



Libros  
Virtuales  
IntraMed



# Capítulo X

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD  
Y MEDICINA DE FAMILIA

# ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y MEDICINA DE FAMILIA

Amando Martín Zurr

## INTRODUCCION

Atención Primaria de Salud (APS) y Medicina de Familia (MF) son ámbitos estrechamente relacionados y que interactúan de forma múltiple y compleja en los contextos conceptual, organizativo y técnico-asistencial de las ciencias y los sistemas de salud.

La APS es el terreno de actuación fundamental del médico de familia y, a su vez, la Medicina de Familia es una herramienta clave para conseguir un desarrollo pleno de los objetivos y actividades propias de la APS. Estas afirmaciones no contradicen el importante papel que juegan profesionales como los de enfermería y trabajo social, entre otros, en este nivel del sistema sanitario. Tampoco podemos olvidar que la MF también extiende su campo de acción al campo hospitalario cuando asume el seguimiento longitudinal de los pacientes. De hecho, en varios países, el médico de familia continúa siendo el responsable principal de su asistencia tras el ingreso en el hospital. En cualquier caso, la MF actúa favoreciendo la coordinación y los intercambios de todo tipo entre los distintos componentes y niveles del sistema de salud.

Los sistemas de salud y las funciones que desarrollan en ellos los profesionales sanitarios y no sanitarios varían enormemente de unos a otros países (subdesarrollados, industrializados, etc.)<sup>(1)</sup> lo que hace prácticamente imposible, y desde luego no aconsejable, establecer "recetas" con pretensiones de validez universal sobre las características que debe tener la APS o respecto a las funciones y tareas propias del médico de familia. Lógicamente deben conservarse los elementos conceptuales que los definen pero ello no debe impedir que ambas se adapten estrechamente a las necesidades de cada país o comunidad, necesidades que están claramente influenciadas por la cultura, la ideología política dominante o la situación económica, entre otros factores. Para conseguirlo es preciso que APS y MF se caractericen por poseer un alto grado de flexibilidad.

La comparación entre la APS de un país subdesarrollado con la de otro rico puede servirnos como ejemplo para ilustrar lo dicho previamente. En el primer caso, las necesidades prioritarias de salud y la escasez de recursos humanos y materiales pueden orientar la APS hacia la garantía de la salubridad del medio y de la provisión de alimentos y fármacos esenciales. En la mayoría de las circunstancias la atención a las personas puede estar a cargo de agentes salud de la comunidad y de profesionales de enfermería o auxiliares y el médico de familia asumir principalmente funciones de supervisión y coordinación. Por el contrario, en un país rico, con abundantes recursos, es casi seguro que las prioridades de la APS van a ser

diferentes y que la asistencia clínica se basará en la actividad desarrollada por los médicos de familia.

En el desarrollo histórico la APS y la MF en sus concepciones actuales también tienen múltiples elementos de relación. La complejidad tecnológica de la Medicina, acentuada geométricamente tras el final de la II Guerra Mundial, llevó a centrar los sistemas sanitarios de los países desarrollados en el hospital, con olvido de la asistencia primaria y deterioro del prestigio y de las funciones de los médicos de familia. Esta orientación hospitalocentrista y despersonalizada de la atención de salud comenzó a modificarse durante la década de los años 60 y, sobre todo, de los 70, a partir de múltiples iniciativas para recuperar y potenciar la MF, dotándola de nuevos elementos conceptuales, organizativos y técnicos en consonancia con las exigencias planteadas por los cambios que se iban introduciendo en los sistemas sanitarios, tendientes a reequilibrarlos dando un mayor peso a la APS. (Figura 1). También los propios pacientes comenzaron a reclamar una atención médica más personalizada, integral y continuada en el tiempo.



Estas iniciativas de potenciación de la APS y la MF están claramente relacionadas con consideraciones políticas y económicas acerca de la eficiencia y equidad de los sistemas sanitarios, afectadas negativamente por el alto coste de las

innovaciones tecnológicas. La APS comienza a ser considerada como el elemento central y principal del sistema, capaz de reconducirlo y de garantizar una atención de salud más acorde con las necesidades reales de la población y a un costo soportable por las arcas públicas y privadas.

En consonancia con esta reorientación de los sistemas sanitarios, comienzan a diseñarse políticas de recursos humanos que tienden a primar la producción de médicos polivalentes, capaces de asumir una atención integral e integrada de las personas y de sus problemas de salud en el ámbito de la APS. Los médicos de familia forman el núcleo principal de dichos profesionales.

En los últimos 20 años se han producido avances importantes en la traducción práctica de estas estrategias pero, a pesar de ello, han sido insuficientes para modificar sustantivamente una cultura distorsionada de utilización de los recursos de salud por la población de los países desarrollados, con sobrecapacidad de los hospitales y de sus servicios de urgencia y basada en una confianza excesiva en la capacidad de la tecnología para resolver las necesidades y demandas de salud de mayor relevancia.

## CONCEPTOS, ORGANIZACION Y CONTENIDOS

### Conceptos

La APS, según la definición establecida en la conferencia de Alma-Ata (1978) (2) es la "asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel del contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria".

La estrategia de cambio de los sistemas sanitarios basada en la potenciación de la APS sitúa a ésta como el pilar principal para mejorar el nivel de salud de la población, en el contexto de la política general de la OMS contenida en el proyecto "salud para todos en el año 2000" (3). Estas estrategias precisan de instrumentos que permitan su traducción práctica y en esta perspectiva la MF se está demostrando de gran utilidad.

En algunas ocasiones se ha llegado a decir que la estrategia de la APS era válida esencialmente para los países subdesarrollados,

sin capacidad económica y tecnológica para llevar a cabo una asistencia sanitaria basada en la atención especializada. En este contexto, la MF quedaría relegada a un segundo plano respecto a otras áreas médicas más directamente relacionadas con la aplicación de técnicas específicas. Sin embargo, en la práctica, se ha demostrado que la potenciación de la APS es una línea estratégica adecuada también para los países desarrollados; lo que sucede es que frecuentemente se hacen interpretaciones restrictivas del concepto de APS limitándola al ámbito exclusivamente sanitario sin tener en cuenta el componente de colaboración intersectorial que debe caracterizarla o bien asimilándola a una medicina rudimentaria o pobre para ser aplicada en países y a poblaciones pobres. Otros hacen equivalentes APS y MF (4) olvidando que son ámbitos y conceptos distintos aunque interrelacionados.

Estas interpretaciones erróneas y restrictivas de los conceptos de APS y MF las ponen en riesgo de ser interpretadas esencialmente como herramientas útiles para conseguir ahorros significativos de la creciente factura sanitaria. Es preciso rebatir con fuerza estos planteamientos y remarcar que tanto la APS como la MF lo que pueden facilitar es la racionalización de la utilización de los recursos, empleándolos de forma más eficaz, equitativa y eficiente. (Tabla 1)

### Funciones de los servicios de Atención Primaria

- ❖ Diagnóstico y tratamiento de enfermedades
- ❖ Actividades de promoción y prevención
- ❖ Atención continuada y de urgencia
- ❖ Atención en el domicilio
- ❖ Actividades en la comunidad
- ❖ Vigilancia epidemiológica
- ❖ Remisión de pacientes a otros ámbitos de atención

Los elementos conceptuales que caracterizan a la APS son compartidos por la MF (5):

Integral- Considerando la atención de salud desde una perspectiva biopsicosocial.

Integrada- Basando la atención de salud en la conjunción de los aspectos preventivos y de promoción, curativos, rehabilitadores y de inserción social.

Continuada y permanente- Que se extiende a lo largo de la vida de las personas, en los diferentes ámbitos asistenciales y en cualquier circunstancia.

Activa- Que no se limita a jugar un mero papel receptor de las demandas de atención individuales y que se preocupa de otras necesidades de salud no expresadas.

Accesible- APS y MF son elementos nucleares de una estrategia de desarrollo de los servicios de salud que tiene entre sus objetivos principales el de incrementar la accesibilidad a los mismos de toda la población al asumir el derecho a la salud como uno de los fundamentales de las personas. Es por ello que un desarrollo total y completo de la APS en la perspectiva propugnada en Alma-Ata no puede ser alcanzado fuera de políticas sanitarias basadas en servicios nacionales de salud de cobertura universal que garanticen la justicia y la solidaridad.

Basada en el trabajo en equipo- Conjunción de objetivos y actividades de distintos tipos de profesionales que tienen como ámbito de trabajo la APS.

Comunitaria y participativa- Asumiendo la perspectiva poblacional inherente a muchos problemas de salud así como la importancia de la participación de los ciudadanos en la búsqueda de las soluciones a los mismos.

Programada y evaluable- Con base en actuaciones que responden a unos objetivos predeterminados que se desarrollan siguiendo normas comunes y que, por tanto, son susceptibles de evaluación y comparación.

Docente e investigadora- Las actividades propias de la APS tienen el mismo carácter y nivel científico-técnico que las que tienen lugar en el nivel hospitalario y por ello forman parte del bagaje docente e investigador de los profesionales de la salud.

El médico de familia debe ser capaz de asumir en su práctica diaria todos los elementos señalados. Puede argumentarse que estamos realizando un planteamiento utópico, alejado de la práctica cotidiana, real, de muchos médicos de familia en distintos países. Es cierto, pero no por ello deja de ser necesario que la MF tenga estos objetivos de actuación como norte hacia el que caminar aún admitiendo que no pueda cumplirlos plenamente.

## Organización

La organización de la APS es diferente en cada país por razones que ya han sido apuntadas antes. El centro de salud y el equipo son los dos pilares organizativos esenciales de la APS y en los que debe producirse la integración de los derivados de la aplicación práctica de los elementos conceptuales señalados previamente.

El médico de familia es un componente principal del equipo

de salud y como tal ha de asumir personalmente la puesta en práctica de las funciones y tareas del mismo centradas en su responsabilidad por la atención de salud de la población asignada. Este papel clave del médico de familia debe conducirlo a cuidar del desarrollo adecuado de la integración y las relaciones internas entre los distintos componentes del equipo, asumiendo que las mismas no han de basarse en la jerarquía si no en la división funcional del trabajo, de acuerdo con las tareas asignadas a cada profesional y su capacitación técnica. Favorecer un clima de participación igualitaria en el equipo no significa establecer un funcionamiento asambleario permanente en el proceso de tomas de decisiones; el médico de familia debe estar preparado para desarrollar un liderazgo personal y técnico y, en su caso, asumir la dirección y representación del equipo con un estilo participativo, no autoritario ni paternalista.

En la tabla 2 se encuentran resumidos algunos de los elementos que caracterizan a un modelo de APS bien desarrollado. Los tiempos del trabajo individual, aislado, están quedando atrás, lo que no quiere decir que la MF no pueda ser desarrollada, al menos en parte, por profesionales aislados. Utilizando un símil relacionado con la construcción de un edificio podríamos decir que éste es la APS, los equipos de salud los ladrillos y la M.F. un componente principal del cemento que los encaja y cohesiona.

### Elementos básicos de un modelo de APS en España (1984-1996)

1. Trabajo en equipo
2. Abordaje integral de los problemas de salud
3. Enfoque individual y comunitario de la atención de salud
4. Integración de las actividades curativas y las de promoción /prevención
5. Programación y protocolización de la asistencia
6. Utilización de soportes documentales y de registro específicos de la APS
7. Desarrollo de actividades docentes y de investigación

En diversos países la APS actúa como un filtro por el que han de pasar todas las demandas de salud. El médico de familia tiene en estos casos un importante papel como regulador de la puerta de entrada al sistema sanitario (gatekeeper)(7). Esta

función le coloca en una situación privilegiada para tomar decisiones con repercusiones muy relevantes para el conjunto del sistema en aspectos relacionados con las exploraciones diagnósticas y las indicaciones terapéuticas o de acceso a la atención especializada de los pacientes. En Inglaterra, por ejemplo, muchos médicos generales actúan como administradores de presupuesto y compradores de servicios diagnósticos y terapéuticos especializados a aplicar en sus enfermos. Este papel central del médico de familia puede tener una repercusión claramente positiva para el conjunto de la APS como nivel del sistema sanitario, situándola en un contexto de igualdad e independencia de gestión respecto a la hospitalaria.

## Contenidos

Los contenidos de la APS y la MF están estrechamente relacionados aunque los de la primera abarcan, además de los correspondientes a la MF, otros más amplios (8). La APS es la responsable, de acuerdo con la definición de Alma-Ata, de prestar la asistencia sanitaria esencial a los individuos y la comunidad y comprende actividades tan diversas como nutrición esencial,

educación para la salud, suministro de medicamentos esenciales, inmunizaciones, atención materno-infantil, tratamiento de enfermedades comunes, potabilización del agua, salud ambiental y control de enfermedades transmisibles. Algunos de estos contenidos adquieren mayor relevancia en los países subdesarrollados mientras que en los más prósperos son asumidos y, en ocasiones, resueltos por otros sectores sin demasiada relación con el sanitario. La APS, en su concepción más amplia, incluye acciones en todos los sectores sociales capaces de influir sobre la salud, que son la mayoría. En definitiva, los contenidos de la APS implican una reorientación de los objetivos y organización de diversos sectores relacionados con la salud así como un papel nuevo de los actores que intervienen en el proceso. (Tabla 3)

### Cambio de la asistencia médica ambulatoria a la Atención Primaria de Salud

|  | OBJETIVOS       |  |
|--|-----------------|--|
| De...<br>enfermedad curación   | →               | A...<br>salud, prevención y cuidado  |
|  | CONTENIDO       |  |
| De...<br>tratamiento cuidado esporádico<br>problemas específicos                         | →               | ...<br>promoción de la salud, cuidado continuo, cuidado global                       |
|  | ORGANIZACIÓN    |  |
| De...<br>médicos especialistas práctica individual                                       | →               | A...<br>médicos generales, otros profesionales, trabajo en equipo                    |
|  | RESPONSABILIDAD |  |
| De...<br>sector sanitario, aislado dominio profesional, recepción pasiva de los cuidados | →               | A...<br>colaboración intersectorial, participación comunitaria, autorresponsabilidad |

La Medicina de Familia engloba todos los aspectos de la atención médica primaria, bajo una perspectiva biopsicosocial, de forma personalizada, continuada e integrada. El médico de familia es un médico de personas no de enfermedades. Su herramienta de trabajo básica es la comunicación, con sus pacientes y con otros profesionales y sectores. A diferencia del médico especialista hospitalario el médico de familia acepta a todas las personas que demandan atención independientemente de la edad, sexo o grupo de patologías que puedan presentar.

En aquellos países en los que los médicos de familia trabajan en el seno de equipos de salud que tienen la responsabilidad de la atención de un territorio y población definidas, los contenidos de la MF no están exclusivamente relacionados con la asistencia clínica de primer contacto individual y familiar, bien sea preventiva, curativa o rehabilitadora, sino que pueden abarcar otras perspectivas como la comunitaria, entendiendo como tal el conjunto de actuaciones enfocadas a encuadrar los problemas de salud individuales y familiares en el contexto poblacional. Ya se ha comentado previamente que esta faceta comunitaria del médico de familia no está incluida en su perfil en diversos países. (9)

La integración de las actividades preventivas y de promoción de la salud junto con las curativas y rehabilitadoras en el quehacer diario del médico de familia es uno de los elementos de cambio propios de la APS. La Medicina de Familia ha de asumir la realización de actividades preventivas y de promoción de salud en el ámbito de las consultas, rentabilizando todos los contactos que mantienen profesionales y pacientes. El médico de familia debe dar consejos de salud en una vertiente positiva siempre que sea posible, evitando hacer énfasis en las prohibiciones y desarrollar un alto grado de empatía con los pacientes, apoyándoles activamente para que consigan modificar sus conductas no saludables y marcándoles objetivos alcanzables y progresivos. El cumplimiento de estas premisas mejora de forma significativa los resultados obtenidos (10). Los consejos de salud sobre el hábito tabáquico y el consumo de alcohol se han demostrado eficaces para conseguir su abandono por los pacientes. (11, 12)

En el campo concreto de la prevención secundaria (detección precoz mediante cribajes) el médico de familia basa generalmente sus actuaciones en dos ejes principales: Utilización de una estrategia oportunista y priorización de la indicación de las medidas preventivas en razón del perfil de riesgo de cada paciente concreto. La estrategia oportunista implica aprovechar la toma de contacto, por cualquier motivo, de las personas con el sistema sanitario para la realización de estas actividades. Es clásica la afirmación de que un plazo de 3-5 años más del 95% de los pacientes consulta en alguna ocasión a su médico de familia. La priorización en razón del perfil de riesgo implica un conocimiento profundo de las características de las personas y, con ello, del balance entre los beneficios y los problemas que pueden causar las actividades preventivas y de

promoción de la salud que pretendemos poner en marcha.

El auto cuidado es un componente clave de los procesos de atención de los problemas de salud mediante el que los propios individuos y familias establecen pautas preventivas, diagnósticas y terapéuticas sobre los mismos de acuerdo con la cultura y medios sanitarios que poseen. Más del 80% de los problemas de salud más leves y cotidianos no generan ninguna consulta médica, lo que, entre otras cosas, impide que se colapse el sistema sanitario. Se calcula que alrededor del 30% de las personas está tomando medicaciones no prescritas o se están auto cuidando por un problema de salud sobre el que no han informado a su médico (13). Mejorar la calidad del auto cuidado en sus diferentes perspectivas y con especial énfasis en el establecimiento de conductas vitales saludables, debe ser asumida como una de las funciones propias de la APS y la Medicina de Familia. Es imprescindible mejorar la información y la cultura de la población en la utilización de las herramientas de cuidado de la salud, en el contexto de una autoreponsabilización cada vez mayor.

El médico de familia asume la responsabilidad de coordinar y gestionar la atención de salud que reciben sus pacientes en los distintos ámbitos, centros y niveles del sistema sanitario. Su papel de médico de personas y no de enfermedades lleva inherente esta función de consejero, guía y guardián de los intereses de sus pacientes en su relación con los servicios de salud.

## MEDICINA DE FAMILIA Y PROCESOS DE REFORMA DE LA APS

En España, y también en otros países, el desarrollo de la MF aparece estrechamente ligado a los procesos de reforma de los sistemas de salud. El médico de familia actúa en estos contextos como un poderoso agente de cambio, facilitador de la estrategia de la APS. En este sentido no debe olvidarse que el médico de familia puede trabajar en distintos contextos (sistema público, privado) y ámbitos (rural, urbano) y que, tal como hemos comentado, sus funciones y tareas pueden cambiar sin que por ello tenga que renunciar a la puesta en práctica de los elementos esenciales que definen a la MF.

De la misma manera que la instauración de la filosofía y estrategia de la APS (14) significa una reorientación en profundidad de los servicios y de la atención de salud, la MF también introduce nuevos elementos en la figura del clásico médico de cabecera. El médico de familia no es una mera reedición de aquél ya que suma a sus tradicionales elementos positivos otros más actuales que dan respuesta a las misiones y tareas de la moderna APS. Tanto la Medicina de Familia como la APS no se desarrollan a partir de requerimientos tecnológicos, tal como sucede con otros servicios y especialidades, sino en respuesta a una necesidad social (15) y de mejora de la atención médica.(16)

Es preciso asumir que desde Alma-Ata hasta hoy (1996) se han producido cambios importantes de las políticas generales y también en la situación sanitaria de muchos países. La estrategia OMS "Salud para todos en el año 2000" ha conseguido avances significativos en ciertos lugares mientras que en otros ha progresado muy poco. Aunque siguen siendo válidos los postulados iniciales, fundamentados en la potenciación de la APS, hemos de introducir cambios estratégicos y tácticos para facilitar el progreso de las políticas de salud y que sean el fruto de una reflexión profunda sobre el camino recorrido y los fallos detectados. Esta reflexión debe realizarse en lo concreto siguiendo criterios propios para cada país o comunidad ya que los nuevos problemas y sus soluciones no son idénticos universalmente.

A pesar de ello, sí que podemos apuntar algunos aspectos genéricos comunes y que se refieren tanto a la APS como a la MF: la crisis del llamado "estado de bienestar" abierta a comienzos de los años 70, continúa hoy y se sitúa en un contexto de resurgimiento de ideas neoliberales que pueden afectar profundamente al desarrollo de las estrategias basadas en la APS.

Se pone cada vez más énfasis en la eficiencia de los servicios de salud con olvido o minusvaloración de la equidad como componente básico a preservar y potenciar. Se objetiva una cierta tendencia a limitar las responsabilidades y competencias del médico de familia al ámbito de la atención individual de los problemas de salud, relegando a un segundo plano las actividades realizadas con una perspectiva comunitaria.

## DOCENCIA E INVESTIGACION

La formación pre y postgraduada y continuada de la mayoría de los profesionales de las ciencias de la salud ha estado centrada, y aún lo está hoy, en el hospital. Los recursos propios de la APS no eran considerados idóneos y con el nivel de calidad necesario para poder participar de manera activa y protagonista en la enseñanza. Esta situación, afortunadamente, está cambiando de manera rápida y cada vez son más numerosas las instituciones docentes que están dando a la APS y la Medicina de Familia la importancia que les corresponde y se están poniendo en marcha departamentos y cátedras de Atención Primaria / Medicina de Familia que están actuando como verdaderos motores de los procesos de reorientación de los currículos formativos.

Los estudiantes de ciencias de la salud deben tomar contacto formativo con la APS y la Medicina de Familia en las primeras etapas de su educación pregraduada ya que así tendrán, desde el comienzo, una visión más completa y diversificada del sistema sanitario y aprenderán a considerarlas en el mismo nivel de prestigio científico, técnico y social que otros ámbitos. Entre las recomendaciones de la Reunión de Ministros de Sanidad y Educación celebrada en Lisboa en 1988 (17) se

encuentra la de involucrar en el proceso educativo a todos los recursos sanitarios y no centrarlo exclusivamente en los hospitales.

Todos los profesionales sanitarios deberían conocer los principios esenciales y las características organizativas y asistenciales de la APS, independientemente de su orientación especializada y lugar concreto de trabajo posteriores. Solamente mediante el contacto directo con los centros y actividades de la APS es posible aproximarse al conocimiento de los problemas de salud más frecuentes y de la manera de enfermar de las personas. El hospital ofrece necesariamente una visión sesgada sobre las enfermedades de los pacientes con una selección de las más excepcionales y vitalmente graves. Por otro lado, la atención hospitalaria es episódica, carece de la continuidad que caracteriza las actuaciones en el seno de la APS.

La formación pregraduada en APS no puede quedar limitada a una simple asignatura si no que debe entenderse como una línea docente estratégica que ha de impregnar los objetivos y contenidos de toda la enseñanza, permitiendo reorientar el aprendizaje del alumno hacia las nuevas metas que se pretende han de caracterizar a los sistemas sanitarios.

Los programas de formación postgraduada en Medicina de Familia deben estar centrados en la APS. En ellos, el hospital no debería ser más que un elemento de apoyo o ayuda del proceso docente, importante pero no el principal. Es evidente que el peso relativo de uno u otro tipo de estructuras o ámbitos dependerá en gran parte de las características concretas del sistema de salud en que se desarrolle el programa (figura 2) pero la tendencia general debe ser la señalada. En España, el programa formativo elaborado en 1993 por la Comisión Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria está nucleado por el Centro de Salud. El tutor responsable del aprendizaje del médico residente es uno de los miembros cualificados del equipo del centro y aproximadamente el 60% del programa se desarrolla fuera del hospital.



---

Las actividades de formación continuada dirigidas a los médicos de familia deberían también estar centradas en la APS. El aislamiento geográfico y personal, los problemas para ser reemplazado en la consulta y otros obstáculos económicos y administrativos son factores a tener en cuenta a la hora de diseñar programas de formación continuada para estos profesionales.

La puesta en marcha de los equipos de salud ha supuesto un paso cualitativo muy importante en la mejora de los procesos de formación continuada de los médicos de familia al posibilitar continuos intercambios a partir de diversas actividades conjuntas: sesiones, reuniones de trabajo, estudios de investigación, etc. Es preciso que los propios médicos de familia asuman papeles protagonistas en la formación continuada de sus compañeros, lo que no excluye en ningún caso el establecimiento de líneas potentes de colaboración en este campo entre profesionales de APS y hospitalarios.

El desarrollo de actividades de investigación en el seno de la APS tropieza todavía con dificultades importantes a pesar de los avances conseguidos en los últimos años con los procesos de reforma sanitaria iniciados en muchos países. En la figura 3 podemos observar el crecimiento de la actividad investigadora en España tras el comienzo de la reforma a partir de los originales publicados en la revista Atención Primaria.<sup>(18)</sup>

Es necesario establecer líneas de investigación sólidas y que tengan continuidad temporal y diseñar estudios colaborativos multicéntricos ya que con ello contribuiremos decisivamente a multiplicar la potencia de las conclusiones obtenidas.

La práctica profesional de los médicos de familia les coloca en una situación óptima para el estudio del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades así como de su historia natural. Todos los aspectos relacionados con la promoción de la salud y la prevención, la comunicación interpersonal y la organización de los servicios y actividades en APS son también áreas importantes de investigación.

---

---

## Bibliografía

1. Ceitlin J. Qué es la Medicina Familiar? Fepafem / Kellog. Caracas. 1982
2. OMS. Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata. Ginebra. 1978
3. OMS. Los objetivos de salud para todos. Edición española. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1986
4. Martín Zurro A., Cano Pérez J.F. Atención Primaria de Salud. En Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Martín Zurro A. y Cano Pérez, J.F. eds. Barcelona. Mosby/Doyma Libros. 3a. Edición. 1994; 5-6
5. Martín Zurro A., Cano Pérez J.F. Atención Primaria de Salud. En Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Martín Zurro A. y Cano Pérez J.F. eds. Barcelona. Mosby/Doyma Libros. 3a. Edición. 1994; 7-8
6. Martín Zurro A. La figura del médico de familia. Med Clin (Barc). 1993;100 supl 1:12-13
7. Gene Badia J. Escaso futuro para el gatekeeping en España. Atención Primaria. 1995; 15:418-420
8. Turabian J.L. Cuadernos de Medicina de Familia y Comunitaria. Una introducción a los principios de Medicina de Familia. Turabian J.L. ed. Madrid. Ediciones Diaz de Santos S.A.1994
9. Barker L.R., Roberts J.C Distinctive Characteristics of Ambulatory Medicine. En Principles of Ambulatory Medicine. Barker L.R, Burton J.R., Zieve P.D. eds. Baltimore. Williams and Wilkins. Fourth edition. 1995; 3-16
10. US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Service. Second edition. Baltimore. Williams and Wilkins. 1996; 75-83
11. Hjermmann I, Velve Byre K, Holme I et al. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Report from the slo Study Group of a randomised trial in healthy men. Lancet 1981, 2:1303-1310
12. Brief interventions and alcohol use. Effective Health Care, bulletin no. 7 Leeds, UK, Nuffield Institute for Health Care, University of Leeds, 1993
13. Khon R, White K.L eds. Health Care. Neu York. Oxford University Press. 1976
14. Vuori H. Qué es la Atención Primaria de Salud? Atención Primaria 1984;1:3-4
15. Geyman J.P. Family Medicine as an academic discipline: progress, challenger and opportunities. J. Fam. Prac. 1990; 31:297-303
16. Rakel E. Family Practice. JAMA 1987; 258: 2240-2242
17. Consulta ministerial para la Educación Médica en Europa. Lisboa, 31 de octubre-3 de noviembre. 1988
18. Jiménez Villa, J., Gené Badia, J., Martín Zurro A., Cano Pérez J.F., El proceso editorial en la revista Atención Primaria. Atención Primaria 1994,14:1101-1104