y social que más adelante pueden amenazar la salud familiar (consejería anticipatoria) y discutir los ajustes para enfrentar etapas futuras.

-El abordaje de la familia como paciente requerirá conocer también muchos otros aspectos del estudio familiar y la orientación familiar, los cuales no podrían ser tocados en toda su extensión en este artículo, por lo que, para conocer mayores detalles de dicha materia, es recomendable referirse a otros artículos de esta publicación [49, 50], o a textos específicos [31-33, 37, 38, 47].

El trabajo con la comunidad

Hay algunas circunstancias en las cuales las familias traen problemas colectivos que sólo podrían resolverse desde un ámbito más amplio que el individual o familiar. Algunos ejemplos pueden ser las enfermedades gastrointestinales por focos infecciosos en la comunidad o la sensación de inseguridad crónica producto de la violencia callejera. Para responder a estos problemas, se requiere movilizar a la comunidad para que pueda actuar organizadamente para resolver dichos problemas [2].

Aunque no todos los médicos familiares consideran que este foco sea una de sus responsabilidades, se acepta que parte inherente de nuestra especialidad es la total identificación con la comunidad a la que servimos [26]. El desarrollo más importante contemplado en la disciplina de la MF, para el trabajo con este foco de acción, es la denominada Atención Primaria Orientada a la



Comunidad [51-53].

Para este objetivo, también podría emplearse la Promoción de la Salud, orientada a abordar los determinantes finales de la situación de salud existente, o la medicina ocupacional, que se enfoca al aspecto laboral de la persona, cuyas interrelaciones sociales ocupan más de la mitad del tiempo individual efectivo de la persona.

Atención basada en la evidencia y la afectividad (humanidad)

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE), entendida como el uso consciente, explícito y empleando el juicio crítico de las mejores evidencias actualmente disponibles, con la finalidad de alimentar nuestras decisiones en la práctica médica, buscando ofrecer la mejor atención posible a nuestra población, surge a partir del trabajo pionero del Dr. David Sackett y otros médicos internistas y generales, quienes postulan que siempre que nos preguntemos por qué tomamos tal o cuál decisión, nuestra respuesta debe ser mostrar una evidencia [54, 55].

En esta época en la que se produce tanta información, la MBE es la mejor manera de alcanzar una rutina de actualización constante y autoaprendizaje permanente [5]. Si bien ella tiene su origen en la metodología sistemática para revisar, evaluar y usar los hallazgos de las investigaciones realizadas sobre la materia de nuestra duda, en realidad incorpora también, en fuerte dosis, el uso práctico de la experiencia clínica para ponderar la utilidad específica de esos estudios. Se dice que sin el uso de esta experiencia clínica, la MBE conduciría a una tiranía de la evidencia externa, no siempre aplicable a cada paciente individual, mientras que la experiencia clínica sin MBE se traduce en una mirada a veces subjetiva, desactualizada y de menor costo-eficiencia para el paciente y el sistema como un todo. Por todo ello, las mejores decisiones se toman cuando experiencia clínica y MBE son combinadas en dosis proporcionales [56].

Pero debemos tener presente que no sólo lo basado en la evidencia es válido. En muchas situaciones, la demost-

ción de afecto es más importante que el diagnóstico brillante, particularmente si éste varía poco el pronóstico de la persona.

Entonces también se requiere desarrollar un adecuado manejo comunicacional: Empatía. Información. Asertividad. Intención Positiva. Explicitación de las consecuencias. Considerar que con el paciente no debe haber imposiciones, sino que todo debe desarrollarse dentro de un proceso de negociación, ofreciendo los elementos y soporte para que la elección de la persona sea la más adecuada para ella, para su familia y la sociedad [30]. La persona es dueña de su cuerpo.

Algunos aspectos que ayudan a ajustar los conocimientos basados en la evidencia a las necesidades individuales de cada persona forman parte de la disciplina de la MF, tales como:

El ciclo de vida individual, marca una vivencia y un significado particular de un mismo síntoma para las diferentes etapas de la vida de la persona, por ejemplo en un adolescente, como en un adulto mayor. Adicionalmente, este enfoque debe guiar la práctica preventivo-promocional inherente al trabajo del médico familiar, la cual debe adaptarse a las necesidades de cada momento en la historia de la persona; y a la consejería anticipatoria, por la cual el prestador aprovecha cualquier contacto para alertar sobre los cambios que les esperan a la persona y familia, en la siguiente etapa de sus vidas [31].

El modelo cultural etnomédico, intrínsecamente impregnado en la disciplina de la medicina familiar impulsa a los médicos familiares a tomar en consideración el modelo de creencias que cada persona trae de acuerdo a su cultura, y que determina el valor que ella le atribuye a sus síntomas (es un castigo, es consecuencia de algo, etc.). Igualmente lo invita a entender la búsqueda de otras fuentes de provisión de cuidado de salud, provenientes de la medicina alternativa o complementaria, antes de llegar al médico. Es extremadamente importante cuando se debe ofrecer atención en un contexto intercultural [57].



En consecuencia, los conocimientos especializados en MF no sólo deben abordar los adecuados estándares de calidad basados en la aplicación de la evidencia científica más reciente, sino también le deben ayudar a alcanzar una relación médico-paciente-familia humanizada y con mayor continuidad. Además, los conocimientos antes mencionados deben ayudarle al profesional a ampliar el abanico de respuestas de alcance intercultural, lo que particularmente en medios como los nuestros, contribuirá a conferirle un elevado índice de resolutivez.

Conclusiones

En este fascículo de educación continua se revisa algunos puntos relacionados

a la MF y la AP, cuyo abordaje debe considerarse prioritario en los programas de formación en la especialidad. Este tipo de contenidos debe ser parte de un esfuerzo mayor por impulsar la formación de especialistas adecuadamente entrenados en nuestra disciplina “a través de programas residencia médica u otros alternativos”, estableciendo mecanismos para garantizar la calidad de los colegas egresados de nuestros programas y de los docentes que los forman. Sólo alcanzando este grado de consolidación podremos efectivamente ser un espejo en el que el sistema pueda mirar el rumbo que desea seguir para reformar su modelo de AP, y así conseguir un sistema más justo, equitativo, eficiente y solidario, como el propuesto por la MF.

BIBLIOGRAFIA

1. Saura-Llamas J, Manual del Tutor. Como enseñar y aprender a ser Médico de Familia. Barcelona: Sección de Docencia de la SemFyC; 1997.
2. Ceitlin J y Gomes-Gascón T, edit. Medicina de Familia, la clave de un nuevo modelo. Madrid: CIMF-semFyC; 1997.
3. AMA Council. The Future of Family Practice. Implications of the changing environment of medicine. JAMA. 1988; 260 (9): 1272-79.
4. Geyman J, edit. The modern family doctor and changing medical practice. New York: Meredith corporation; 1971.
5. Rubinstein A, edit. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 2003.
6. Coulter D and Llewellyn D, The practice of Family Medicine. London: E&S Livingstone; 1971.
7. Starfield B, Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2004.
8. World Health Organization. Atención Primaria de Salud. En: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, 6-12 de Sept 1978. Memorias en: Informe de la Conferencia; Geneva: WHO; 1978.
9. Organización Panamericana de la Salud, Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de posición de la Organización. Washington: OPS/OMS; 2007.
10. Institute of Medicine, edit. Defining Primary Care: An interim report.. Washington, DC: National Academy Press; 1994.
11. OMS/WONCA, Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia. Ontario: OMS/WONCA; 1994.
12. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar. Declaración de Buenos Aires. Conferencia Regional de Expertos y Líderes de Salud de las Américas sobre Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud. Memorias en: Relato Final de la Conferencia; Buenos Aires: 1996.
13. Expertos de la I Cumbre iberoamericana de Medicina Familiar. En: ed. Gómez-Gascon T, Mendes-Nunes JM,, edit. I Cumbre iberoamericana de Medicina Familiar. Memorias en: Documentos de Trabajo de la I Cumbre iberoamericana de Medicina Familiar; Sevilla: semFyC - CIMF; 2002.
14. WONCA región iberoamericana CIMF (página web en internet). Caracas: Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF-WONCA Región Iberoamérica); c:2002 (actualizada: 2008; citado en: 15 de Agosto del 2008). Disponible en: www.cimfweb.org.
15. World Health Organization. Buenos Aires 30/15: From Alma-Ata to the Millennium Declaration: International Conference on Health for Development: "Rights, Facts and Realities" [monografía en Internet]. Buenos Aires: OPS/OMS; 2007. (consultado en: 15 de Julio del 2008). Disponible en: <http://www.paho.org/english/dd/pin/pr070816.htm>.
16. World Health Organization. La Atención Primaria de Salud. Más necesaria que nunca [monografía en Internet]. Informe sobre la salud en el mundo 2008; Geneva: WHO; 2008. (consultado en: 15 de Octubre del 2008). Disponible en: www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html.
17. Organización Panamericana de la Salud, Atención Primaria de Salud en las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo Largo de 25 Años y los Retos Futuros. Washington DC: PAHO; 2003.
18. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005; 83: 457-502.
19. Starfield B, edit. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
20. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Alvarez-Dardet C, Stein AT. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. Cad Saúde Pública. 2006; 22 (8): 1649-59.
21. Flocke SA. Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. J Fam Pract. 1997; 45: 64-74.
22. Eías PE FC. Atensão Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva. 2006; 11 (3): 633-41.



23. Larizgoitia I, Starfield B., Reform of primary health care: the case of Spain. *Health Policy*. 1997; 41: 121-37.
24. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenbergh LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. 2000; 105: 998-1003.
25. Starfield B. Is primary care essential?. *The Lancet*. 1994; 344: 1129-33.
26. Barruto Cruz R, edit. *Atención Primaria de salud: Medicina Familiar y Educación Médica*. La Paz: Univ. San Andrés; 1998.
27. Ross GS. The future of generalism in medicine. *Ann Intern Med*. 2005; 142 (8): 671-74.
28. Shipman SA, Lurie JD, Goodman DC. The future of primary care. *Ann Intern Med*. 2004; 140 (1): 69.
29. Lam CL. The 21st century: the age of family medicine research?. *Ann Fam Med*. 2004; 2 (Suppl 2): S50-S54.
30. Rakel R, edit. *Text Book of family practice*. Filadelfia: W.B. Saunders company; 1995.
31. Medalie J, edit. *Family Medicine principles and practice*. Baltimore: The Williams and Wilkins; 1978.
32. Mc Whinney I R, edit. *Medicina de Familia*. Barcelona: Doyma; 1995.
33. Taylor R, edit. *Family Medicine. Principles and Practice*. Filadelfia: Springer; 2003.
34. Taylor R, edit. *Manual of Family Practice*. Baltimore: Williams and Wilkins ; 2002.
35. Sloane L M, edit. *Essential of family Medicine*. Baltimore: The Williams and Wilkins; 1988.
36. Green LA, Phillips RL Jr, The family physician workforce: quality, not quantity. *Am Fam Physician*. 2005; 71 (12): 2260.
37. Yen E, *Revisión y evaluación de la Medicina de Familia*. Caracas: Univ. Los Andes; 1995.
38. Gallo Vallejo E, edit. *Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria*. , edit. Madrid: SEMFIC; 1998.
39. Jones R. Academic family practice. *Fam Pract*. 2003; 20 (4): 360-61.
40. Stewart KJ. Preserving family medicine's integrity. *Fam Pract Manag*. 2004; 11 (3): 20.
41. Suárez-Bustamante M. *Historia Clínica Orientada al Problema. Parte I. Fundamentos*. RAMPA - Rev Aten Integral Salud y Med Fam. 2006; 1 (2): 146-55.
42. Ceitlin J. Canada: family medicine. Crisis and response. *Aten Primaria*. 2005; 35 (6b): 281-82.
43. Delgado-Arroyo RM, Delgado-Espinoza R.,. *El médico familiar: clave de la sostenibilidad de la atención integral de salud*. RAMPA - Rev Aten Integral Salud y Med Fam. 2006; 1 (2): 116-26.
44. Gérvas J, Pérez-Fernandez M.,. *Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo*. Rev Bras Epidemiol. 2006; 9 (3): 384-400.
45. Negri B VA, edit. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: SOBRAVIME; 2002.
46. Balint M, *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros básicos; 1961.
47. Luis de la Revilla, edit. *Conceptos e instrumentos de la Atención familiar*. Madrid: Doyma; 1998.
48. Mull JD. The family in family medicine. *Fam Med*. 2004; 36 (2): 83.
49. Estrella-Sinche E, Suárez-Bustamante MA.,. *Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar*. RAMPA - Rev Aten Integral Salud y Med Fam. 2006; 1 (1): 38-47.
50. Alegre-Palomino Y, Suárez-Bustamante MA.,. *Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar*. RAMPA - Rev Aten Integral Salud y Med Fam. 2006; 1 (1): 48-57.
51. Nutting PA. Community-Oriented Primary Care: An integrated model for practice research, and education. *Am.J.Prev.Med*. 1986; 2: 140-47.
52. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: critical assessment and implications for resident education. *J Am Board Fam Pract*. 2001; 14 (2): 141-47.
53. Kark SL, edit. *Atención Primaria Orientada a la Comunidad*. Barcelona: Doyma; 1997.
54. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB, edit. *Evidence-Based Medicine. How to practice an teach EBM*. , edit. London: Churchill Livingstone; 2000.
55. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P, edit. *Epidemiología clínica, Una ciencia básica para la medicina clínica*. , edit. Madrid: Ediciones Diaz de Santos; 1989.
56. Spann SJ. Epidemiología clínica y toma de decisiones en medicina familiar. En: ed. Ceitlin J, Gómez-Gascón T., edit. *Medicina de familia, la clave de un nuevo modelo*. Madrid: semFYC y CIMF; 1997. p. 59-70.
57. Suárez-Bustamante MA, Alva-López I. Calidad y acceso a los servicios de salud en un contexto intercultural: recomendaciones para los equipos de atención primaria que atienden a minorías étnicas.. *MPA - eJ Med Fam & Atención Primaria Int*. 2008; 1 (3): (en prensa).