

## ***Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población. La contribución del médico de familia.***

**Conferencia OMS-WONCA (1994)**

---

### **SUMARIO EJECUTIVO**

Para satisfacer las necesidades de la población, deben producirse cambios fundamentales en el sistema de atención sanitaria, en la profesión médica, en las facultades de medicina y en otras instituciones educativas. El médico de familia (médico de familia/médico general) debería tener un papel fundamental para conseguir calidad asistencial, con mejor coste-eficacia y equidad en los sistemas de salud. Para llegar a tener esta responsabilidad, el médico de familia debe ser altamente competente en el cuidado de sus pacientes y ***debe integrar el cuidado individual con el cuidado comunitario***. La cooperación entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), respecto a este tema, resulta un hecho histórico.

---

### **INTRODUCCIÓN**

---

Desde el 6 al 8 de noviembre de 1994, la WONCA y la OMS se reunieron en Ontario. Se trataba de un forum de acción estratégica que convocó a 60 representantes oficiales de la salud, responsables de la formación médica, médicos de familia y representantes de todo el mundo. Actuó de anfitrión de la reunión el departamento de Medicina de Familia de la Universidad del Oeste de Ontario. El objetivo de la reunión era identificar acciones específicas para lograr que la atención sanitaria, la práctica médica y la formación médica fueran más adecuadas a las necesidades de los individuos y contribuir así a los objetivos de "Salud para Todos".

El propósito previo de este informe es examinar el papel de los médicos y, especialmente, el de los médicos de familia en los sistemas sanitarios. Aunque la OMS y la WONCA reconocen la importante contribución de otros profesionales de la salud, especialmente enfermeras y asistentes sociales, este informe está enfocado a las contribuciones de los médicos en el sistema sanitario. De hecho, ***para que los médicos de familia tengan éxito a la hora de satisfacer las necesidades de sus pacientes y de las comunidades en las que viven, deben trabajar, de forma eficaz, en equipo con otros profesionales de salud.***

A través de sesiones plenarias y otras, en pequeños grupos de trabajo, los participantes analizaron los principales retos en la atención sanitaria, la práctica médica y la formación médica, necesarias para que las naciones obtengan, de acuerdo con sus inversiones, la mayor mejora posible. Según este análisis, ***los participantes desarrollaron sus puntos de vista sobre la atención sanitaria, la práctica médica y la formación médica que respondían a las necesidades de los individuos y las comunidades.*** Más tarde, establecieron un plan de acción estratégico para ayudar a los gobiernos, a los responsables de la formación médica, a los médicos de familia y a los ciudadanos en general, para alcanzar estos objetivos.

Los habitantes de todo el mundo pueden alcanzar un nivel más alto de salud, de acuerdo con sus inversiones, si se dirigen sus objetivos según la clave desarrollada en los capítulos 1-3. En estos capítulos se hace referencia a las barreras que interfieren con el desarrollo de los sistemas sanitarios óptimos, el ejercicio médico y la formación médica. Es fundamental para este sistema óptimo la afirmación de que cada uno, en su país o nación, tiene la necesidad

individual de atención personal. **Las comunidades y naciones tienen también una exigencia hacia sus ciudadanos de disponer de un sistema sanitario que agrupe las necesidades de la población como un todo.**

La consecución de **un estándar aceptable de salud para los individuos y las poblaciones** está dificultado por el acceso desigual a la atención médica y a los servicios preventivos, por los sistemas sanitarios insuficientes, por el incremento de los costes, especialmente en los hospitales terciarios y por el rápido crecimiento de la clase médica, su mala distribución y la inadecuada relación que existe entre médico general/médico especialista.

La formación pregraduada de médicos, principalmente en los servicios hospitalarios donde predomina la orientación hacia las enfermedades y se concede muy poco énfasis al hecho de enfermar, origina licenciados no familiarizados con la atención personal y basada en la comunidad. Esto se agrava con la falta de formación posgraduada para los profesionales de la atención primaria en varios países.

Suele suceder que, los fondos destinados a la investigación son, a menudo, dirigidos hacia la investigación biomédica, mientras que muy pocos recursos van destinados hacia la investigación de los servicios sanitarios, la investigación en la atención primaria y la investigación sobre la población.

## **DESCRIPCIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA, EL EJERCICIO MÉDICO Y LA FORMACIÓN MÉDICA ÓPTIMOS.**

---

Los objetivos centrales de "Salud para todos" son afirmaciones fundamentales que todas las naciones deberían perseguir para mejorar la duración de la vida productiva de la población y reducir las disparidades de los status sanitarios de los diferentes subgrupos de la población.

Muchas variables, que incluyen la renta per cápita, la vivienda y la educación, influyen en el estado de salud. Sin embargo, la manera en que se invierte el presupuesto sanitario también origina diferencias significativas.

Este informe está basado en una premisa destacada: la atención sanitaria, el ejercicio médico y la formación médica deben de ser hoy día más adecuados a las necesidades de la población. Deben establecerse prioridades para la atención sanitaria, el ejercicio de la medicina y la formación médica, guiadas por una utilización prudente de los recursos financieros, humanos y técnicos, con el fin de mejorar la salud. Los datos presentados, en los tres primeros capítulos de este informe, proporcionan evidencias para el protagonismo de los médicos de familia a la hora de alcanzar estos objetivos.

### **Atención sanitaria óptima.**

1. Coste-eficacia de la salud pública y los servicios personalizados necesarios; los países pueden obtener el mejor resultado para sus gastos sanitarios y **responder a las necesidades de la población** si tienen un sistema sanitario que garantice que todos los ciudadanos reciban un paquete mínimo de servicios públicos personalizados y probados en cuanto a su coste-eficacia.
2. Financiación de políticas de promoción de la salud; las políticas efectivas de financiación

deben recompensar a los sistemas y a los profesionales sanitarios que mejoren **la salud del individuo y de la comunidad**, otorgando premios que estén basados en el coste-eficacia de la atención sanitaria. Los sectores públicos y privados, encargados de la asistencia personal, deberían recompensar la atención preventiva, el tratamiento eficaz de las enfermedades agudas y la atención de las enfermedades crónicas, de manera que mantengan un nivel de actividad y de independencia óptimos para la persona. La financiación debería enfatizar elementos como calidad, continuidad y coordinación de la atención sanitaria así como la accesibilidad, la aceptabilidad y la satisfacción del usuario.

3. Atención primaria predominante: todo el mundo debería tener acceso a una atención primaria de calidad. Debería existir, de manera generalizada, una infraestructura adecuada que incluyera facilidades clínicas, de equipamiento médico, de registro y de personal sanitario.
4. Utilización apropiada de los servicios sanitarios secundarios y terciarios: los individuos que buscan atención de un especialista, deberían tener un contacto inicial con un médico general. Ambos, el médico y el paciente, en relación a la eventual interconsulta, deberían tener una información adecuada que incluyera la calidad de la atención, los resultados probables y el coste de la interconsulta, para determinar si son necesarios los servicios de consulta a un especialista.
5. Profesionales sanitarios adecuadamente formados y distribuidos: los profesionales sanitarios deberían estar correctamente preparados y distribuidos para proporcionar servicios esenciales sanitarios públicos e individuales, de forma aceptable para la población atendida y consiguiendo una adecuada cobertura geográfica.
6. Datos adecuados sobre planificación de los profesionales médicos: debería realizarse una planificación sobre los requerimientos del sistema sanitario en relación a la proporción de médicos generales/médicos especialistas, así como un análisis de los requerimientos de los otros profesionales sanitarios. El destino de los recursos financieros públicos, para la formación de los médicos, debería ser guiado por un análisis detallado de los requerimientos del sistema sanitario y por un inventario detallado de la composición de la clase médica en cuanto a su tamaño real, composición demográfica, diferentes especialistas y distribución geográfica. Este inventario debería ser recopilado de una manera uniforme que permitiera comparaciones entre los diferentes países.
7. Los recursos públicos forman más médicos de familia: los países deberían variar en sus planteamientos hacia un sistema en el que la mayoría de los médicos fueran médicos de familia para, de esta forma, ayudar a las necesidades de la población mediante servicios sanitarios de atención primaria de calidad. Para conseguir este objetivo, los recursos públicos deberían focalizarse hacia la formación de más médicos de familia y otros **profesionales sanitarios públicos orientados hacia la comunidad** y formar menos médicos especialistas de otras clases.

### **Ejercicio médico óptimo**

8. **El ejercicio médico es sensible a los individuos y a las comunidades:** el ejercicio médico, de una forma óptima, debería estar **centrado en la persona, orientado hacia la salud y basado en la comunidad. Los sistemas de ejercicio de la medicina, y de la salud pública, deberían estar ligados estrechamente hacia una promoción de salud más efectiva en los individuos y en las comunidades en las que viven**, idealmente, los médicos de familia deberían combinar muchos aspectos de ambas funciones. El ejercicio médico precisa médicos que sean competentes como profesionales de salud, como

establecedores de decisiones, como comunicadores, como gestores y como miembros del equipo sanitario.

9. Cada persona debería conocer a su médico de familia (o proveedor de salud de atención primaria) y a su vez ser reconocido personalmente por él/ella; el profesional de atención primaria debería conocer a las personas y entender sus situaciones actuales, familiares y comunitarias. La mayor parte de los problemas de salud individuales pueden ser resueltos por el profesional, quien también coordinará la atención sanitaria proporcionada por los otros miembros del equipo sanitario. La persona, con frecuencia, establece una relación basada en la confianza con el profesional que la atiende.
10. Los médicos de familia bien formados proporcionan una atención primaria de calidad; un médico de familia bien formado puede responder apropiadamente a casi todos los problemas de salud que casi siempre refiere la mayoría de las personas. Todos los médicos de familia están preparados para cuidar a las personas enfermas, excluir enfermedades graves y proporcionar atención a las enfermedades crónicas. Están preparados para **tener en cuenta las interacciones de los sistemas biológico, familiar, social y del entorno**. Estas habilidades deberían derivarse de las **necesidades particulares de los individuos y comunidades de cada país**. Todos aquellos que ejercen como médico de familia deberían recibir la formación adecuada y poner en práctica toda su capacidad y conocimientos del sistema sanitario, antes de derivar el caso, además deberían recibir un status profesional apropiado y una remuneración adecuada a sus servicios.

### **Formación médica óptima.**

11. La formación médica es sensible a las **necesidades de la población**; el sistema de formación médica debería ser sensible a las **necesidades prioritarias de los individuos y de las comunidades** a un nivel nacional y regional. Debería formarse un número suficiente de médicos, adecuadamente organizados que adquieran las competencias necesarias para proporcionar una atención médica de calidad y con mejor coste-eficacia. La formación médica, por sí misma, no debería determinar o predecir el futuro ejercicio profesional médico. Sin embargo, los cambios en el ejercicio de la medicina, deberían condicionar cambios en la formación médica.
12. La formación médica en el pregrado y el ejercicio médico están íntimamente relacionadas; las facultades de medicina deberían redefinir su misión, plan estratégico, política de ingresos, composición de claustro de profesores, currículum necesario y lugares de formación en el pregrado, así como tomar iniciativas ante la eventual influencia del futuro ambiente laboral del licenciado, a fin de **conocer los requerimientos del sistema sanitario y poder servir a la comunidad**. A los estudiantes se les debería exponer la cantidad de problemas de salud de los individuos en relación con la comunidad. Cada facultad de medicina debería realizar la enseñanza longitudinal de la atención primaria como una parte integral de currículum en el pregrado. Los médicos de familia pueden proporcionar formación básica en medicina de familia, una dimensión general hacia la enseñanza de las otras especialidades, y proporcionar a los estudiantes unos modelos del desempeño profesional, para una elección informada de la futura carrera profesional.
13. Los médicos de familia están preparados para un amplio espectro de habilidades; cada facultad de medicina debería hacer de la enseñanza de la atención primaria una parte integral del currículum del pregrado y proporcionar unos incentivos mayores a los nuevos licenciados que escogieran una carrera profesional como medicina de familia. Las facultades de medicina y otras instituciones deberían establecer y mantener importantes programas de postgrado en medicina de familia. A los médicos de familia en ejercicio, sin una formación específica de postgrado, y a otros médicos que pretendan satisfacer las amplias necesidades de salud de la población a la que atienden, se les debería

proporcionar una formación adicional sobre los principios y el ejercicio de la medicina de familia.

14. Las facultades de medicina enfatizan la atención primaria, los servicios de salud y la investigación sanitaria de la población: Las facultades de medicina, en colaboración con las autoridades locales, asociaciones profesionales y comunidades, deberían comprometerse de una forma activa a la formación, investigación y otras actividades para mejorar el futuro sistema de salud, **de manera que sean más sensibles a los valores sociales y mejoren la salud de la población. Para atender las necesidades de la población, las facultades de medicina deberían hacer más hincapié en los servicios sanitarios de atención primaria y en la investigación basada en la población.**

## **RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS**

---

Los países deberían demostrar la mayor sensibilidad posible ante las necesidades de la población y conseguir el mayor valor para sus gastos sanitarios, asegurando que todos los ciudadanos reciban un paquete mínimo de servicios sanitarios públicos con un coste-eficacia adecuado y asegurado, también, unos servicios médicos proporcionados por unos servicios sanitarios correctamente formados y adecuadamente distribuidos desde el punto de vista geográfico. Para alcanzar este objetivo, la mayoría de los países tendrían que realizar cambios importantes y redistribuir los recursos sanitarios, el ejercicio médico y la formación médica. Estos cambios son necesarios si la atención sanitaria, el ejercicio de la medicina y la formación médica van encaminados a dar respuesta a las necesidades de la población.

Recomendación número uno:

**ACEPTAR QUE LA ATENCION SANITARIA DEBE CAMBIAR.**

Los sistemas sanitarios deben experimentar cambios sustanciales que mejoren su coste-eficacia, aumenten la equidad y **sean más acordes con las necesidades de la población**. El médico de familia debería tener un papel central en la consecución de estos objetivos, siendo altamente competente y proporcionando una asistencia básica individual de calidad, e integrando el cuidado individual y el comunitario.

Recomendación número dos:

**RELACIONAR LAS POLITICAS FINANCIERAS CON LAS NECESIDADES DEFINIDAS.**

**Deberían desarrollarse herramientas y utilizarlas para definir las necesidades poblacionales, sea como individuos o como miembros pertenecientes a diversas comunidades.** La financiación del sistema sanitario debería estar relacionada con las necesidades. En particular, las necesidades definidas deberían influir en la proporción de recursos disponibles para ser empleados en la atención primaria, secundaria y terciaria de los servicios sanitarios públicos.

Recomendación número tres:

**RECOMPENSAR LA ATENCION PRIMARIA Y LA SALUD PUBLICA EFECTIVAS.**

Los servicios de salud pública de calidad y la atención individual deberían estar disponibles para todos los ciudadanos como un asunto de política nacional. Deberían existir incentivos para financiar a los sistemas y a los profesionales sanitarios que proporcionasen unos servicios de salud pública y una atención individual con mejor

coste-eficacia, y con una mejora demostrada sobre la salud. Deberían asegurarse unos niveles apropiados de inversión para que los estándares de infraestructura en la atención primaria fueran equivalentes a los hospitalarios.

Recomendación número cuatro:

*PROPORCIONAR UNA REFORMA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.*

De manera habitual, la mayoría de los médicos deberían ser médicos de familia. Si fuera necesario, deberían adoptarse políticas nacionales para conseguir este objetivo lo antes posible.

Recomendación número cinco:

*DEFINIR LA POSICIÓN Y EL PAPEL DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA.*

El prestigio de la atención primaria debería ser potenciado, y el papel, dentro de ella, de los médicos de familia especialmente formados, debería estar claramente definido. Debería haber una representación médica equilibrada entre médicos generales y médicos especialistas a lo largo de todo el sistema sanitario.

Recomendación número seis:

*UTILIZAR LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS MÁS ADECUADAMENTE.*

La utilización apropiada de los servicios especializados debería ser posterior al contacto inicial con el profesional de atención primaria. Este debería estar capacitado para dar un consejo médico independiente y correctamente informado tanto en lo que hace referencia a la necesidad de interconsulta como en la elección de las posibles opciones, teniendo siempre presentes la calidad y los gastos de dichas interconsultas.

Recomendación número siete:

*PROBAR LOS NUEVOS MODELOS DE ATENCION SANITARIA INTEGRADA.*

***Diversos proyectos en el campo experimental deberían estar encaminados a probar diferentes modelos de atención sanitaria que integren las funciones de la atención sanitaria que integren las funciones de la atención primaria y la salud pública.*** Las experiencias realizadas deberían proporcionar un esquema sobre el ejercicio de la medicina que enfatizara la calidad y proporcionara una asistencia personalizada, coordinada y longitudinal, ***teniendo en cuenta las necesidades sanitarias tanto de los individuos como de las comunidades*** e integrando la atención sanitaria de otros profesionales.

Recomendación número ocho:

*UTILIZAR LOS ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN, BASADO EN LA COMUNIDAD Y EN EL EJERCICIO MÉDICO, PARA PROVEER DE ESTANDARES ADECUADOS EN LA CONSULTA.*

***El ejercicio de la medicina debería ir encaminado hacia las necesidades de la población.*** Los datos nacionales y comunitarios deberían equilibrarse en la consulta, basándose en el análisis de las necesidades individuales y familiares, para así proporcionar unos estándares adecuados en la consulta.

Recomendación número nueve:

*EMPLEAR A MÉDICOS DE FAMILIA BIEN FORMADOS PARA PROPORCIONAR UNA*

## *ASISTENCIA SANITARIA DE MAYOR CALIDAD Y CON MEJOR COSTE-EFICACIA.*

Los servicios fundamentales de atención sanitaria individual deberían estar al alcance de toda la población, a través del profesional de atención primaria. Un médico de familia específicamente preparado puede responder, la mayoría de las veces, adecuadamente a la mayor parte de las demandas de la población. Siempre que fuera posible, para el primer contacto asistencial deberían emplearse médicos de familia. No solamente porque son los profesionales más cualificados para este trabajo, sino también porque representan el medio más efectivo para controlar los servicios especializados innecesarios e inoportunos.

Recomendación número diez:

*ALENTAR A TODOS LOS PACIENTES PARA QUE SE IDENTIFIQUEN CON UN MÉDICO DE FAMILIA DE MANERA INDIVIDUAL.*

Cada persona debería conocer el nombre de su profesional de atención primaria; cada persona debería ser conocida por su nombre por su profesional de atención primaria. La identificación con un médico de familia de una manera individual debería ser promovida como un asunto de responsabilidad personal y profesional, pero ayudada por unos crecientes incentivos financieros y requerimientos contractuales.

Recomendación número once:

*ESTABLECER COLEGIOS (ASOCIACIONES) PROFESIONALES/ACADEMIAS DE MÉDICOS DE FAMILIA EN TODOS LOS PAÍSES.*

Deberían establecerse, en todos los países, colegios profesionales, academias y otras asociaciones profesionales de médicos de familia. Debería ser un objetivo de éstos, el contar como miembros a todos los médicos que trabajan en el primer nivel asistencial. ***Estos colegios profesionales y academias, deberían comunicar a la población que los médicos de familia son los responsables de satisfacer las necesidades sanitarias de la comunidad y también deberían mantener altos niveles de competencia sanitaria entre sus miembros.***

Recomendación número doce:

*LOS MÉDICOS DE FAMILIA DEBERÍAN DEMOSTRAR CONTINUAMENTE SU COMPETENCIA, UTILIZANDO MÉTODOS VALIDADOS Y FIABLES DE AUTOEVALUACIÓN.*

Los médicos de familia deberían idear un status para todos los aspectos del ejercicio de la medicina de familia basados, si fuera posible, en evidencias científicas probadas que incluyan los aspectos cuantitativos y cualitativos. Los médicos de familia deberían incorporar estas condiciones a su propio trabajo a través de métodos de evaluación probados por su veracidad y validez. Dichos sistemas permitirían demostrar a los médicos su competencia continuada, por ejemplo, con finalidad de recertificación.

Recomendación número trece:

*ASEGURAR QUE LOS SISTEMAS DE REMUNERACIÓN DE LOS MÉDICOS NO DEFORMEN LAS PRIORIDADES SANITARIAS BASADAS EN NECESIDADES*

Los sistemas de financiación y la remuneración de los médicos deberían ayudar a mantener un ejercicio de la medicina de características óptimas, como se revisa en este informe. Se debería realizar un análisis profundo de los sistemas existentes y las

posibles alternativas.

Recomendación número catorce:

*JUZGAR LA FORMACIÓN MÉDICA POR SU SENSIBILIDAD HACIA LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN Y SU APLICABILIDAD EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA.*

**Los sistemas de formación médica deberían ser capaces de demostrar explícitamente la forma de responder a las necesidades de las personas tanto a nivel individual como de la comunidad y de la nación.** La formación médica debería responder a aquellas necesidades, formando médicos que, en número suficiente, fueran capaces de proporcionar una atención sanitaria adecuada, de la calidad, equitativa y óptimo coste-eficacia. Las facultades de medicina deberían contribuir desempeñando su papel en un sistema sanitario socialmente responsable. Se deberían desarrollar estándares de calidad a nivel nacional para la formación médica e idear métodos veraces de accesibilidad a ella. La responsabilidad social de las facultades de medicina como instituciones es de especial importancia.

Recomendación número quince:

*RECONOCER LA MEDICINA DE FAMILIA COMO UNA DISCIPLINA ESPECIAL.*

El reconocimiento final de la medicina de familia como una disciplina especial dentro de la medicina, ya aceptado en muchos países, debería llegar a ser ya universal.

Recomendación número dieciséis:

*LA FORMACIÓN MÉDICA BÁSICA (PREGRADUADA) DEBERÍA PROPORCIONAR UNAS BASES SUFICIENTES PARA LA POSTERIOR FORMACIÓN ESPECÍFICA (ESPECIALIZADA).*

Las facultades de medicina deberían redefinir continuamente su misión, planes estratégicos, política de ingresos, composición del claustro, currículum impartido y materias de examen y de enseñanza, de forma que los licenciados pudieran servir a las necesidades de la población y **ejercer la medicina en la comunidad**. El objetivo de la formación médica en el pregrado debería ser el preparar licenciados capaces de llevar a cabo una posterior formación específica (especializada) en cualquiera de las disciplinas elegidas, incluida la medicina de familia. La Formación médica únicamente en la licenciatura es insuficiente para formar médicos de familia. La medicina de familia competente requiere una formación de postgrado.

Recomendación número diecisiete:

*LA DISCIPLINA DE MEDICINA DE FAMILIA DEBERÍA SER ENSEÑADA EN TODAS LAS FACULTADES DE MEDICINA Y PROPORCIONAR UN EQUILIBRIO MÉDICO GENERAL/MEDIO ESPECIALISTA.*

Todas las facultades de medicina deberían tener un departamento de medicina de familia. Todas las especialidades enseñadas deberían incluir una dimensión general que abarcara: momento de la interconsulta, atención compartida, alta del especialista y seguimiento. Además, se debería realizar un énfasis equivalente en la enseñanza de la atención primaria desde la consulta del médico de familia. **Todos los estudiantes deberían experimentar la continuidad de la salud individual y la enfermedad en el contexto de la comunidad.** La implicación de un número apropiado de médicos de familia, como profesores universitarios y como modelo de ejercicio profesional, permitiría a los estudiantes una elección informada en cuanto a la carrera profesional a



seguir.

Recomendación número dieciocho:

***CADA PAÍS DEBERÍA PROPORCIONAR UNA FORMACIÓN POSGRADUADA ESPECIFICA EN MEDICINA DE FAMILIA.***

Cada país debería establecer como objetivo programas de formación específica en medicina de familia que deberían seguir a la formación médica básica de pregrado y que deberían esforzarse para satisfacer las necesidades, manteniendo un equilibrio entre las distintas especialidades.

Recomendación número diecinueve:

***LA FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA DEBERÍA FOCALIZARSE HACIA LA MEJORA DEL EJERCICIO PROFESIONAL.***

La formación médica continuada (conocida internacionalmente por CME Continuing Medical Education) debería estar centrada en el ejercicio de los médicos a la hora de satisfacer las necesidades de la población. Como parte de su tarea profesional, todos los médicos deberían participar de una forma activa con sus colegas en una puesta al día continuada en su propio ejercicio profesional, a la luz de los estudios publicados, los protocolos existentes y la investigación. La CME debería incluir, si fuera necesario, una obligatoriedad para ausentarse de la consulta a fin de prepararse para dar respuesta a las necesidades de los individuos y las comunidades. Cada disciplina, incluida la medicina de familia, debería aceptar la responsabilidad de planificar y proporcionar sus propios programas de CME.

Recomendación número veinte:

***LA INVESTIGACIÓN BASADA EN LOS SERVICIOS SANITARIOS, EN LA POBLACIÓN Y EN LA ATENCIÓN PRIMARIA, DEBERÍA TENERSE MAS EN CUENTA.***

La investigación financiada públicamente debería otorgar una mayor prioridad a la investigación sobre los servicios sanitarios, la atención primaria, la prevención y la investigación, basada en la población, que afectan directamente a los resultados sanitarios. Las facultades de medicina deberían iniciar esta investigación en colaboración con las autoridades sanitarias, las asociaciones profesionales, las comunidades y los propios médicos de familia, individualmente. Los datos obtenidos de la investigación deberían ser aplicados racionalmente de acuerdo con la política sanitaria.

Recomendación número veintiuno:

***DEBERÍA RECOPILARSE Y DIFUNDIRSE INFORMACIÓN Y EJEMPLOS SOBRE EL CORRECTO EJERCICIO MÉDICO.***

Debería intercambiarse información entre los gobiernos, los médicos de familia, las asociaciones profesionales y otros estamentos implicados, para compartir soluciones creativas en relación a los problemas de los sistemas sanitarios, el ejercicio de la medicina y la formación médica.

**PROGRAMA PARA UNA ACCIÓN PREPARATORIA**

---

Como resultado de esta conferencia y de las recomendaciones del capítulo cinco, deberían llevarse a cabo nuevas negociaciones entre la OMS y la WONCA.

Debería delegarse la responsabilidad y otorgar una "misión prioritaria" a personas clave y organizaciones, a fin de:

- Convocar reuniones regionales para profundizar en estas recomendaciones.
- Convocar una conferencia consultiva sobre sistemas de financiación y de remuneración de los médicos.
- Crear un programa a fin de establecer en los países miembros:
  - Una asociación para los médicos de familia.
  - Un departamento de medicina de familia en cada facultad de medicina.
  - Programas de formación de postgrado en medicina de familia.
- Fomentar centros, para la medicina de familia, colaboradores de la OMS.
- Establecer un estudio mundial OMS/WONCA sobre médicos de familia (situación actual y tendencias)
- Crear proyectos sobre provisión integrada de la atención primaria.
- Desarrollar un centro de información que proporcione: soporte al proyecto, información y equipos de consulta, importantes para la reforma de la formación médica y del ejercicio de la medicina así como para el papel del médico de familia.

## **BIBLIOGRAFIA.**

---

1. Institute of Medicine. Defining Primary Care: An Interim Report. Committee on the Future of Primary Care. Washington DC. National Academy Press. 1994.
2. AAFP Official Definitions Related to Primary Care. Reprint No. 302. Septiembre 1994.

Nota: Por criterio de la "Redacción de la Revista" se señalan en negrita aspectos relacionados con la orientación comunitaria.