

* Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Ex Jefe de estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de las Áreas Vega Media del Segura, Vega Alta del Segura y Altiplano de Murcia. Servicio Murciano de Salud. Murcia (España).

Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB). Pascual Parrilla. Arrixaca, 30120 Murcia, España.
Biomedical Research Institute of Murcia (IMIB) Pascual Parrilla. Arrixaca, 30120 Murcia, Spain.

Competencias prioritarias del médico de familia para la práctica clínica: primera parte

Competências prioritárias do médico de família para a prática clínica: primeira parte

Priority Competencies of the Family Physician for Clinical Practice: First Part

José Saura Llamas. *

Algunas competencias que necesita el médico de familia para atender la consulta. Según una revisión basada en la experiencia profesional

Resumen

Algunos de los propósitos esenciales de este artículo son identificar y reflexionar sobre las características y competencias básicas del ejercicio profesional del médico de familia; asumirlas como parte de las tareas diarias inevitables (“este es mi trabajo”). Señalar problemas y proponer posibles soluciones desde la Atención Primaria y con base en la experiencia. Así en este trabajo se presentan objetivos formativos y de desarrollo personal.

Resumo

Alguns dos objetivos essenciais deste artigo são identificar e refletir sobre as características e competências básicas do exercício profissional do médico de família; assuma-os como parte de tarefas diárias inevitáveis (“este é o meu trabalho”). Apontar problemas e propor possíveis soluções a partir da Atenção Básica e com base na experiência. Assim, neste trabalho são apresentados objetivos de formação e desenvolvimento pessoal.

Abstract

Some of the essential purposes of this article are to identify and reflect on the characteristics and basic competencies of the professional practice of family doctors; assume them as part of inevitable daily tasks (“this is my job”). Identify problems and propose possible solutions from the Primary Care and based on experience. Thus, in this work, training and personal development objectives are presented.

Introducción

La formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) debe de estar dirigida a conseguir profesionales de Atención Primaria y Comunitaria (APC) que posean un adecuado perfil profesional; es decir unos profesionales pluripotenciales y adaptables a las cambiantes y diferentes necesidades de salud de las poblaciones que van a atender; y al mismo tiempo adaptados a la realidad de su ejercicio profesional en su medio natural, que es el Centro de Salud (CS).

Para el desarrollo curricular en España contamos con el Programa Docente Oficial de Medicina Familiar y Comunitaria¹, que establece cuales son las funciones del médico de familia, agrupándolas en: esenciales, de atención individual, de atención a la familia, de atención a la comunidad, formación e investigación; y que se corresponden a las grandes áreas docentes o dominios competenciales. A su vez en cada una de estas áreas se especifican las competencias (conocimientos + habilidades + actitudes) a adquirir por el médico de familia y cada una de las tareas que en ella se deben desarrollar.

La formación en medicina familiar está bastante reglada, contando con un riguroso programa docente y otros valiosos instrumentos que facilitan el aprendizaje. Habitualmente se forma a los residentes de una manera bastante completa en los aspectos clínicos, preventivos y de promoción de la salud, organizativos y de gestión; se les forma algo peor en las áreas de atención familiar y de atención a la comunidad. También existen grandes áreas docentes deficitarias como la atención a la embarazada entre otras. Dentro de esta formación se insiste más en los conocimientos y algunas habilidades, y menos en las actitudes. Hasta ahora se ha trabajado poco en las competencias necesarias para atender directamente a la población a nuestro cargo, y para pasar consulta en el CS.

Pero es necesario formar a los profesionales y a los residentes en aspectos básicos del ejercicio profesional del médico de familia aún poco desarrollados.

Dentro del Programa de Medicina Familiar y Comunitaria en lo que se refiere a los conocimientos, desde el inicio de la especialidad se ha avanzado mucho en cuanto a calidad y cantidad de los textos adecuados para la formación de los médicos de familia. Con relación a las actitudes, aunque se ha hecho un enorme esfuerzo por incorporarlas como parte esencial del perfil de los médicos de familia, detallándolas y especificándolas para cada tarea, la realidad es que aún estamos muy lejos de establecer el proceso que permita obtener estas actitudes a los residentes que no las posean previamente, y aún estamos lejos de poder evaluar a los residentes en base a sus actitudes. Esta es una tarea pendiente del colectivo de los médicos de familia, tarea que se prevé difícil pero extraordinariamente importante para el futuro de la especialidad.

Por lo que respecta a las competencias que cada profesional debe adquirir para poder realizar cada una de las funciones propias del médico de familia, también se detallan y especifican, aunque probablemente de una manera incompleta. En primer lugar, están redactadas de una manera muy general y quizás poco útil, además no se aportan ayudas de cómo obtener esas competencias. En segundo lugar, la descripción de las competencias se suelen referir a la realización de tareas o técnicas clínicas, lo que indirectamente presupone que al recogerlas documentalmente, se han realizado y por lo tanto se han adquirido esas competencias.

Entre las posibles mejoras del sistema de evaluación de los residentes, sería deseable mejorar la evaluación de las competencias que realmente debe adquirir un especialista de MFyC antes de obtener su acreditación como tal especialista. Además de todo lo anterior algunos tutores tenemos la sensación, por nuestra experiencia como docentes al tratar de formar varias promociones de residentes, que aspectos esenciales de nuestro ejercicio profesional, centrado en la práctica de nuestra labor diaria en el centro de salud, no se recogen adecuadamente; que no tienen un tratamiento específico; y que se enseñan y aprenden de una manera autodidacta y poco reglada, con los problemas que ello acarrea.

Este punto de vista, que parte de la observación directa del aprendizaje de los residentes en el centro de salud y especialmente de los problemas que este modelo les plantea, pone en evidencia cuestiones y preguntas fundamentales casi inevitables, que además identifican unas competencias consideradas más necesarias o más importantes para el especialista. Todas las competencias potencialmente básicas para nuestro ejercicio profesional no tienen la misma importancia ni la misma prioridad en su adquisición. Actualmente los tutores tratamos de responder a estas necesidades utilizando nuestra experiencia, pero sin que la adquisición de estas competencias las podamos ubicar y desarrollar adecuadamente dentro del actual currículum del Médico de Familia (MF). Aunque a veces parece olvidarse, el ejercicio clínico (en un sentido muy amplio) y por lo tanto la atención a la población (incluido el acto médico) deben ser los elementos de referencia clave para la formación de los médicos de familia.

El modelo que vamos a seguir es el siguiente: La Atención Primaria y Comunitaria como ámbito laboral tiene unas características conocidas, y cada vez más estudiadas. Este ambiente laboral, con estas características que constituyen el núcleo esencial del trabajo habitual y diario de los médicos de familia, va a dar lugar a unas consecuencias predecibles sobre el profesional, y a un cierto nivel de estrés. De estas consecuencias unas son neutras e incluso positivas y otras son negativas; estas últimas pueden dar lugar a una serie de efectos indeseables, como la disminución de la satisfacción laboral y facilitando la aparición del desgaste profesional.

Conocer bien las características y competencias básicas del ejercicio profesional del médico de familia, asumirlas como parte de nuestras tareas diarias inevitables ("este es mi trabajo"), reflexionar sobre ellas, identificando problemas y proponiendo posibles soluciones siempre desde la AP y en base a la experiencia, pueden facilitar la consecución de estos objetivos formativos y de desarrollo personal. En realidad, esto sería hacer investigación en la acción. En definitiva, se trataría de crear un ambiente laboral favorable, constructivo y de debate, donde los profesionales puedan pedir y encontrar apoyo de sus "pares"; que como es lógico tendrán unos problemas parecidos. Para seguir abriendo en esta idea es necesario detallar algunas

características de la práctica en Atención Primaria, que deben condicionar, al tenerlas en cuenta, la enseñanza y el aprendizaje de los médicos de familia.

Dentro del modelo de formación contextualizada, en el entorno real donde va a desempeñar su especialidad, en su ámbito profesional, a través del entrenamiento profesional de aprender haciendo, con pacientes y situaciones reales y centrado en solucionar problemas de salud del paciente y de la población, para ejercer como médicos de familia estos deben conocer las características específicas de la Atención Primaria y Comunitaria y de la Medicina Familiar y Comunitaria. La línea conductora se centra en el ejercicio y desarrollo profesional, en la mejora de la calidad asistencial centrada en el paciente y en su seguridad. *El objetivo de esta revisión es ayudar al Médico de Familia a desempeñar su ejercicio profesional centrándolo en algunas competencias prioritarias de una manera reflexiva y basada en la experiencia.*

Características específicas de la práctica profesional de la medicina de familia

Existen dificultades para identificar la Atención Primaria y Comunitaria (APC) de Salud como actividad profesional e identificar los servicios a los que da lugar. Para definir la práctica profesional en APC es necesario acercarnos a esta práctica detallando sus elementos clave²⁻⁴.

El médico de familia

El Médico de APC idóneo, que en España corresponde al Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria, se caracteriza por poseer las siguientes competencias:

Manejar las enfermedades y problemas de salud más prevalentes en la población que atiende.

Integrar de una manera racional los distintos procesos de atención que recibe o ha de recibir su paciente en el hospital, en el Centro de Salud o Centro de Atención Primaria (CAP), ambulatorio, centro de salud mental, otros especialistas, etc.).

Tratar pacientes con pluripatología, o con varios problemas de salud coincidentes en el tiempo.

Cuidar y realizar el seguimiento de las enfermedades crónicas.

Prevenir mediante actividades de educación y promoción de la salud y de diagnóstico precoz.

Tener la mejor comunicación y relación con cada paciente.

Actuar como agentes de sus pacientes, tanto a la hora de aconsejarles ante la elección de varias opciones terapéuticas o de posibilidades alternativas dentro del Sistema Nacional de Salud ó, incluso, fuera de él.

Manejar y utilizar de la forma más efectiva y eficiente los recursos del Sistema Nacional de Salud.

Conectar las necesidades del paciente con los servicios socio-sanitarios de que dispone la comunidad.

Investigar y enseñar en los distintos campos de la APC.

Diferencias entre el ejercicio profesional del médico de familia y el del médico hospitalario

¿Cuáles son las principales diferencias entre el ejercicio profesional en el hospital y en atención primaria?²⁻⁶.

Es necesario comparar la actividad en Medicina de Familia con la actividad hospitalaria para poder tener en cuenta sus diferencias y peculiaridades; porque la formación en la licenciatura centrada en el hospital da lugar a una serie de dogmas universalmente asumidos por todos los licenciados que se replican sistemáticamente en el tiempo y contra los que es muy difícil luchar; esto es así quizás porque los médicos de familia hemos reflexionado poco sobre nuestra profesión y lo que es peor aún esas reflexiones no se han plasmado en un cuerpo de conocimientos académicos suficientemente aceptados.

Distinto nivel asistencial: Como afirmación inicial los médicos de familia trabajan en APC (o primer nivel asistencial), siendo los protagonistas fundamentales del trabajo a este nivel, compartiéndolo con algunas especialidades médicas (sobre todo Pediatría) y con enfermería, pero siendo siempre este nuestro nivel específico de

trabajo. Mientras que el resto de Especialidades Médicas tienen su ubicación en un nivel secundario o terciario de atención (el hospital), encargándose cada especialidad de una pequeña parcela de atención a ese nivel.

Distintas características generales: Dentro de la APC la Medicina de Familia, constituye un nivel asistencial con un ejercicio profesional que representa en España país más de 300 millones de consultas o de actos médicos al año, que maneja la mayor parte del presupuesto de la prestación farmacéutica, de las exploraciones y exámenes complementarios y de las prestaciones económicas por baja laboral. Que son aspectos y cifras totalmente diferentes a los que se manejan en el segundo o tercer nivel asistencial.

Distintas dimensiones de la práctica: Las dimensiones de la práctica de la medicina familiar son diferentes a las de la práctica hospitalaria y así podemos distinguir según Medalie:

Diferentes niveles de la práctica o ¿a quién se presta la atención?: La MF se basa en la atención individual, atención a la familia y atención a la comunidad, mientras que en el hospital la atención es puramente individual.

Diferente lugar de la práctica, ¿dónde se presta la atención?: En el centro de salud, totalmente diferente al hospital, y también con mucha frecuencia en el domicilio, inhabitual para el médico hospitalario.

Diferentes patrones de atención, ¿cuáles son los objetivos de la atención?: Que en MF son de promoción de la salud, prevención, curación, rehabilitación y de cuidados, mientras que en el hospital son esencialmente curativos. Y que además se prestan de una manera continua, frente a una atención puntual o por proceso.

Diferentes miembros del equipo, ¿con quién trabaja el médico?: El equipo de atención primaria versus el servicio o departamento, etc. del hospital.

Son diferentes los pacientes que atendemos; por su número: una media de más de 35 pacientes por médico al día, cifra que es más baja en el hospital; por sus características demográficas: predominio de ancianos en MF; por su nivel de salud: en MF se atienden pacientes sanos, con

factores de riesgo, con enfermedades agudas, con enfermedades crónicas -predominantes- y pacientes con secuelas; y en cambio hay un predominio de patología aguda y crónica de otro tipo en los hospitales.

Diferente patología que presentan nuestros pacientes pues como refiere Fry lo que los médicos tratan en los hospitales se refiere a una patología super seleccionada que luego no se va a corresponder a lo que se debe atender en APC (de 1000 personas 250 consultan con su Médico de Familia en un mes y 1 ingresa en un hospital). Así la morbilidad en MF está constituida por un conjunto indeterminado de enfermedades y problemas que son los más prevalentes y las que se presentan ocasionalmente, es decir un espectro más amplio y cambiante que la del hospital.

En cuanto a los **tipos de consulta** habituales en MF, además de la consulta ambulatoria, en los hospitales no se suelen hacer consultas a domicilio o consultas telefónicas (como tales consultas son definidas por los programas de Medicina de Familia en EEUU) Por supuesto son muy diferentes los medios y recursos con que contamos para atender a nuestros pacientes, y esto explica la importancia que frente a la tecnología sofisticada del hospital, el médico de familia deba apoyarse fundamentalmente en técnicas como la entrevista clínica, la adecuada relación médico-paciente, la exploración física, la epidemiología clínica, la terapia familiar y los programas de salud, etc., también necesarias pero no tan fundamentales en el hospital, y en el uso de tecnología adecuada pero siempre limitada.

Es **diferente el tiempo** que contamos para atender a nuestros pacientes: de 6 a 8 minutos por paciente en consulta a demanda en MF, muchos más minutos en el hospital, a excepción hecha de las urgencias. Dato además difícilmente asumible por los médicos hospitalarios, ¿cómo es posible solucionar problemas de salud en ese espacio de tiempo?, pero que ya demostró viable Balint; y que además explica la escasa existencia de listas de espera en nuestro medio (excepto en períodos de pandemia), pues el paciente tiene un acceso directo y continuo al médico.

Las estrategias diagnósticas también son diferentes, y así es completamente aceptable que muchos pacientes salgan de la consulta del MF sin diagnóstico etiopatológico, con unos

síntomas aislados o un síndrome, mientras que esta misma situación es vivida como un fracaso en el hospital. En MF la estrategia se centra más en el motivo de consulta y la solución de los problemas de salud que presenta el paciente (Pritchard) que en establecer un diagnóstico clínico lo más exacto y específico posible. Así el **establecimiento de hipótesis diagnósticas**, ¿qué le ocurre a nuestro paciente?, en MF, según Martín Zurro¹⁰, se debe hacer valorando hipótesis biológicas, hipótesis psicológicas e hipótesis sociales; mientras que las hipótesis biológicas son las predominantes en el hospital. En MF los pacientes suelen presentar varios motivos de consulta cada vez que acuden a su médico que es el que inicialmente va a tratar de solucionarlos todos; lo que no suele suceder en el Hospital. Son muy diferentes los **tratamientos**, que no es preciso detallar. En cuanto a la toma de decisiones **el paciente en APC es mucho más independiente** en sus decisiones y mucho más activo, participando mucho más en aspectos concernientes al diagnóstico y tratamiento.

Es diferente la importancia relativa de las **tareas administrativas** en MF: "la receta", "la ILT", las remisiones, "los volantes", los certificados médicos, etc., que para el médico de hospital representan una mínima parte de su trabajo. Y por fin, es diferente **el seguimiento del paciente**, en MF basado en los cuidados y centrado en la patología crónica más prevalente. Son tan importantes estas diferencias que en ocasiones se ha valorado si en realidad, además de otra especialidad médica, la medicina de familia respecto a la medicina hospitalaria, más bien es otra profesión bien diferenciada. En resumen, la APC tiene unas características propias, que la diferencian de la atención hospitalaria, que se concretan en la Medicina de Familia como una especialidad médica, en el Centro de Salud como estructura asistencial, y que es necesario tener muy presentes en su práctica clínica.

¿En qué somos especialistas los médicos de familia?

Se ha discutido si la Medicina Familiar y Comunitaria debe ser considerada una especialidad médica. Una manera de argumentar que sí lo es en tratar de responder a la cuestión inicial: **¿En qué somos especialistas los Médicos de Familia?**

Somos especialistas en determinadas áreas de la Medicina, y si no lo somos actualmente

en todas y cada una de las que se mencionan a continuación (extraídas de la práctica cotidiana y del Programa Docente de la Especialidad de MFyC), deberíamos de serlo en un futuro inmediato¹¹. A diferencia de muchas opiniones que nos definen con base en las afirmaciones: "es aquel médico de sabe un poco de muchas enfermedades", o "aquel médico que sabe mucho de unas pocas enfermedades", el Médico de Familia "es el que sabe mucho de los problemas de salud más prevalentes de la población que atiende". Por lo tanto, debe ser un médico adaptable a las necesidades de su población teniendo en cuenta el factor tiempo, tal como lo tiene en cuenta el concepto prevalencia. Por lo tanto, debe conocer bien todos los aspectos de la atención a esos problemas y no a otros; y por ejemplo en su zona de salud existen muchos toxicómanos deberá saber de toxicomanías, o si hay muchos pacientes VIH + deberá saber de SIDA., por mencionar sólo dos problemas de actualidad e importancia; y esto es así porque de una manera inevitable, en un momento u otro, va a atender a enfermos con estas patologías, es decir que estos pacientes irán a su consulta.

Con estos y otros problemas de salud esperables es también lógico que seamos especialistas en ofrecer una atención integral a nuestros pacientes, tratando de integrar de una manera racional los distintos procesos de atención a los que han estado sometidos (hospital, ambulatorio, centro de salud mental, otros especialistas, etc.). Sabemos de todo lo que le ocurre a nuestros pacientes, toda la patología que presentan y debemos integrar los cuidados necesarios para mejorar su salud. Por lo tanto, *somos especialistas en tratar pacientes con pluripatología, o con varios problemas de salud coincidentes en el tiempo.*

También somos especialistas en el seguimiento y los cuidados de las enfermedades crónicas (que además cada vez afectan a un número mayor de nuestros pacientes), ya que simplemente por mayor proximidad y mejor accesibilidad van a acudir multitud de veces y con preferencia a nuestra consulta. Como vemos en nuestra población los efectos de las patologías crónicas (no susceptibles de curación), somos o debemos ser especialistas en tratar de prevenirlas a través de la educación sanitaria y de la promoción de la salud, ya que son las opciones más útiles para conseguirlo.

Somos especialistas en la relación médico-paciente y en la entrevista clínica, es decir en comunicación, ya que aprendida formalmente o de manera autodidacta esta es una de las técnicas y herramientas habitualmente más utilizadas por nosotros.

Somos especialistas en guiar al paciente y facilitar sus movimientos dentro del Sistema Nacional de Salud, siendo los agentes de su salud, ya que confían en nuestros consejos a la hora de elegir entre varias opciones diagnósticas y/o terapéuticas dentro del mismo e incluso fuera de él.

Somos especialistas en el manejo de los recursos del Sistema Nacional de Salud, pues cuantitativamente somos sus clientes internos más importantes.

Últimamente somos también especialistas en investigación y docencia en Atención Primaria, pues desde la creación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España estas actividades han crecido de manera exponencial tanto cuantitativamente como cualitativamente.

Sin necesidad de seguir describiendo otros aspectos (muy importantes, pero que debo dejar fuera por razones de espacio) los ya mencionados son lo suficientemente ilustrativos y dan un sólido y evidente contenido a nuestra práctica profesional para que esta pueda ser considerada como una especialidad médica, con la ventaja añadida de no entrar, con respecto a estos contenidos, en competencia con otras especialidades médicas.

Teniendo en cuenta además que centrándonos en la mejora y el desarrollo científico y técnico de las áreas ya mencionadas el colectivo de Médicos de Familia tiene tarea más que suficiente como para perder el tiempo en polémicas absurdas. Como especialistas médicos y como profesionales debemos centrarnos en mejorar día a día cada uno de los aspectos mencionados: las enfermedades y los problemas de salud más prevalentes, la atención integral, el paciente con pluripatología, el seguimiento y cuidado de las enfermedades crónicas, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la relación médico paciente y la entrevista clínica, el manejo de los recursos del Sistema Nacional de Salud, la investigación y la docencia en APC,

etc., para servir mejor a la población que atendemos, y para ello no es necesario tener un determinado título o diploma. Existen dificultades para la identificación de la APC como actividad profesional y de los productos y servicios a los que da lugar. Ante la falta de definición es necesario acercarnos a esta práctica detallando sus elementos clave.

Métodos para la elaboración de esta revisión y reflexión

Se centra en la práctica clínica del médico de familia, en las competencias prioritarias que precisa el médico de familia para pasar consulta, para atender a su población. No es una revisión bibliográfica al uso, ya que se ha realizado con base en la experiencia profesional y personal del autor, cuya validez externa es discutible pero cuya validez interna, con un solo caso, es posible que pueda ser útil y ayudar a otros y a otras médicas de familia. Está más basado en el método narrativo y en los aspectos cualitativos del ejercicio profesional del médico de familia. Que se traduce en la revisión reflexiva de todo el trayecto profesional de un médico de familia sobre las situaciones reales vividas a lo largo de 38 años de ejercicio profesional, utilizando la técnica de la investigación en la acción y escenarios y situaciones clínicas reales.

Recoge estos aspectos de la práctica clínica, de la docencia y la formación, y de la investigación, obtenidos en los puestos profesionales desempeñados: Residente de MFyC: 3 años, Médico del Servicio Normal de Urgencias: 2,5 años, Médico Especialista de Familia en EAP: 22 años, Coordinador de EAP, equivalente a director: 2 años, Tutor de Residentes: 21 años (coincidentes con Médico de EAP), Técnico de Salud de Unidad Docente (UD) de MF: 4 años, Jefe de Estudios de UD de MF: 6 años. Nota: las cifras de las anualidades se han redondeado para simplificar su lectura, y hay que tener en cuenta que algunas responsabilidades compatibles se han desempeñado simultáneamente. Por estas mismas razones, en este caso por la falta de una razonable experiencia profesional real se van a dejar fuera algunas competencias, sobre todo las relacionadas con la responsabilidad civil y médico – legal, atención familiar y atención comunitaria. Aunque no minusvalore, más bien al contrario, la enorme importancia que tienen estas áreas en el ejercicio profesional del médico

de familia. Para llenar estos huecos se recomienda a los lectores recurrir a autores especializados en estas materias. Creemos que posee el mínimo rigor científico exigible pues está basada en un itinerario profesional realizado múltiples entornos, con dos enfoques diferentes, asistencial y docente, y con múltiples investigaciones y publicaciones realizadas.

Competencias específicas que necesita el médico de familia en la práctica clínica

El médico de familia atendiendo su consulta en el centro de salud. Las competencias del MF en la consulta. Según la Comisión Nacional de la Especialidad la Medicina Familiar y Comunitaria de España¹ es la *Especialidad médica con competencia para la promoción de la salud integral del individuo, las familias y la comunidad, así como para la prevención, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de las enfermedades más prevalentes.*

La competencia global del MF viene determinada por la suma de múltiples competencias, entre ellas debemos destacar algunas competencias propias de la MF que además de ser importantes, forman parte habitual de su ejercicio profesional, que suelen ser poco mencionadas o abordadas y que se identifican como competencias prioritarias en la práctica clínica. Para ordenarlas se ha utilizado su correspondencia con las competencias esenciales del médico de familia, ya que todas ellas son características que afectan y caracterizan estas competencias, siguiendo el mismo orden de los dominios competenciales o de las áreas docentes del programa docente oficial de la especialidad.¹

COMPETENCIAS ESENCIALES

Dominios competenciales:

Comunicación asistencial – aspectos de comunicación

- Relación Médico – Paciente.
- Entrevista clínica.

Razonamiento clínico

- Toma de decisiones.

- El método centrado en la persona / paciente.

Gestión de la atención

- Gestión clínica.
- Trabajo en equipo.
- Gestión de la consulta. Gestión de la actividad.
- Sistemas de información.
- Gestión de la calidad.
- Responsabilidad civil y médico–legal.

Bioética

Desarrollo personal y profesional

Pero una cosa es la competencia general del MF, otras son los grandes dominios o áreas competenciales de su perfil profesional, entre los que destacan las competencias esenciales; y otra cosa son algunas competencias que se pueden considerar prioritarias para la práctica clínica en el día a día del MF^{4,11 12}. Con base en la experiencia docente y a la observación directa de las dificultades y las demandas que suelen manifestar los residentes, tutores y otros médicos de familia de forma habitual al atender directamente a la población en el centro de salud, a continuación se detallan algunas competencias que probablemente sería conveniente desarrollar de una manera mas extensa y profunda en el programa docente de la especialidad, además que por supuesto se sigan desarrollando otras ya incluidas en el programa docente. No se trata de un listado con pretensiones de exhaustividad, sino como parte de una posible propuesta de mejora de la formación de los médicos de familia. Tampoco las competencias priorizadas son homogéneas en cuanto a su peso relativo dentro de cada dominio competencial, siendo algunas más específicas que otras.

Lo que se propone es una planificación docente, que desarrolle metodologías y técnicas específicas, para ello, y para agruparlas se ha seguido el esquema reconocible del programa docente de la especialidad, que se divide en áreas y tareas docentes, aunque se ha modificado y subdividido.

Entre estas características propias de la APC y sus competencias relacionadas, ya ampliamente descritas por otros autores, y solo brevemente describimos aquí las que nos parecen las competencias más importantes o prioritarias, destacando las siguientes:

Competencias del médico de familia en comunicación asistencial y relación médico–paciente

Según el programa docente de la especialidad¹. La comunicación médico-paciente es esencial para la práctica clínica. Se estima que un médico realizará más de 200.000 consultas a lo largo de su carrera profesional, por lo que merece la pena hacerlo bien. La comunicación eficaz es esencial para realizar una medicina de alta calidad: mejora la satisfacción del paciente, su comprensión, su adherencia terapéutica y los resultados en términos de salud de la asistencia sanitaria. Por otra parte, se han observado problemas de importancia en la comunicación entre médicos y pacientes.

La comunicación, junto con los conocimientos médicos, la exploración física y la toma de decisiones, constituyen los componentes esenciales de la competencia clínica. Estos cuatro elementos son la verdadera esencia de la buena práctica clínica, por tanto, la habilidad comunicativa no es ningún complemento para el Médico de Familia, sin una buena comunicación, todos los conocimientos y los esfuerzos intelectuales pueden ser ineficaces.

Ya sea en el domicilio o en la consulta, todo el saber médico se transmite en el cara a cara con los pacientes y a este respecto tan importante es lo que se dice como la forma de decirlo. Las técnicas de comunicación se deben enseñar y se deben aprender ya que no son una característica personal inalterable, por el contrario, se han de enseñar con el mismo rigor que las técnicas de exploración física porque la experiencia por sí sola, en este caso, puede llevarnos por caminos equivocados.

Por último, hay que resaltar que se precisa una metodología específica para afrontar con éxito el proceso de enseñanza-aprendizaje de las técnicas de comunicación. Básicamente, se trata de conseguir cambios en el comportamiento; por ello, los métodos más adecuados son los llamados ‘experienciales’ que incorporan la

observación, el feedback y el ensayo de las técnicas de comunicación. El entrenamiento se completará con el aprendizaje de los conocimientos y actitudes necesarias.

Competencias. El especialista en Medicina Familiar y Comunitaria *demostrará/será capaz de:*

1. Establecer, mantener y concluir una relación asistencial y terapéutica adecuada.
2. Identificar y perfilar el/los problema/s de salud que presenta el paciente.
3. Acordar con el paciente la acción más apropiada para cada problema.
4. Informar y educar según las necesidades del paciente.
5. Utilizar el tiempo adecuadamente.

Desde el punto de la práctica clínica y según esta reflexión, estas competencias que son esenciales, dan lugar a las siguientes competencias concretas y prioritarias en la consulta:

Tabla 1. Competencias prioritarias en comunicación asistencial y relación médico–paciente

1. COMPETENCIAS PRIORITARIAS EN COMUNICACIÓN ASISTENCIAL Y RELACIÓN MÉDICO–PACIENTE	
1.1	Trabajar con personas
1.2	Dicir que NO
1.3	Dar malas noticias
1.4	Atender al paciente difícil
1.5	Gestionar los conflictos
1.6	Manejar el estrés laboral
1.7	Controlar la ansiedad

2. COMPETENCIAS DEL MEDICO DE FAMILIA EN RAZONAMIENTO CLÍNICO

Según el programa docente de la especialidad¹.

El Médico de Familia debe desempeñar una doble tarea: comprender al paciente y comprender su enfermedad y en un contexto cuyas características son los motivos de consulta diversos, el factor tiempo, la diferente probabilidad de enfermedad, la gran accesibilidad y la continuidad de la atención junto con las responsabilidades asistenciales específicas. El razonamiento clínico y la toma de decisiones junto con la comunicación asistencial y los

conocimientos científico-técnicos son elementos esenciales de una buena práctica clínica. Por lo tanto, esta habilidad, al igual que la comunicación no son habilidades complementarias sino esenciales y nucleares. Sin esta habilidad, nuestros conocimientos pueden ser fácilmente desaprovechados e incluso perjudiciales.

Las técnicas de razonamiento clínico, toma de decisiones y método clínico centrado en el paciente, deben ser aprendidas y se deben enseñar con el mismo rigor que las técnicas de exploración física, ya que la experiencia por sí sola, puede llevar al residente por caminos equivocados. Al igual que en la entrevista el razonamiento clínico, no es un proceso intuitivo y pasa por una serie de etapas que es conveniente identificar porque en ellas se pueden cometer errores. Esta área se estructura en seis apartados correspondientes a los objetivos generales definidos; para cada uno de ellos se especifican los objetivos educativos referidos a conocimientos, actitudes y habilidades agrupados según prioridad de aprendizaje, así como las sugerencias metodológicas, las lecturas recomendadas y posibilidades de evaluación.

Competencias. El especialista en Medicina Familiar y Comunitaria demostrará/será capaz de:

1. Conocer los fundamentos y características de la toma de decisiones en Atención Primaria.
2. Aplicar los principios del razonamiento clínico y toma de decisiones a los problemas presentados en la consulta del Médico de Familia.
3. Saber manejar en la práctica las características definitorias de las pruebas diagnósticas.
4. Elaborar un pronóstico de la enfermedad.
5. Decidir un plan de actuación adecuado al problema presentado y las características del paciente.
6. Conseguir una adecuada adherencia al plan de actuación acordado.

Desde el punto de la práctica clínica y según esta reflexión, estas competencias que son esenciales, dan lugar a las siguientes competencias más concretas y prioritarias en la consulta:

Tabla II. Competencias prioritarias en razonamiento clínico.

2. COMPETENCIAS PRIORITARIAS EN RAZONAMIENTO CLÍNICO	
2.1	Tomar decisiones
2.2	Disminuir la incertidumbre
2.3	Mejorar la variabilidad de la atención
2.4	Ser profesionales resolutivos
2.5	Optimizar las actuaciones

3. COMPETENCIAS DEL MÉDICO DE FAMILIA PARA GESTIONAR LA ATENCIÓN

Según el programa docente de la especialidad.¹ Las cuatro funciones del Médico de Familia son: la atención, la docencia, la investigación y la gestión de la atención. Una buena gestión clínica y no clínica (organizativa) va a determinar que las competencias del Médico de Familia tengan el impacto deseado sobre los objetivos del sistema sanitario: la efectividad, la eficiencia, la equidad y la viabilidad del sistema.

La gestión de la atención determina un elemento básico de la eficiencia microeconómica que es la eficacia de nivel es decir la capacidad de resolución de problemas con calidad científico-técnica y a un coste razonable en el nivel en el que éstos se deben resolver. Los Médicos de Familia son gestores de una gran parte de recursos del Sistema Nacional de Salud: son gestores del tiempo, gestores de la información, gestores de la calidad en un marco de responsabilidad civil y médico-legal y sobre todo son gestores clínicos que deben tomar decisiones eficientes basadas en la mejor evidencia disponible, en la propia experiencia clínica y teniendo en cuenta las expectativas del paciente.

Este apartado se desarrolla en seis subapartados los elementos clave de la gestión de la atención que interesan al Médico de Familia:

Gestión clínica.

Trabajo en equipo.

Gestión y organización de la actividad. Gestión de la consulta.

Sistemas de información.

Gestión de la calidad.

Responsabilidad civil y médico-legal.

En cada apartado se definen los objetivos y actividades propios.

Competencias del MF para la gestión clínica

La gestión clínica. La medicina basada en la evidencia. La resolución de problemas centrada en el paciente. La evaluación de la práctica clínica. Utilización adecuada de las pruebas complementarias. Uso racional del medicamento. La gestión de la Incapacidad Laboral Transitoria (ILT). Los Médicos de Familia, dentro de la Atención Primaria y Comunitaria de Salud como primer nivel asistencial en España, dan lugar a unos 300 millones de consultas (o actos médicos) al año, con una frecuentación de alrededor de siete consultas por persona y año, y una presión asistencial media de más de 40 consultas por médico y día. Por lo tanto, la práctica clínica de los médicos de familia se centra en atender adecuadamente esas consultas, dando la mejor atención posible a los pacientes que las producen.

A lo largo del acto médico, que esencialmente trata de resolver los problemas de salud de los pacientes, el MF en su consulta, desempeñando su labor como técnico da lugar a una serie de procesos dentro de la gestión clínica que por su frecuencia constituyen el núcleo fundamental de esa actividad. Estos procesos, que nunca debemos entender exclusivamente como actos administrativos son: La prescripción de fármacos ("la receta"), la solicitud de exámenes complementarios ("análisis", Rayos X, etc.), la remisión o derivación ("la interconsulta"), la Incapacidad Laboral Transitoria ILT ("la baja"), y otros como la certificación de menor importancia. Es tan cierto que todos estos procesos constituyen el núcleo fundamental de la práctica habitual del MF que es muy difícil que a lo largo de una jornada laboral normal cada uno de ellos no realice al menos una vez cada uno de ellos, y más difícil aún que un paciente salga de nuestra consulta sin el documento que refleja que alguno de dichos procesos ha tenido lugar.

Todos estos procesos se caracterizan por traducir la toma de decisiones por parte del médico en relación a cada uno de los problemas de salud y a cada una de los componentes del acto médico en MF. Así al prescribir se va mucho más allá de cumplimentar una receta, solicitar un examen complementario es mucho más que llenar un volante, la remisión a otro especialista implica una serie de cuestiones importantes además de

cumplimentar una solicitud, y al facilitar al enfermo un parte de baja o un parte de confirmación no solo se está rellenando un formulario. No hace falta insistir mucho en la importancia económica de estos procesos, porque aparte de su importancia cuantitativa absoluta, probablemente representan el mayor porcentaje del gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud y al que damos lugar los MF.

Es curioso -sin embargo- que a pesar de su importancia en la práctica estos procesos tengan tan poca relevancia desde el punto de vista formativo, y así no suelen ser objeto de atención en el grado, y se les presta poca atención en la formación sanitaria especializada y en la formación continuada de los MF. Una posible explicación es que estos procesos a nivel hospitalario tienen una menor relevancia, o que se considera que son procesos tan evidentes que cualquier médico puede realizarlos sin aprenderlo (sin practicarlo) previamente. *Grave error y que pone en evidencia la contradicción entre responsabilidad que supone el decidir sobre cada uno de estos procesos y su coste, y no recibir formación especializada sobre ellos.*

Es importante que el colectivo de Médicos de Familia asuma que una parte fundamental de nuestra práctica diaria nos lleva a manejar unos recursos cualitativamente y cuantitativamente muy importantes, incluido el enfoque económico, y que debemos aprender a hacer un uso racional de ellos, evitando las prescripciones innecesarias. Así además de un uso racional de medicamentos, deberíamos hacer un uso racional de los exámenes complementarios, las derivaciones y de la ILT. Y así convertirnos además en especialistas en el correcto manejo de los recursos del Sistema Nacional de Salud, ya que siendo *sus clientes internos más importantes también somos los agentes de la salud de nuestros pacientes*.

Al realizar estos procesos de una manera tan continuada y frecuente, y en un número tan importante a lo largo de un año, el mejorar la calidad de cada uno de ellos daría lugar a un aumento muy importante de la calidad global de los servicios que prestamos.

Estas consideraciones en su vertiente económico están centrando un gran interés por parte de los gerentes de los Servicios de Salud, con el riesgo de que profesionales que no se dedican a la atención directa de la población y con base en sus deseos y expectativas (generalmente

centradas en el ahorro económico o en la reducción del gasto), fijen unos supuestos criterios de uso racional de los recursos exclusivamente desde su visión. A nivel de servicios de salud ¿lo más barato es siempre lo mejor?, ¿es lo más rentable?, ¿es siempre lo más deseable?, ¿se deben tener en cuenta otros aspectos?

Indudablemente los médicos de familia no debemos quedarnos fuera, ya que no podemos dejar que otros definan cual debe ser el contenido y la práctica de nuestro trabajo (“el que más sabe de un trabajo es el que lo viene desempeñando habitualmente”). Existen una serie de textos clásicos de Medicina de Familia que abordan con suficiente rigor estos procesos técnicos. Por lo tanto, es fundamental establecer criterios de buena práctica clínica con relación a todos y cada uno de los procesos mencionados, aplicarlos diariamente en nuestra consulta, aprender lo máximo posible sobre ellos y enseñarlo a los nuevos MF.

Competencias. El especialista en Medicina Familiar y Comunitaria demostrará/será capaz de:

1. **Aplicar la gestión clínica y sus elementos prácticos.**
2. Aplicar la medicina basada en la evidencia como instrumento para la gestión clínica.
3. **Aplicar la gestión clínica centrada en el paciente.**
4. Valorar el nivel de resolución de problemas, y actuar sobre él.
5. **Manejar la evaluación de la práctica clínica y saber aplicar los distintos instrumentos de evaluación.**
6. Valorar la utilidad de las pruebas complementarias y saber aplicarlas en la práctica clínica.
7. **Realizar una prescripción farmacéutica racional.**
8. Manejar la IT en el marco de la consulta médica.

Desde el punto de la práctica clínica y según esta reflexión, estas competencias que son esenciales, dan lugar a las siguientes competencias más concretas y prioritarias en la consulta:

Tabla III. Competencias prioritarias para la gestión clínica.

3. COMPETENCIAS PRIORITARIAS PARA LA GESTIÓN CLÍNICA	
3.1	Manejar el acto médico
3.2	Usar racionalmente los recursos
3.3	Indicar los exámenes complementarios
3.4	Prescribir los tratamientos
3.5	Derivar a los pacientes
3.6	Indicar la baja laboral
3.7	Realizar certificados

Bibliografía

1. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de formación de especialistas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. semFYC ediciones. Barcelona. 2005.
2. Saura Llamas J, Saturno Hernández PJ. Calidad Asistencial en Atención Primaria. En: DuPont Pharma. Biblioteca básica DuPont Pharma para el Médico de Atención Primaria. Doyma. Madrid. 1996.
3. Otero A, Saura Llamas J. El contexto actual de la Atención Primaria de Salud. En: Saturno Hernández PJ, Gascón Cánovas JJ, Parra Hidalgo P. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Tomo I. DuPont Pharma SA. Madrid. 1997.
4. Saura Llamas J. La práctica de la medicina de familia: ¿Cuáles son sus elementos clave? Jano 1995; (49) 1134:22.
5. Saura Llamas J. El médico de familia y el hospital. Jano 2008; 1696:12.
6. Saura Llamas J. El hospital y el médico de familia según el MF. Jano 2008; 1713:13.
7. Medalie JH (ed.). Medicina familiar. Principios y práctica. México DF. Limusa, 1987.
8. Fry J. La contribución de la investigación al mejoramiento de la práctica familiar. En: Medalie JH (ed.). Medicina familiar. Principios y práctica. México DF. Limusa, 1987.
9. Balint E, Norell JS. Seis minutos para el paciente. Ed. Paidos, Buenos Aires, 1979.
10. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica, 7^a Edición. Barcelona: Elsevier España 2014.
11. Saura Llamas J. ¿En qué somos especialistas los médicos de familia? Jano 1996; (50) 1153:275.
12. Saura-Llamas J. Docencia de Postgrado en Medicina de Familia: la formación centrada en la adquisición de algunas habilidades básicas. Tribuna Docente 2001; 2 (2):13-19.
13. Saura Llamas J. Factores desencadenantes del desgaste profesional. Causas y propuesta de una estrategia de abordaje. Dimens Hum 2002; 6(1):14-20.
14. Saura Llamas J. ¿Debemos desarrollar los médicos de familia un programa de prevención del desgaste profesional? Jano 2000; 59 (1354):621.
15. De Pablo González J. ¿Se puede prevenir el síndrome de burnout en la atención primaria? Dimens Hum 2002 6(1):21-33.