

Perspectivas en medicina familiar

Perspectives in Family Medicine

Muñoz-Hernández O,* García-Peña M. del C,** Vázquez-Estupiñán F.***

* Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), Instituto Mexicano del Seguro Social.(IMSS. México.

** Unidad de Atención Médica, DPM, IMSS.

Este artículo originalmente fue publicado como el capítulo número 15 del libro: *Family medicine at the dawn of the 21st century* de: Carmen García Peña, Onofre Muñoz Hernández y Felipe Vázquez Estupiñán, editado por el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2005. La **Revista Archivos en Medicina Familiar. An International Journal** agradece la oportunidad de reproducir este importante documento.

Correpondencia: Dra. María del Carmen García Peña. E-mail: carmen.garcia@imss.gob.mx

Introducción

La Medicina Familiar es esencial para un sistema de atención a la salud exitoso, pues, entre muchas otras cosas, constituye una forma de prestar servicios de atención primaria. Las fortalezas más importantes de este tipo de atención se derivan de su ubicación cercana al paciente, una amplia perspectiva, y el carácter disciplinario, así como la flexibilidad y adaptabilidad de sus métodos¹. Ante las dominantes inequidades e irregularidades de calidad en el sistema mexicano de salud y al analizar los avances obtenidos a través del Proceso de Mejora de la Medicina Familiar, es evidente que debemos preservar y fortalecer no sólo la seguridad social, sino, particularmente, la medicina familiar dentro del esquema de servicios de salud de la seguridad social. Los costos económicos y sociales de las principales complicaciones de las enfermedades crónicas están a la alza. La cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardiaca, la enfermedad renal terminal, las enfermedades cerebrovasculares y el cáncer, entre otras, representan una tremenda carga para las finanzas en un sistema de atención médica "centrado en hospitales".

Los servicios efectivos y flexibles de la medicina familiar, que aplican prevención de padecimientos infecciosos y no infecciosos, detección oportuna de enfermedades crónicas y un manejo adecuado de los padecimientos crónicos existentes para prevenir o retrasar sus complicaciones, son clave en la superación del abrumador escenario financiero y de resultados de salud.

En el curso del último año la seguridad social ha invertido los recursos necesarios para la capacitación de médicos, tanto en aspectos clínicos como gerenciales, y ha creado sistemas de información para hacer posible el registro médico electrónico y el uso de un expediente clínico único para cada paciente, en todas las unidades clínicas del país. El potencial de los sistemas de información ya descrito en capítulos previos es diverso.

Requerimos seguir realizando investigación en medicina familiar, pues es un elemento clave para proporcionar servicios de salud encaminados a prevenir la enfermedad, prolongar la vida y reducir la carga de enfermedades crónicas para la sociedad². La medicina familiar constituye la mejor forma de otorgar servicios de salud a distintos miembros de la familia en una visita única y también en una forma continua en el tiempo.

El objetivo de este artículo es proporcionar una visión sobre algunas de las tareas que la medicina familiar necesita poner en práctica en el futuro cercano para poder desarrollar su potencial. Hemos identificado tres principales tareas para la medicina familiar en México:

- a) una transformación profesional del equipo de salud,
- b) una transformación de los sistemas para ofrecer un nuevo modelo de atención, y
- c) una nueva relación entre los proveedores de salud y la población.

Transformación profesional del equipo de salud

Un nuevo perfil del médico familiar

Para Turabián, "el médico familiar es el profesional que presta una atención integral a cualquier tipo de pacientes, independientemente del tipo de problema, edad, género, enfermedad o sistema. La medicina familiar se centra en el grupo. Este enfoque no está determinado por el diagnóstico ni por los procedimientos, sino por las necesidades humanas"³. Una visión tradicional idealizada del médico familiar lo percibe como a un profesional que conoce a todos los miembros de una familia, ha brindado cuidados y atención a varias generaciones de la familia y está disponible para visitar el hogar familiar a cualquier hora que se le requiera. El diseño de los servicios de atención médica, la carga de trabajo y las presiones demográficas sobre el médico familiar han imposibilitado que esta visión se materialice, en particular, si se continúa percibiendo a las intervenciones de la medicina familiar como reactivas, basadas en las visitas y centradas en el médico.

Los médicos familiares pueden ahora apoyarse en sistemas de información, en sistemas de apoyo a la toma de decisiones y en la atención en equipo, lo que hace posible una nueva promesa de atención a la familia. Junto con nuevas relaciones terapéuticas, la meta es la continua y bien planeada prestación de atención médica basada en evidencia científica.

Nuevas habilidades para los médicos familiares y el equipo de salud

Algunas de las nuevas habilidades necesarias para construir nuevas relaciones terapéuticas incluyen el desarrollo de habilidades de trabajo en equipo^{4,5} y habilidades de comunicación dentro del equipo y con la familia, la permanencia de espacios para el desarrollo profesional, con énfasis en las ciencias de la calidad y la seguridad. Los padecimientos crónicos requieren una especial atención dentro de las funciones educativas de los miembros del equipo, que incluye a médicos familiares, enfermeras, nutriólogos y trabajadores sociales.

El desarrollo de habilidades educativas es crucial en el proceso de mejoramiento de los resultados de pacientes diabéticos, obesos e hipertensos. Se ha creado material educativo para padecimientos crónicos con sensibilidad cultural que refleja una filosofía educacional de empoderamiento⁶.

Líderes de la medicina familiar

Si bien un gerente elabora, principalmente, planes y presupuestos, organiza al personal, controla y resuelve problemas de los servicios, un líder verdadero define una dirección, alinea y motiva a las personas para lograr las metas⁷. Se requiere un nuevo liderazgo de médicos familiares, como maestros e investigadores, para cultivar nuevas generaciones de residentes concientes del perfil profesional que la sociedad les demanda, con mayor apertura a la responsabilidad, al mejoramiento de la calidad y a la investigación en servicios de salud. La vinculación entre las universidades e instituciones médicas necesita reflejar este propósito. John Lord propone que como mínimo debe ser dedicado 10% del tiempo profesional, al autodesarrollo y al desarrollo del equipo⁸. Otro aspecto relevante se asocia con los médicos familiares: su potencial como orientadores de sus pacientes y los miembros de sus familias en su travesía por el complejo sistema de salud. El papel de los médicos como controladores del acceso a los servicios de otros especialistas requiere reorientarse hacia un esquema de colaboración y comunicación con otros especialistas. El proceso de Mejora de la Medicina Familiar ha demostrado que la colaboración entre médicos familiares y otros especialistas es posible, es benéfica y promueve el desarrollo de ambos lados de la interacción.

Nuevos incentivos como profesional

Los sistemas de información y la atención médica basada en la evidencia están proporcionando nuevos contextos para pensar en nuevos esquemas de incentivos ya existentes en países desarrollados^{9,10}. Se considera a los incentivos eco-

nómicos y no económicos como medios útiles para promover y aumentar la calidad de la atención. La propiedad de los servicios de salud puede contribuir a que los proveedores de servicios se comprometan a mejorar la calidad. En el mundo en vías de desarrollo existe la necesidad de explorar el diseño de escenarios en donde se refuerce el sentido de propiedad; esta propiedad puede estimular un uso más eficiente de los recursos y mejorar la organización de los servicios.

Los médicos familiares también procuran ampliar sus conocimientos y habilidades en diversas áreas, tanto quirúrgicas como no quirúrgicas. Resulta deseable cierto grado de especialización en procedimientos o padecimientos como medio para estimular la referencia dentro de una clínica, y un sentido de progreso más allá de las fronteras de la práctica de la medicina familiar. Algunos médicos familiares pueden recibir capacitación en habilidades específicas para el manejo de técnicas imagenológicas, manejo de enfermedades mentales; procedimientos dermatológicos, manejo de diabetes, procedimientos quirúrgicos menores, entre otros; esta práctica puede reducir la monotonía. La gama de actividades debe analizarse en términos de su contribución a la economía de la salud en las instituciones.

Colaboración entre enfermeras, trabajadores sociales, nutriólogos, profesionales de la información, gerentes y médicos

La atención a la salud, por tradición, ha estado centrada en los médicos, quienes asumen el papel de autoridad y luego son responsables de la atención al paciente y al tiempo que trabajan en forma relativamente aislada del resto del equipo de salud. Se ha demostrado que las enfermeras pueden ofrecer educación y manejo de casos en forma efectiva y eficiente¹².

Los trabajadores sociales están reforzando su papel como educadores en padecimientos crónicos y como expertos en atención de problemas psicosociales, como violencia familiar, aislamiento, trastornos de salud mental incluidas las adicciones, la ansiedad y la depresión. Los profesionales en tecnología de la información están volviéndose cruciales en la recuperación, análisis y presentación de datos utilizados para fines clínicos.

Una adecuada interacción y colaboración entre los profesionales de la salud, los expertos en tecnología de la información y los administradores será el fundamento para una mejor planeación y evaluación de los servicios médicos. La conformación de equipos efectivos requiere una adecuada capacitación en habilidades de trabajo en equipo, comunicación humana y ciencias de calidad en la atención. Asimismo, es importante contar con un mejor conocimiento de los factores humanos y la transformación cultural en los servicios médicos. El desarrollo del razonamiento ético, la relación médico paciente y la economía de la salud también constituyen conocimientos y destrezas necesarias para el crecimiento profesional de todos los miembros del equipo.

Transformación de los sistemas para proporcionar un nuevo modelo de atención

¿Qué tipo de transformación se espera del desarrollo de sistemas de información? Hoy en día, cuando estamos comenzando a recabar información sobre el desempeño de médicos, clínicas, distritos y regiones, surge el reto de saber cuál será el mejor uso de la información. Los esfuerzos por desarrollar una atención más centrada en los pacientes nos lleva a otro cuestionamiento: ¿cómo se va a utilizar esta información para apoyar una atención centrada en relaciones personalizadas?¹³

Diversos autores han propuesto que se necesita una transformación de la prestación de servicios de salud, incluida la medicina familiar, con objeto de ofrecer atención médica de mejor calidad y más confiable, lo que significa que la perspectiva es contar con una atención centrada en los pacientes y basada en la información.

Un nuevo modelo

El nuevo modelo debe centrarse en los pacientes; basarse en conocimientos y descansar en sistemas^{14,15}. De todos los atributos de la atención primaria valorados por los pacientes, la continuidad está entre los más altos¹⁶. Médicos familiares de medio tiempo no es lo que esperan generalmente los pacientes para su atención a la salud. El modelo tradicional para las enfermedades agudas se basa en encuentros breves no planeados; este modelo resulta ineficiente y

obsoleto para el manejo de las enfermedades crónicas. (Cuadro I). Mc Glynn ha demostrado en sus trabajos que los pacientes sólo reciben la mitad de la atención que necesitan¹⁷. Al aplicar diferentes alternativas de consultas con pacientes, Kilo^{18, 19} ha logrado 20% de sus interacciones con pacientes como consultas en persona, 40% a través de correo electrónico y 40% vía telefónica. En México, las consultas de grupo podrían constituir una alternativa para el manejo de padecimientos crónicos como la diabetes. En el estado de Nuevo León, México se está comenzando a poner en práctica esta experiencia. La idea es poder manejar las necesidades y demandas de los pacientes en forma eficiente y efectiva y priorizar las necesidades, así como aplicar un enfoque de equipo.

Cuadro I.

Modelos actual y nuevo de atención en medicina familiar	
Actual	Nuevo
Basado en el individuo	Basado en equipo
Episódico	Continuo
Médico como autoridad	Decisiones compartidas con los pacientes
Conocimiento como propiedad del médico	Conocimiento compartido
Basado en consultas	Basado en relaciones terapéuticas
Énfasis en la productividad	Énfasis en la calidad
Número de interacciones	Interacciones que muestran interés
Estudia al individuo	Estudia al individuo y a la población
Atención fragmentada	“Sistema de Atención a la Salud” auténtico

Los servicios de Medicina Familiar del IMSS * están adquiriendo experiencia en el acceso abierto con el lema "realizar hoy mismo el trabajo de hoy". El sistema de citas es cada vez más aceptado tanto por los prestadores de servicios como por los pacientes. Los incentivos pueden jugar un papel en la adopción de nuevos modelos de atención en el futuro, pero para hacerlo realidad, las instituciones necesitan mejorar su eficiencia, reducir el dispendio y ahorrar recursos. Por otro lado, el sistema de seguros privados en México con frecuencia paga compensaciones muy bajas a los médicos por sus servicios, no cubre muchos aspectos esenciales de la atención a la salud (como enfermedades mentales, procedimientos de trasplante y casi cualquier tipo de atención a largo plazo que al final llegará a las instituciones de seguridad social), lo que deja desprotegidos a aquellos que no cuentan con un seguro de salud, genera una sobrecarga para los médicos y da lugar a la aplicación de políticas lucrativas, con poca atención en la calidad.

Pasos hacia un nuevo modelo

Se han descrito una serie de transformaciones que nuestros Servicios de Salud de Medicina Familiar están experimentando y a los que colectivamente denominamos "Proceso de Mejora de Medicina Familiar". En forma sucinta, el proceso incluye nuevos sistemas para información clínica y manejo de agendas. Ahora se pueden proporcionar prescripciones e incapacidades vía electrónica, lo que facilita que el paciente las pueda entender y cumplir mejor. El empleo de computadoras incluye apoyos en la red para la toma de decisiones, con lo cual se tiene la oportunidad de consultar los lineamientos en internet al momento de atender al paciente. En la recepción se controlan las agendas electrónicas y se tiene menos trabajo administrativo. Los trabajadores sociales y los nutriólogos contarán con módulos específicos en el programa de cómputo para trabajar con los expedientes y actividades clínicas. Las habilidades técnicas de los médicos familiares están renovadas en un método educativo innovador en el que trabajan con otros especialistas. Se ha apoyado la educación continua mediante el financiamiento de sustituciones y garantías de tiempo para prácticas clínicas supervisadas, educación y revisión de literatura. Se están implementando grupos de autoayuda basados en principios de educación de adultos y la filosofía del empoderamiento para apoyar al autocontrol de los padecimientos crónicos.

*García- Peña C, Muñoz-Hernández O, Vázquez-Estupiñán F. Family medicine at the dawn of the 21st century. México; Instituto Mexicano del Seguro Social. 2005.

Las Unidades de Medicina Familiar (UMF) ahora proporcionan servicios de rehabilitación, lo que reduce el problema de acceso a estos servicios orientados a restaurar la funcionalidad de los pacientes. Se han suministrado equipos médicos para detección de cáncer mamario y equipos de ultrasonido para la vigilancia del embarazo a estas UMF con objeto de disminuir la carga de padecimientos ginecoobstétricos entre la población.

El modelo integral de atención en el que se está trabajando no sólo contempla privilegiar la prevención en contraposición a la curación, sino también darle una orientación más psicosocial y no sólo biológica, así como proporcionar servicios con equipos coordinados. Todavía quedan muchas cosas por hacer, pero se ha logrado un avance significativo. En la última sección se describen algunas de las cualidades que esperamos fortalecer en la relación entre los prestadores de servicios y la población.

Nueva relación entre prestadores de servicios y la población: Atención centrada en el paciente

¿En realidad contamos con servicios orientados hacia el paciente? Considerando nuestro "sistema de salud", ¿es posible tener este tipo de servicios? ¿Cómo agregar valor al microsistema en donde se ponen en práctica los cuidados clínicos? Necesitamos un mejor conocimiento del contexto, necesitamos cooperación para la atención a la salud y una mejor comprensión del significado para los pacientes, con la finalidad de elevar los niveles de participación de los mismos. Turabian³ exige mejores expedientes clínicos de atención primaria y mejores sistemas de apoyo para la toma de decisiones complejas. En lugar de número de servicios, gastos farmacéuticos, químicas sanguíneas, Turabian propone una mejor semiología, específica para la medicina familiar. La enfermedad individual también se puede ver como la expresión de un contexto de grupo disfuncional. La salud mental en la familia y en la comunidad, incluyendo una adecuada atención del proceso de envejecimiento, es de crucial importancia dentro de esta visión sensible al contexto, que puede lograr la medicina familiar. Nuestros esfuerzos nos pueden conducir a colocar al paciente en el centro de la atención y al médico familiar como socio, asesor y defensor de los intereses de los pacientes. Procurar que el paciente entienda la salud, utilizar sus creencias en torno a los temas de salud en las explicaciones y verificar si el paciente las ha entendido, son conductas que pueden evaluarse de manera sistemática²⁰⁻²².

Los comités de evaluación del Reino Unido han confirmado que el requerimiento de los Colegios puede contribuir a modificar la conducta de los médicos para orientarlos más hacia los pacientes. Por ejemplo, la verificación de la comprensión, una actividad muy poco utilizada con anterioridad, ahora se está volviendo algo común. "Aunque el examen es una evaluación de una muestra de consultas seleccionada por el candidato –y, como otros lo han señalado, se puede "entrenar" al candidato hacia estas conductas– sugerimos que, aun así, esto represente un paso en la dirección deseada y esperamos que algunas de estas conductas demostradas continuarán y se desarrollarán a lo largo de la carrera médica"²³.

Una conducta médica que promueve la participación de los pacientes es congruente con el modelo en donde los pacientes son responsables de su propia salud. La medicina familiar debería esforzarse para asegurar un acceso universal y oportuno a los servicios, así como la posibilidad de ponerse en contacto con los prestadores de servicios las 24 horas del día. Conforme a lo señalado por Wagner²⁴ los modelos de atención de enfermedades crónicas promueven una interacción entre un equipo pro-activo y preparado, y un paciente participativo e informado, con el apoyo para un autocuidado en la comunidad. Los sistemas de información proporcionan, de nuevo, el insumo requerido para planear, programar y diseñar la atención que se requiere en los distintos niveles.

El Instituto de Medicina y el Instituto de Mejora de la Salud en Nueva Zelanda han elaborado seis objetivos de atención médica que esta-blecen como prioridad la experiencia del paciente:

Seguridad: este objetivo parecía asociarse a los ámbitos hospitalarios, pero ahora la seguridad se reconoce como una meta para prevenir consultas en hospitales (control de la diabetes, prevención de cardiopatía isquémica en población de alto riesgo, atención prenatal para partos con mejores resultados). Los pacientes necesitan una atención individualizada congruente con sus riesgos. Las herramientas de la epidemiología clínica permiten anticipar que un hombre de 55 años de edad, con una presión arterial de 160/95 y un cociente de colesterol total/ HDL de 8, se encuen-

tra en riesgo de un evento cardiovascular –angina, infarto, enfermedad vascular cerebral, insuficiencia cardíaca– de 20 a 25% de desarrollar un evento fatal y no fatal. Necesitamos tratar a 13 pacientes durante cinco años (con moderadas reducciones de colesterol y presión arterial) para evitar la ocurrencia de un evento en este marco temporal ^{25, 26}.

Efectividad: este objetivo está íntimamente asociado con el anterior y se trata del uso consistente de las intervenciones basadas en la evidencia científica.

Atención centrada en el paciente: esto significa proporcionar una atención consistente con los valores, necesidades, creencias y preferencias de los pacientes. Se requieren relaciones duraderas en los casos de enfermedades crónicas, para obtener los mejores resultados de pacientes que están motivados, son activos y se encuentran bien informados; los pacientes se transforman en tomadores de decisiones en atención médica. Las ideas detrás de la atención centrada en los pacientes se han ampliado para incluir a los padres como participantes activos en el diseño y prestación de servicios médicos para padecimientos crónicos, como la fibrosis quística. Está surgiendo un nuevo paradigma en la medida que médicos y padres pasan visita para mejorar la calidad de la atención en los servicios, como la experiencia del Hospital Infantil de Ohio en donde los pacientes y los padres son parte del equipo vital de la atención médica. Otro excelente ejemplo de colaboración es el estudio llevado a cabo por Siegel para reducir la prescripción de antibióticos en otitis, en el cual 63% de los padres convino en tratar el padecimiento sin antibióticos ²⁷. La atención centrada en los pacientes se convierte en una auténtica atención centrada en la familia. Se puede aplicar el empoderamiento bajo ciertas condiciones, no sólo de padecimientos crónicos, sino también de agudos ²⁸.

Oportunidad: se necesita una ciencia renovada de flujo, acceso y organización de servicios. El mejor empleo de las telecomunicaciones resulta imperativo para lograr este propósito, al igual que el Internet y los teléfonos celulares, los cuales están aumentando en los países en desarrollo. Los localizadores, faxes y centros de atención telefónica se sumarán a las redes de comunicación.

Eficiencia: el desperdicio es un constante obstáculo en la prestación de servicios de salud de calidad. Ya se ha identificado con antelación el abuso de una serie de recursos: antibióticos, pruebas de diagnóstico, dosis inadecuadas, entre otros.

Equidad: los servicios de seguridad social deben estar disponibles para todos los mexicanos y para lograrlo se necesita un marco fiscal y financiero. Es posible la prestación universal de servicios de calidad, en particular, a través de la seguridad social y los servicios de medicina familiar bien financiados.

Conclusión

La medicina familiar requiere renovar sus perspectivas profesionales para continuar la creación de sistemas mejor diseñados que permitan lograr las metas mencionadas de calidad en la atención y contribuir a edificar una respuesta comunitaria encaminada a la conservación y restauración de la salud. Estas acciones conducirán a la profesión, hacia un camino de logros no exento de encrucijadas ²⁹.

REFERENCIAS

1. Moore G, Showstack J. Primary Care Medicine in Crisis: Toward Reconstruction and Renewal. *Ann Intern Med* 2003;138:244-7.
2. Stange KC, Jean CR, Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF, Zyzanski SJ. The value of a family physician. *J Fam Pract* 1998;45:363-8.
3. Turabián JL, Pérez B. El futuro de la medicina de familia. *Aten Primaria* 2001;28:657-61.
4. Hall P, Weaver L. Interdisciplinary education and teamwork: A long and winding road. *Med Educ* 2001;35:867-75.
5. Morell L, Velez-Arocho JI, Zayas-Castro JL, Torres Ma. Developing and assessing teamwork Skills in a multi-disciplinary course. *Frontiers in Education Conference, Tempe AZ, 1998.*

6. Hernández-Leyva B, García-Peña MC, Vázquez-Estupiñán F, Villa-Contreras S, Guadarrama-Mijares J, Badillo Rebollo MA, Domínguez-Sánchez E. Self-Help Groups for Overweight, Obese, Hypertensive and Diabetic Patients. En: García Peña, ed. Family Medicine at the Dawn of the 21st Century. México, DF: CISS-IMSS, 2005.
7. Schwarz RW, Tumblin TF. The power of servant leadership to transform health care organizations for the 21st century economy. *Arch Surg* 2002;137:1419-27.
8. Lord J. Future of primary healthcare education: current problems and potential solutions. *Postgrad Med J* 2003;79:553-60.
9. Campbell SM, Roland M. The Experience of United Kingdom. En:García Peña C, ed. Family Medicine at the Dawn of the 21st Century. Mexico, DF: CISS-IMSS. 2005.
10. Roland M. Linking Physician's Pay to the Quality of Care A Major Experiment in the United Kingdom. *N Eng J Med* 2004;351:1448-54.
11. Rosen C, Case J, Staubus M. Every employee an owner. Really. *Harv Bus Rev* 2005 Jun;83(6):122-30, 150.
12. Gabbay RA et al. Nurse case management improves blood pressure, emotional distress and diabetes complication screening. *Diabetes Res Clin Pract* 2005;11:345-9.
13. Scherger JE. The End of the Beginning: The Redesign Imperative in Family Medicine. *Fam Med* 2005;37:513-6.
14. Berwick DM. Escape fire: designs for the future of health care. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.
15. Committee on Quality in Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press, 2001:56-8.
16. Mainous AG, Baker R, Love MM, Gray DP, Gill JM. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Fam Med* 2001;33:22-7.
17. McGlynn EA, Asch SM, Adams J. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003;348:2635-45.
18. Kilo CM, Triffletti P, Tantau C, Murray C. Improving access to clinical offices. *J Med Pract Manage* 2000;16:126-32.
19. Houck S, Kilo C, Scott JC. Improving patient care. Group visits 101. *Fam Pract Manag* 2003;10:66-8.
20. Stewart M. Towards a global definition of patient centered care. *BMJ* 2001;322:444-5.
21. Tongue JR, Epps HR, Forese LI. Communication skills for patient-centered care. *J Bone Joint Surg* 2005;87-A:652-658.
22. Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C, Grol R. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Health Care* 2003;12: 93-99.
23. Champion P, Foulkes J, Neighbour R, Tate P. Patient centredness in the MRCGP video examination: analysis of large cohort, *BMJ* 2002; 325: 691-692.
24. Wagner EH. Deconstructing heart failure disease management. *Ann Intern Med* 2004;141:644-6.
25. Dyslipidemia Advisory Group. National Heart Foundation clinical guidelines for the assessment and management of dyslipidemia. *NZ Med J* 1996;109:224-232.
26. National Health Committee. Guidelines for the management of mildly raised blood pressure in New Zealand: Ministry of Health National Health Committee Report, Wellington 1995.
27. Siegel RM. Treatment of otitis media with observation and a safety-net antibiotic prescription. *Pediatrics* 2003;112:527-31.
28. Anderson RM, Funnell M. The Art of Empowerment. 2nd Edition. American Diabetes Association 2005.
29. Showstack J, Anderson A, Hassmiller S. Primary Care at a Crossroads. *Ann Intern Med* 2003;138:242-3.