

Ian McWhinney: los nueve principios de la medicina familiar

Ian McWhinney: Os Nove Princípios de Medicina de Família

Ian McWhinney: The Nine Principles of Family Medicine

Javier Lovo. *

*MD, Ph.D. Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina, Escuela de Postgrados. Sección de Medicina Familiar. (El Salvador)

Correspondencia: Javier Lovo MD. Ph.D. **Correo electrónico:** jvrlovo@gmail.com

Resumen

La medicina familiar es la más integral de las especialidades médicas, brindando atención a la población sin ningún tipo de exclusiones, siendo su objeto de estudio el proceso salud y enfermedad de la familia. Ian McWhinney fue uno de los padres de la medicina de familia, abogó por privilegiar la prevención, y la necesidad de integración entre ciencia, tecnología y arte en la praxis médica, sirviendo a los intereses del paciente. Formuló nueve principios que fundamentan la práctica del médico de familia y que adquieren cada día más relevancia en un mundo que cada vez despersonaliza a los pacientes.

Palabras clave: McWhinney. Medicina familiar. Principios de medicina de familia.

Abstract

Family medicine is the most integral of medical specialties, providing care to the population without any exclusions, its object of study is the family's health and disease process. Ian McWhinney was one of the fathers of family medicine, advocating privilege prevention, and the need for integration between science, technology and art in medical praxis, serving the interests of the patient. He formulates nine principles that underlie the practice of the family doctor and that acquire more relevance every day in a world that increasingly depersonalizes patients.

Keywords: McWhinney. Family Medicine. Principles of Family Medicine.

Introducción

La medicina de familia se ha definido: como la especialidad clínica que se ocupa del mantenimiento y la resolución de los problemas de salud frecuentes en los individuos, familias o comunidades, independientemente de la edad, el sexo o el órgano o sistema afectado.¹ Surgiendo como una repuesta a la hiper especialización médica, que fragmenta al ser humano en órganos y sistemas, haciendo perder el sentido de unidad en las consultas con distintos especialistas, cada uno de los cuales se ocupa única y exclusivamente de una enfermedad u órgano. También surge como heredera directa de la clásica medicina general, de las épocas previas, en las que existía una gran confianza en el médico de cabecera, al que se le consultaba no sólo cuestiones medicas sino de toda índole y estaba al alcance de todas las personas, por esta razón los conocía a todos. Surge como una especialidad longitudinal contraponiéndose al concepto lineal de otras especialidades, para el médico de familia independiente de su edad, su sexo, los órganos o sistemas afectados, todos son pacientes que la medicina familiar debe atender. Así el médico de familia se ocupa del cuidado de la familia desde sus etapas preformativas, sigue ocupándose de cada individuo que compone la familia en periodo prenatal, se preocupa por el neonato y por el niño, trabaja con el joven, apoya y soporta al adulto, protege al adulto mayor y se encarga de los cuidados paliativos, para garantizar una vida de calidad y una muerte digna.

El objeto de estudio de la medicina familiar es el proceso salud y enfermedad de la familia.² Para lograr su objetivo de proteger la salud de la familia, la medicina familiar se adscribe al primer modelo que en la práctica integra las vertientes biológicas, psicológicas y sociales, poniéndolas al servicio de los individuos que conforman la familia, pero sin perder de vista la unidad funcional y estructural que la familia conforma. Un concepto tan fascinante como lo es la atención integral y continua de la familia, para la búsqueda del bienestar de la persona y no sólo la ausencia de la enfermedad, ha generado que desde sus orígenes se formulen principios, que muchos de ellos sin ser nuevos, modelen una nueva filosofía en la atención médica centrada en la persona.

Ian McWhinney fue uno de los padres de la medicina familiar,³ sus escritos promueven la observación clínica, sintetizan los aportes que un modelo generalista puede aportar y que son únicos en la medicina familiar. Haciendo énfasis en la prevención como una de las grandes herramientas al servicio de la familia y por lo tanto de la sociedad, en el mantenimiento y resolución de los problemas de salud. Llamaba a desarrollar una integración entre ciencia, tecnología y arte en la praxis médica moderna, no solo en la medicina familiar sino en la medicina en general, poniéndola al servicio de la persona.⁴ Establecido nueve principios básicos de la medicina de familia,⁵ que son aplicables a los galenos de familia de todo el mundo, ya que ellos llevan implícito la esencia del ejercicio de los facultativos de familia. Analizaremos estos nueve principios en este artículo.

Desarrollo

Ian McWhinney formuló estos nueve principios en un artículo de su autoría en 1981,⁶ y luego los conceptos fueron incluidos en su libro "*Texto de medicina familiar*", cuya primera edición fue publicada en el mismo año. Abordaremos cada uno de estas formulaciones que siguen teniendo tanta relevancia en el mundo actual, como la tuvieron en los años ochenta.

1.- *El médico de familia, está comprometido más con la persona que con un cuerpo particular de conocimientos, grupos de enfermedades o técnicas especiales.*⁷ Es decir el compromiso del médico de familia es con la persona, independiente de su edad, de su sexo, de su raza. Practica una medicina centrada en la persona, reformulando los conceptos que permita reconocer a la persona como fin fundamental y no como simple portadora de enfermedades.⁸ Reconoce la humanidad del paciente como principio fundamental de la práctica médica, busca salvaguardar y promover la salud de todas las personas, sin tomar ningún tipo de consideraciones que generen exclusión. No crea ese compromiso, que el internista desarrolla con los adultos, el pediatra con los niños y el ginecólogo con la mujeres, tampoco el compromiso del neurólogo con el sistema nervioso, ya que el compromiso es con la persona por lo que muchos de los problemas abordados por estas especialidades específicas, caen de lleno dentro de la práctica del médico de familia. Asimismo incluye en su atención aquellos pacientes, que parecen ser tierra de nadie, los adolescentes y los pacientes en cuidados paliativos notablemente, encuentran su lugar en la medicina familiar, ya que es una disciplina que involucra de una forma integral cada una de las fases del individuo y la familia.

El no estar limitado a un rango de edad, a un cuerpo de conocimientos o técnicas específicas, permite a la medicina de familia dos características que le son únicas: la longitudinalidad, que le permite atender a todos los pacientes en todo momento, ante todo tipo de patologías. Siendo el primer contacto y punto de entrada de los pacientes al sistema de salud, el paciente puede encontrar en el médico de familia una atención integral que aborde sus aspectos biológicos, sociales y psicológicos, en cualquier etapa de su vida, lo que le restituye el antiguo rol de médico de cabecera, de consejero, de ser el médico que conoce a la familia y la comprende, usando esta información para promover el bienestar de sus miembros. La segunda característica es la continuidad, ya que a diferencia de otras especialidades, el compromiso del médico familiar no culmina cuando el paciente se cura, ni inicia cuando el paciente se enferma. El médico de familia continuará dando seguimiento al paciente que se cura, promoviendo la prevención que evite que vuelva a enfermarse, de igual manera realiza actividades de promoción en las poblaciones en riesgo adelantándose a la aparición de las enfermedades. El trabajo del médico de familia no se limita a la atención de la población enferma, su rango de actuación también cubre a los sanos, en consonancia con su atención centrada en la persona.

2.- *El médico de familia intenta comprender el contexto de la enfermedad.*⁷ Comprender la salud o la enfermedad de los individuos implica incluir el conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.⁹ Se ha insistido en la necesidad de tomar en cuenta todos los determinantes de la salud, algunos de los cuales son modificables mientras que otros no lo son.

El estado de salud o de enfermedad de un individuo es complejo ya que involucra determinantes biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, etc. La salud pública y la epidemiología desde siempre han estado preocupados en reconocer estos factores y su relación con la salud, pero las ramas de la medicina clínica mostraban muy poco interés en el tema. Esto ha cambiado con el surgimiento de la medicina familiar, en la que clínicos puros buscar abordar la salud y la enfermedad mediante la comprensión del contexto en la que se presenta. Hasta hace poco tanto aquellos practicantes de la medicina general como los que se dedican a alguna especialidad tenían que reconocer que había una diferencia abismal entre lo que conocían de la fisiología, anatomía y bioquímica del organismo con respecto a lo que sabían de este, como una persona en interacción con sus semejantes y parte activa de los procesos sociales y culturales.¹⁰

Comprender al paciente de una manera integral significa conocer todos los factores que favorecen su salud, así como aquellos que la ponen en riesgo. Podríamos ejemplificar este principio ante un caso de parasitismo intestinal, otro tipo de clínicos se enfocaría en el manejo estricto de la patología, así hará uso de la anamnesis y del examen físico, en caso de contar con laboratorio confirmara lo que la historia clínica del paciente le ha hecho sospechar, una vez hecho esto, definirá un diagnóstico positivo, con lo cual dictaminará un plan terapéutico, el uso de algún fármaco. Hasta allí llega la atención clínica tradicional, el médico no se preocupará si el paciente toma su tratamiento, tampoco se preocupará si los otros miembros de la familia presentan los mismos parásitos, ni siquiera se preguntará si aquella familia tiene agua potable y de no ser así como la potabilizan, no indagará si aquellas personas están sumidas en una profunda pobreza, no sabrá nunca si la familia posee excretas, sus hábitos de higiene, no se tomara el tiempo para explicarles las alternativas para higienizar los alimentos, los riegos que lleva la defecación al aire libre, la presencia de moscas y alimentos sin cubrir.

Un médico bajo una visión clínica tradicional tampoco se preocupará si el paciente tiene sus vacunas al día, si hace ejercicio físico, si fuma o toma, no investigará otras patologías más que las que el paciente consulte, será una atención pasiva, en la que el más paciente será el médico. Todos estos serán aspectos que el médico de familia si debe abordar en la práctica diaria, además de la atención clínica tradicional que practicara con humanismo y altos niveles científicos. Visitará la casa, conocerá la realidad de vida, comprenderá el contexto en el que se presentó la enfermedad y desde esa posición ventajosa de conocimiento del paciente desarrollará estrategias para superar los cuadros patológicos, garantizando siempre los cuatro niveles de prevención.

3.- *El médico de familia considera cada contacto con sus pacientes como una ocasión ideal para aplicar medidas de prevención o educación sanitaria.*⁷ La prevención será siempre la mejor medicina, ya que soslaya el malestar que la enfermedad ocasiona en el individuo, también reduce los costos de la atención sanitaria, a mayor sanidad en la población, menores atenciones hospitalarias, menores ingresos nosocomiales y menor mortalidad.

Se han dividido las acciones de la medicina preventiva en dos grandes vertientes:

La primera son las acciones de promoción de salud, mediante las cuales se impulsa la salud individual y colectiva, por medio de la adquisición de estilos de vida sanos. El estrato medular de estas acciones consiste en transformar la conducta individual, con el fin de reducir el riesgo de enfermar, lo que incluye también aumentar la salud y el bienestar.¹¹ Conseguir esto en la población involucra amplias acciones de información sobre las patologías y su manera de prevenirlas mediante la adquisición de hábitos que sean benéficos y el abandono de acciones que sean nocivas, también incluye la educación en salud como pilar de prevención. Se debe llevar a cuenta siempre, que nada es más difícil que generar cambios conductuales en las personas, hábitos

que han persistido por años deben ser modificados, es intrincado de lograr, pero son acciones esenciales para aumentar la salud de la población, el médico de familia se encuentra en una posición privilegiada para promover estas transformaciones por su cercanía a las personas y por sus conocimientos de los principales problemas de salud que aquejan su área de influencia. Un ejemplo de acciones en este ámbito, sería la educación en aquellos fumadores de la comunidad, sobre los efectos del tabaco para su salud y de quienes le rodean.

La segunda vertiente implica la prevención de la enfermedad, esto involucra la realización de acciones concretas y puntuales basados en la mejor evidencia científica disponible, la realización de los tamizajes en las distintas facetas de vida, la vacunación entrarían en este rango de acción.¹²

El médico de familia aprovechará cada consulta, cada charla, cada contacto con los pacientes para promover la salud y prevenir las enfermedades, no se adscribirá a una mera acción curativa, su pilar fundamental será la prevención. Considerará tan preocupante que su paciente diabético lleve al día sus tratamientos, como que aquella mujer de la mediana edad que forma parte de su población, se realice periódicamente la Prueba de Papanicolaou, realizara intervenciones en ambos casos. Tendrá siempre presente los cuatro niveles de prevención en su consulta y atención habitual.

4.- *El médico de familia considera al conjunto de sus pacientes como una población en riesgo.*⁷ Entre los clínicos se ha acostumbrado el uso del concepto de aparentemente sano, nunca se coloca a ciegas el termino sano absoluto a ningún paciente, esto es así por sus bases lógicas, ya que toda la población se encuentra en riesgo potencial de desarrollar enfermedades, de hecho se ha demostrado en estudios que se realizan en poblaciones aparentemente sanas la alta prevalencia de morbilidades como el síndrome metabólico,¹³ que no se había diagnosticado, pero que al indagar de forma acuciosa se encuentra presente entre los individuos en estudio. Sirva esto como ejemplo porque la literatura reporta múltiples estudios basados en población aparentemente sana, en la que fuese la patología que fuese, se encuentran sujetos que la presentan sin tener un diagnóstico del caso, esto representa el primer punto, la presencia de un alta prevalencia de infra diagnóstico de patologías prevalentes, que nunca se puede perder de vista.

El segundo punto a tomar en cuenta sería la presencia de conductas de riesgo en la población, que tarde o temprano podrían abrir la puerta a morbilidades, como es el caso de:

- los fumadores con el potencial desarrollado de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica,¹⁴
- la persona con sobrepeso u obesidad que continua con una dieta sin límites,
- el joven que continua manteniendo relaciones sexuales promiscuas sin protección,
- el hipertenso que no toma sus medicinas
- y el alcohólico crónico que se niega a abandonar la ingesta alcohol,

por citar ejemplos de población, con riesgo latente de desarrollar enfermedades y complicaciones en su vida.

El tercer punto nos involucra a todos, ya que la población está expuesta a enfermedades inmunoprevenibles -de no cumplir- con sus esquemas preventivos. Estas enfermedades a las que todos estamos expuestos pueden ser eludidas con la modulación del sistema inmune de manera que responda de manera efectiva ante la agresión por el microorganismo,¹⁵ este es un claro ejemplo de que aunado a la presencia de factores de riesgo establecidos como la obesidad y el tabaquismo existen factores de riesgo compartidos que están presentes, también entran aquellos factores de riesgo que se acompañan de acuerdo a la edad de los grupos etarios, el cáncer de cérvix, el cáncer de mama, el cáncer de próstata por citar ejemplos.

El médico de familia debe tener presente la salud individual pero a su vez siempre debe valorar la salud colectiva, para él es importante el manejo y apego del paciente con patología ya establecida, en el que sin duda hará también prevención, pero también lo es la población que requiere tamizajes, la población con conductas de riesgo y en suma la población total de su área de influencia.

5.- *El médico de familia se considera a sí mismo parte de la red comunitaria de apoyo y atención sanitaria.*⁷ La atención en familia no puede ser una isla, sino que involucra a múltiples profesionales de la salud en una red integrada que permite la mejor resolutivez para el paciente. El que la definición y organización de los niveles de atención sea precisa, junto a una óptima relación entre niveles, es vital para ofrecer servicios de salud con calidad y eficiencia.¹⁶

En ningún momento el médico de familia se siente un profesional que trabaja aislado del sistema de salud, sino más bien se considera un importante eslabón en la atención y prevención en salud, estableciendo redes en la comunidad para afrontar los diversos problemas de salud que son prevalente y para la prevención en general, así establecerá fuertes nexos con clubes de apoyo, grupos de autoayuda tales como alcohólicos anónimos, asociaciones de desarrollo comunitario, iglesias, alcaldías, sector comercio y gobierno siendo consciente que la salud y el bienestar nos concierne a todos, que las actividades que se realicen serán más eficaces cuanto más amplias y con más apoyo popular logren ser.

Asimismo, será consciente que aún siendo del primer nivel de atención, sus acciones están interrelacionadas con todos los niveles, ya que su atención es continua, aún en aquellos pacientes atendidos en el tercer nivel de atención por enfermedades poco prevalentes y complejas, deberá darle seguimiento, estando en permanente contacto con los otros niveles mediante las herramientas de referencia y contrarreferencia. Cuando los problemas superen la capacidad de resolución en el primer nivel, se asegurará que llegue al segundo nivel y si estos lo consideran preciso al tercer nivel.¹⁷

En ningún momento dejarán de ser sus pacientes, ya que aunque su atención principal sea en segundo o tercer nivel, el médico de familia estará pendiente de la prevención, del apego a los medicamentos prescritos, de la aparición de complicaciones, sin perder nunca de vista que es una parte más de una inmensa red que debe ser puesta al servicio de cada paciente.

6.- *Desde un punto ideal, el médico de familia debe compartir el mismo hábitat que sus pacientes.*⁷ el ambiente físico y comunitario está entre los grandes determinantes de la salud, debemos de recordar la importancia de la modificación de estilos de vida nocivos para la salud, y que estos estilos de vida surgen de una compleja interacción entre ambiente y genética. Hasta el momento actual de la ciencia nuestra capacidad de intervención recae sobre los factores ambientales y epigenéticos, ya que las variables genéticas propiamente dichas no pueden ser modificadas.¹⁸ Es claro que antes de modificar se debe conocer y comprender estos factores que influyen para la salud y que la única forma de conocerlos es en el terreno, en la cercanía de la comunidad, allí donde la población nace, vive y muere es donde podremos tener la mirada real de lo que ocurre.

En tiempos modernos el médico ha mostrado la tendencia de perder la convivencia con sus pacientes, no comparte su hábitat, en la mayoría de casos ha existido una separación entre trabajo y hogar, lo que conlleva a que el médico -sea un foráneo en las comunidades- principalmente en el caso de las marginales. Esta realidad ha sido un resultado inexorable del urbanismo, pero también ha desencadenado su faceta negativa, ya que los médicos desconocen la realidad de los problemas que aquejan a la población, no advierten la magnitud de los problemas cuando los ven reflejados en los estudios demográficos, se hace valedero el adagio “no es igual ver el fuego de lejos, que quemarse en él”, la contaminación del aire y agua en las comunidades es causa de múltiples enfermedades, que solo pueden ser comprendidas si se sufren “en carne propia”.¹⁹

La visita domiciliar es otra herramienta de la medicina familiar, para adentrarse en el espacio donde vive la familia, identificar sus demandas y potencialidades.²⁰ Este acercamiento permite llegar a la realidad medular que enfrenta la familia, sus carencias, sus estilos de vida, sus creencias, permitiendo un abordaje integral a cada individuo en el entorno de la familia.

En un mundo ejemplar es deseable que el médico de familia viva en la misma zona de las familias que atiende, que los problemas que su comunidad afronte también sean suyos, nada sería más valioso que este conocimiento para poder ponerlo al servicio de aquellos que cuida.

7.- *El médico de familia atiende a sus pacientes en la consulta, en sus domicilios y en el hospital.*⁷ La medicina moderna se ha ido congregando cada vez más en las instituciones principalmente hospitalarias y cada vez menos en la comunidad, es tan grave el problema que la vasta mayoría de la población asocia atención médica con asistencia hospitalaria, recayendo en justipreciaciones sin sentido, asignando menos valor a las intervenciones comunitarias y en muchos casos hasta las prescripciones farmacológicas hechas en la comunidad, aún cuando se trata de los mismos productos. Se ha moldeado tanto el modelo biomédico hasta llegar al grado de hacerlo mecánico, que incluso hay personas que exigen su atención en centros hospitalarios, cuando son bien conocidos todos los problemas burocráticos que se debe enfrentar en estos centros, a esto se agrega el riesgo siempre presente de las infecciones nosocomiales y los microorganismos multirresistentes que pululan en estos lugares.

Los programas de salud comunitarios tienen vasta evidencia a su favor,²¹ la fortaleza que brinda el conocimiento del terreno que la medicina de familia tiene, no puede ser superado bajo ninguna circunstancia por la medicina institucional. Se equivocan de manera severa quienes creen que todos los problemas de salud pueden ser resueltos en un hospital, estos centros tienen serias limitaciones de espacio que se mantiene siempre rebosante, cuando muchos de los problemas de salud podrían ser resueltos en el primer nivel de atención, si se promoviera sus servicios y se le diese las herramientas necesarias para cumplir con esta labor.

La atención hospitalaria es importante y juega su rol primordial en aquellos casos que tienen una gran complejidad, necesidad de tecnologías más avanzadas y atenciones diferidas, pero esto representa solo una pequeña proporción de las morbilidades que se atienden habitualmente.

El “galeno de familia” ha querido retomar el antiguo principio que los médicos generales de antaño poseían, su cercanía con la gente, la posibilidad de brindar la atención médica en cualquier entorno, la presencia y confianza que como profesionales generaban, siendo más que solo los médicos, hasta llegar a ser los consejeros de la comunidad.

El surgimiento de una medicina auténticamente social es imprescindible, que privilegie no solo los aspectos médicos de la enfermedad, sino también los problemas sociales que conciernen a los problemas de salud,²² esto sólo puede ser llevado a la praxis por una especialidad integral, que reúna los aspectos biológicos, psicológicos y sociales al servicio del paciente, esta especialidad desde sus orígenes ha sido la medicina de familia. Por sus características y por ese modelo imperante en nuestras escuelas de medicina, ninguna otra especialidad clínica se ha atrevido a dar el salto, que la medicina familiar desde sus orígenes cruzo, la atención en el corazón de la sociedad: las familias y las comunidades.

8.- *El médico de familia concede más importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.*⁷ Aún en nuestro días persiste la ambivalencia sobre lo que es mental y lo que es orgánico, esto se ha enraizado así, fruto de la concepción dualista Cartesiana,²³ desde esa fragmentación las ciencias del cuerpo y cerebro han pronunciado un lenguaje distinto con el adoptado por las ciencias de la mente, esto ha conllevado también a que los aspectos objetivos primen en el modelo biomédico y que los aspectos subjetivos quedaran relegados a la filosofía especulativa.

Los avances científicos modernos han demostrado fehacientemente, que no tiene ningún sentido seguir manteniendo esa frontera entre lo que es mental u orgánico, entre lo que es objetivo o subjetivo, ya que ambos forman parte del mismo sistema, se influyen y se retroalimentan mutuamente. Ese sistema de autoorganización dinámica que llamamos mente, es un producto más del metabolismo cerebral, ni más ni menos, no podemos ni debemos darle un toque esotérico a este aspecto, porque no lo tiene.

La evidencia ha demostrado como aquellas enfermedades consideradas estrictamente orgánicas, como el asma por ejemplo, tienen un fuerte componente emocional y conductual,²⁴ asimismo enfermedades que se consideraban estrictamente mentales como la esquizofrenia y la depresión, se ha revelado profundas implicaciones

biológicas, muchas veces a nivel molecular, pero en todo caso de índole físico, de más está decir que todas las enfermedades somáticas descritas sufren modificaciones en su evolución atendiendo a el estado cognitivo, conductual o emocional del paciente, que desemboca en la resolución del problema o aparición de complicaciones.

El valorar los sentimientos y las relaciones en la atención, así como el rol de la personalidad del médico en la práctica médica es algo que la medicina de familia ha revalorizado. Los abordajes centrados en una salud integral que le den un gran valor a la subjetividad,²⁵ son esenciales. Poco o ningún efecto ejercen la prescripción de poderosos fármacos si la percepción del paciente sobre su atención es mala, de igual forma ocurre cuando la medicina le asigna al paciente un rol pasivo en el manejo de salud, que hace que el paciente no se sienta complacido con la atención que se le brinda, siendo el organismo humano una sola integración de cuerpo y mente repercute abismalmente en su estado de salud y bienestar.

9.- *El médico de familia es un gestor de recursos.*⁷ El tener que utilizar recursos limitados en muchos casos para la cobertura en salud de grandes poblaciones, ha conllevado a hacer del médico familiar un gestor por excelencia, ya que se requiere eficiencia y eficacia en la distribución de todos los aspectos concernientes con la atención sanitaria. La gestión necesaria para brindar un atención de calidad y calidez al usuario no pueden tomarse a la ligera, el acercar la atención a grandes poblaciones desfavorecidas siempre será un reto.

El “galeno de familia” debe manejar desde la variedad de intervenciones individuales, organizaciones y sociales para mejorar la salud,²⁶ hasta quienes se refieren para ingreso a hospitales, las pruebas de tamizaje que se han de realizar, los exámenes complementarios que se han de ordenar, los diferentes tratamientos, las interconsultas que se ameriten y el uso óptimo de cada recurso con el que cuenta el sistema de salud a su cargo, para ponerlo al completo servicio de una atención integral de todas las familias e individuos que la conforman.

El principio de gestión que es imperativo para el médico familiar, ha calado hondo en el diseño de currículos de la especialidad, que a diferencia de las otras ramas médicas incluyen la gestión en salud por antonomasia. Se sobreentiende que ser médico de familia lleva implícito tener entrenamiento en la administración de recursos, bienes y servicios para la salud.

Conclusiones

Los principios desarrollados por Ian McWhinney siguen siendo tesis fundamentales que sostienen la medicina familiar, en un mundo aquejado por la despersonalización del paciente -la especialidad- abona una atención centrada en la persona, en una realidad cada vez más compleja, en la que se hace honores a la medicina curativa, la medicina de familia nos ha venido a demostrar que la mayor herramienta de los pueblos para conservar su salud, es la prevención. Estos preceptos medulares siguen siendo la esencia de la atención de familia, le asignan el rol al paciente que siempre fue suyo pero que se le había negado, como el principal actor de la problemática de salud y a el médico el rol de facilitador de la salud de las poblaciones, no el omnisciente que daba órdenes desde su consultorio, sino el guía de los pueblos hacia un bienestar y una salud perdurables.

Referencias

1. Rubinstein A. Bases y fundamentos de la práctica de la medicina familiar. En: Rubinstein A, Terrasa S (directores). Medicina familiar y práctica ambulatoria. 2a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2006.
2. Chávez-Aguilar V. el proceso salud-enfermedad (S.E). Determinantes y condiciones. En: Anzures, C. R., Chávez AV, García, PM, Pons, A. O. (editores). Medicina Familiar. México. *Corinter*. 2008.

3. Abadín López F, Casado Buendía S, Lozano Suarez C. Ian McWhinney y la importancia de los referentes en medicina de familia para crear una identidad profesional propia. *Medicina de Familia-SEMERGEN*. 2018; 44(4), 293-294.
4. Scherger JE. Remembering Ian McWhinney. *Fam Med*. 2013; 45(8), 539-40.
5. Villanueva-Meyer M. El Dr. Ian McWhinney: Pionero y padre de la medicina de familia moderna. *Galenus*. 2017; 67(6), 62-64.
6. McWhinney IR. Teaching the principles of family medicine. *Can Fam Physician*. 1981;27:801-804.
7. McWhinney IR, Freeman T. *Textbook of family medicine*. New York. Oxford University Press. 2009.
8. Mezzich JE. Repensando el Centro de la Medicina: De la enfermedad a la persona. *Acta Médica Peruana*. 2010; 27(2): 148-150.
9. Villar Aguirre M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*. 2011; 28(4): 237-41.
10. De la Fuente R. *Psicología médica*. México. Fondo de Cultura Económica. 2016.
11. Guibert Reyes W, Grau Abalo J, Prendes Labrada LC. Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria? *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 1999; 15(2), 176-183.
12. Salleras L. La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. *Medicina clínica*. 1994; 102, 5-12.
13. Ofori-Asenso R, Agyeman AA, Laar A. Metabolic Syndrome in Apparently "Healthy" Ghanaian Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Chronic Dis*. 2017 :ID del artículo 2562374.
14. Salvi S. Tobacco smoking and environmental risk factors for chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Chest Med*. 2014 Mar;35(1):17-27.
15. Vetter V, Denizer G, Friedland LR, Krishnan J, Shapiro M. Understanding modern-day vaccines: what you need to know. *Ann Med*. 2018 Mar;50(2):110-120.
16. Van der Stuyft P, De Vos P. La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2008; 34: 1-9.
17. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*. 2011; 33(1): 7-11.
18. Martínez M. Conceptos de salud pública y estrategias preventivas. *España: Editorial Elsevier*. 2013.
19. Marcos FV. La contaminación ambiental como factor determinante de la salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2005; 79(2):117-127.
20. Da Guia Drulla A, Alexandre AMC, Rubel FI, de Azevedo Mazza V. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enfermagem*. 2009; 14(4): 667-674.
21. Fernández RC, Muñoz BÁ, Rodríguez SF, Alba RH. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿Realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Atención Primaria*. 2005; 35(9):478-83.
22. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social Medicine then and now: Lessons from Latin America. *Am J Public Health*. 2001 Oct; 91(10):1592-601.
23. Thibaut F. The mind-body Cartesian dualism and psychiatry. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018 Mar; 20(1):3.
24. Imaz, J. A. G., & Medina, A. M. I. Enfermedad psicósomática y patrones familiares en niños con asma. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2012; 41(1), 111-138.
25. Díaz Llanes, G. El bienestar subjetivo: Actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2001; 17(6), 572-579.
26. Swarthout M, Bishop MA. Population health management: Review of concepts and definitions. *Am J Health Syst Pharm*. 2017 Sep 15;74(18):1405-1411.