



**Unidad Técnica para el Entrenamiento, Mejoramiento
y la Actualización en Medicina Familiar, Atención
Primaria y Salud Global**

CONFERENCIA 5
**CICLO DE CONFERENCIAS “IDENTIDAD DE
LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LA MEDICINA
FAMILIAR” Año 2026**
MATERIAL DE LECTURA

“PRINCIPIOS DEL ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR QUE LOS
DIFERENCIAN DEL MÉDICO
GENERAL”

TEXTOS EXTRAIDOS DEL LIBRO “**ELEMENTOS DE
ATENCIÓN PRIMARIA Y MEDICINA FAMILIAR**”
Tomo I - Capítulo 2 (pags. 145-152)

AUTOR: Miguel Suárez Bustamante



Miguel A. Suárez-Bustamante



Elementos de
**Atención Primaria y
Medicina Familiar**

TOMO 1

**Contenidos diferenciales y conexión
con la salud pública**



no pocas realidades, el especialista en AP asume la responsabilidad de coordinar y gestionar la atención de salud que reciben sus pacientes. Ello implica: 1) completar los movimientos administrativos y burocráticos usualmente demandados a estos establecimientos y Unidades de AP, 2) garantizar una adecuada calidad de la atención en tales espacios, 3) asegurar un relativo control sobre los gastos de atender la oferta de salud, de modo que se mantengan en niveles razonables, y 4) tratar con las aseguradoras y otros sistemas de compensación públicos y privados, cumpliendo los requisitos para que tales fondos de financiación de los servicios, fluyen sin obstáculos.

Por supuesto que sabemos que no en todas las realidades estos roles serán válidos, y habrán otras donde incluso existen más roles que los aquí mostrados, particularmente considerando el gran desorden en la oferta de servicios de los sistemas fragmentados de la región. No obstante, ellos representan una especie de promedio que permite visualizar los notables desafíos que encarnan dichos roles, en muchos países Latinoamericanos.

II.3.3 Diferencias entre la práctica del médico general y la de los Especialistas en MF/F

“El doctor del futuro no prescribirá medicinas, sino que se interesará por el paciente en el contexto de su marco humano, por su dieta, y por las causas y la prevención de enfermedades”

Thomas A. Edison

Una de las preguntas más comunes formuladas por quienes entran en contacto con nuestra disciplina por primera vez, versa sobre

¿Cuáles son las diferencias entre el médico general, cuya única formación fue ofrecida durante el pregrado en la Escuela de medicina, y los Especialistas en MF/F?

Tal pregunta tiene sentido pues, como se explica en la Subsección II.1.4.B, se supone que los Programas de pregrado deberían formar personal capaz para trabajar en la AP una vez egresados. Sin embargo, las enormes brechas de competencias presentes al acabar sus programas, revisadas en las mismas subsecciones, hace que tal esfuerzo sea poco viable.

Para responder a tal interrogante, vamos a partir de revisar los reconocidos Principios para los Médicos de familia propuestos por el profesor McWhinney —Ver Cuadro 9—, y que emplearemos para definir el ideal a alcanzarse por los Especialistas en MF/F.

Cuadro 9. Principios para los Especialistas en Medicina de Familia/Familiar, según McWhinney

- 1- El médico de familia está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial.
- 2- El médico de familia se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad
- 3- El médico de familia ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención/educación para la salud
- 4- El médico de familia ve a su práctica como una “población en riesgo”
- 5- El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud
- 6- Idealmente, el médico de familia debe compartir el mismo hábitat de sus pacientes
- 7- El médico de familia ve a sus pacientes en las casas como en el consultorio y el hospital
- 8- El médico de familia es gerente de recursos
- 9- El médico de familia agrega importancia a los aspectos subjetivos de la medicina

Basados en la estructura ofrecida por los mencionados principios, pasaremos a analizar el ejercicio promedio de los médicos generales, y así encontrar algunas pistas que nos ayuden a entender tales diferencias.

Los mencionados principios son listados a continuación, con algunos comentarios para esclarecer mejor su significado, particularmente en el contexto Latinoamericano.

1. *El médico de familia está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial:* Dadas las características de los especialistas en MF/F, ellos se ocupan de la resolución de problemas de salud prevalentes en los individuos, familias o comunidades, más allá del género, edad, órgano o sistema afectado. En ese sentido, ellos se diferencian de los especialistas lineales, en que no tienen que decir “lo siento, eso no es mi especialidad”, pues es su responsabilidad todo lo que concierne a su paciente —incluso cuando debe referir al mismo, por un tiempo, a servicios de mayor complejidad.

Para lograr sus objetivos, los especialistas en MF/F no sólo trabajan con protocolos y guías basados en la última evidencia disponible (²⁰), para atender las enfermedades de sus

²⁰ Diversos aspectos relacionados con los protocolos y guías basados en evidencia, la MBE y puntos asociados, son descritos con mayor detalle en los Tomos 2 y 8 de esta obra, y otros documentos técnicos de TEAM-MF-APS.

pacientes, sino que desarrollan una comunicación efectiva con ellos, que favorece la adherencia a sus recomendaciones terapéuticas y la adopción y sostenimiento de estilos de vida saludables.

- 2. El médico de familia se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad:* El personal formado en MF/F trasciende el modelo biomédico que ofrece una visión fragmentada del individuo, al poner el foco en lo biológico y no en las otras dimensiones de la persona, también críticas para su salud. En ese sentido, tales especialistas se apoyan en el modelo biopsicosocial, bajo cuyo manto trabajan: 1) en la esfera “bio”, relacionada con la recuperación de problemas en órganos, aparatos y sistemas, actuando para ello de acuerdo al paradigma científico vigente, 2) en la esfera “psico”, relacionada al mundo interior del paciente e impacto en lo mental, así como sus interrelaciones personales con quienes lo rodean, y 3) en la esfera social, que responde a la calidad de la integración de la persona con su contexto, y la influencia del ambiente y la comunidad, en la salud individual.

En este marco es posible la unión de lo físico y tangible con lo que no lo es, y se hace natural la participación de la familia en cuidados de su salud del paciente.

- 3. El médico de familia ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud:* Este atributo se complementa con aquel que se verá a continuación, alentando la total identificación de riesgos existentes tanto en la persona como en el ambiente, para luego implementar medidas preventivas que los compensen o neutralicen.

Al mismo tiempo, los especialistas en MF/F buscan que sus pacientes puedan contar con el más amplio conocimiento de las medidas preventivas que les permitan desarrollar un óptimo autocuidado de su salud. Para tal fin, ellos emplean sus dotes para la adecuada comunicación con sus pacientes y familias.

Tales especialistas toman en consideración el rol del grupo familiar como soporte para lograr la recuperación de su salud de los pacientes con autonomía limitada, o para la adquisición y mantenimiento de conductas favorables, así como para su adherencia al calendario de medidas para la prevención de la salud.

- 4. El médico de familia ve a su práctica como una «población en riesgo»:* Los especialistas en MF/F deben ser expertos en responder a los principales riesgos a los que está expuesta la

población local, reconociendo desafíos sanitarios inherentes del lugar donde habitan.

En dicho marco, tal especialista debe contar con un espectro de habilidades médicas variado y numeroso, que los habilitan para:

- Ofrecer las medidas para la prevención de la salud recomendadas para su etapa del ciclo vital,
- Manejar las presentaciones clínicas tempranas, para evitar que enfermedades nocivas se instalen plenamente, o se desarrollen con posterioridad,
- Prevenir las complicaciones de enfermedades crónicas como las ENTs. Ello evitará los enormes gastos inherentes al cuidado de pacientes complicados, algo que es parte de la mayor costo efectividad de la MF/F.
- Profundizar su acción en el contexto de sus familias a cargo, idealmente empleando criterios epidemiológicos, para lograr su activa participación en el control de riesgos que los atañen.

5. *El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud:* Los especialistas en MF/F reconocen adecuadamente sus límites de competencia, empleando las interconsultas, referencias y/o derivaciones de sus pacientes a niveles de mayor complejidad, de acuerdo a la naturaleza del problema y sin perder el vínculo con ellos. En ese sentido, favorecen un funcionamiento en red de los servicios del nivel primario y secundario.

Además, para enfocar las necesidades de salud con substrato comunitario, los especialistas en MF/F establecen alianzas con las comunidades, tomando conocimiento de sus características socio-culturales y ambientales. Idealmente, ellos impulsan la Programas Comunitarios —Ver Subsección III.3.2— para diseñar, implementar y evaluar, del modo más participativo posible, actividades y programas desarrollados para impactar en los problemas de salud de la comunidad.

6. *Idealmente, el médico de familia debe compartir el mismo hábitat de sus pacientes:* Al analizar este principio, no debemos tomarlo en el sentido literal, ya que, en la actualidad, es rara esta figura del especialista en MF/F residiendo en el mismo vecindario que sus pacientes, salvo en algunas zonas rurales. Por el contrario, creemos que “compartir el mismo hábitat”, debe significar no ser indiferentes al impacto de amenazas mundiales que se concretan a nivel local. Algunos ejemplos son el calentamiento global, la contaminación de los

ríos, la polución industrial y de la minería informal, etc. En ese sentido, el interés de los profesionales debe incluir el hábitat de la población que atiende, su medio ambiente y ecosistema, su cultura, su espacio laboral, etc.

Además, ellos deben estar atentos a la preservación del patrimonio tangible e intangible en sus alrededores. Deben, igualmente, solidarizarse con quienes habitan las zonas aledañas a su ámbito de influencia, del mismo modo en que lo harían con sus vecinos, si enfrentasen riesgos semejantes.

7. *El médico de familia ve a sus pacientes en los domicilios, así como en el consultorio y el hospital:* Los especialistas en MF/F prestan cuidados longitudinales, encadenando la información pasada y presente. Ellos actúan sobre eventos clínicos y otros tipos de cuidados, ofrecidos a lo largo del tiempo, en contextos diferentes y complementarios, tanto intra como extramurales. Para tal fin, abordan las múltiples necesidades de salud que un individuo o una familia padecen o han padecido, idealmente atendiéndolos en los escenarios donde sea necesario.
8. *El médico de familia es gerente de recursos:* Los especialistas en MF/F optimizan los procedimientos de gerencia de actividades regulares, para optimizar los servicios de AP ofrecidos por el equipo de salud. Además, al generar iniciativas para mejorar la organización estructural y funcional de los establecimientos a su cargo, ponen las bases para hacer realidad los Atributos de la AP —Ver Subsección I.2.2.A. Así, su trabajo complementario debe promover activamente la oferta de prestaciones con adecuada integralidad, coordinación, continuidad, con calidad y eficiencia, etc. Ellos, igualmente, adhieren a las reformas sanitarias y otras iniciativas para adaptar innovadoramente las prácticas y procesos actualmente existentes. De ese modo, buscan adecuar los Sistemas de Salud al espíritu de la AP, favoreciendo así, una mayor resolutivez para su práctica.
9. *El médico de familia agrega importancia a los aspectos subjetivos de la medicina:* Los especialistas en MF/F prestan atención al mundo interior de los pacientes, realizando, además, una exploración atenta de las características de la familia y su entorno social, para verificar el impacto que estos elementos de substrato emocional pueden tener sobre los problemas de salud por los cuales nos consultan.

Los anteriores principios nos ofrecen un punto de referencia para verificar, hasta qué punto, los médicos generales comparten

su afinidad por las acciones de los especialistas en MF/F, resumidas en los mencionados principios.

No obstante, antes de plantearse a continuación, la comparación entre el comportamiento promedio de los médicos generales, y las conductas previamente planteadas, debemos explicar nuestra intencionalidad. Así, al cotejar los estilos de trabajo de ambos tipos de profesional, no nos mueve una intencionalidad negativa, como menospreciar las características de su labor, ni mucho menos asumir que ellos, voluntariamente, adquieren tales estilos de trabajo. Por el contrario, nuestra motivación es exponer tales divergencias como una línea de meta para los mencionados colegas. Así, lo vemos, como el modo de revisar el promedio de desempeños de colegas que potencialmente podrían ser candidatos a especialista en MF/F, enfatizando lo que obtendrán con dicha especialización.

Pasemos entonces a describir, las nueve características de los médicos generales que, por oposición, los diferencian de los especialistas en MF/F.

1. *El médico general suele enfocarse en responder a la demanda puntual:* Dado que no hay una conexión directa entre el médico general y su población de usuarios, su máximo objetivo es que el paciente salga satisfecho con la prescripción recibida. En consecuencia, ellos actúan como si todos los problemas fuesen directamente manejables empleando el Abordaje biomédico convencional —Ver Subsección II.1.4.A—y el enfoque de Atención orientada a la patología, y diversas afectaciones detrás de la queja inmediata de los pacientes.
2. *El médico general se conforma con atender a la queja principal:* Dado que los médicos generales no necesariamente persiguen la resolutivez, ellos suelen emplear el “Foco en la esfera física pura de la Persona” o “en el problema” —Ver Subsección III.4—, no considerando a la persona como un todo. En ese sentido, tales profesionales asignan poco valor al trabajo sobre la familia o al contexto, pues según el modelo biomédico —Ver Subsección II.1.4.A—, su relevancia para explicar la queja traída por el paciente, es mínima.
3. *El médico general no invierte un tiempo especial en recomendaciones ligadas a la prevención:* Dado que sus consultas suelen ceñirse a la rutina clínica convencional, no hay suficiente tiempo como para abordar el mantenimiento de la salud o riesgos futuros. Para tales profesionales, el recojo de información se centra en temas recuperativos, con

prioridad absoluta para el diagnóstico y la entrega de la prescripción, que son los momentos casi exclusivos de la consulta. En las pocas recomendaciones preventivas dadas a los pacientes, estas se ofrecen en tono casi impositivo-punitivo, tratándolos como pasivos receptores de sus indicaciones.

4. *No existe una conexión particular entre el médico general y el colectivo del cual proceden sus pacientes:* Para estos médicos no existe una “población de pacientes o usuarios”, sino que ellos, igualmente podrían venir, cada uno, de diferentes puntos de la ciudad o diferentes ciudades. Entonces, al considerarlos como seres aislados, sin portar sustrato o vinculación común, la mirada hacia ellos no es de cercanía, sino de distancia.
5. *Para el médico general no existe más punto de oferta de servicios que la sala donde atiende y más receptor que la persona que tiene enfrente:* Los únicos miembros de la red de servicios con los que interactúan estos médicos generales son los profesionales, auxiliares médicos, y otros miembros que le dan soporte durante su consulta.
Por añadidura, el médico general no trabaja con las familias ni con la comunidad, ni los reconoce como sujetos de su acción potencial, sino que sólo se concentra en el paciente que el prestador tiene enfrente.
6. *No hay vínculo entre el médico general y los pacientes que atiende:* El único punto de intersección entre el médico y quienes atiende, se da en el momento de la consulta, no habiendo ninguna vinculación en los protagonistas del intercambio, antes o después de ella. En ese sentido, la relación entre sus usuarios y el propio clínico se configura como cualquier transacción en el marco de la oferta de un servicio, y la relación dura lo que dura dicha interacción consulta.
7. *No hay ninguna continuidad en la acción de los médicos generales para con sus pacientes:* Es significativamente poco probable que un médico general atienda a sus pacientes en repetidas oportunidades, y si ello ocurriese, probablemente cada oportunidad los vería como si fuese la primera vez — particularmente porque los registros empleados no ayudan a este fin—. En consecuencia, además de no coincidir con sus pacientes fuera del establecimiento de salud donde trabajan, no hay contacto con su entorno familiar o comunitario.
8. *El médico general actúa como si los recursos fueran ilimitados:* Así como no hay una implicación mínima con el

entorno de los pacientes, igualmente suele haberla con el sistema donde el profesional se desempeña—con la natural excepción de quienes ejercen la jefatura de su establecimiento—. Ello lleva a que la cantidad de recursos que el paciente y su familia deba invertir para una atención específica, o que el establecimiento deba gastar, le sea relativamente indiferente.

9. *El médico general no ejerce su acción más allá de la esfera orgánica del paciente:* En su labor como consultante, la guía fundamental del médico general es el modelo biomédico y actúa como si sólo existiese la esfera orgánica del paciente. De ese modo, ellos obvian los aspectos subjetivos de la experiencia del paciente, y los problemas relacionados al estrés u otras afectaciones psicológicas, son dejadas sin considerar.

Entonces, en los párrafos anteriores hemos querido contrastar el modo de actuar de los médicos generales y el ideal para los especialistas en MF/F. Es nuestro deseo que dichas brechas se vayan cerrando, y los médicos generales comiencen a desempeñarse cada vez más como especialistas en la AP, aun si ellos no pudiesen seguir la especialidad en MF/F.

**Una publicación de la Unidad Técnica
para el Entrenamiento, Mejoramiento y
la Actualización en Medicina Familiar,
Atención Primaria y Salud Global**

**Libro: “ELEMENTOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA Y MEDICINA FAMILIAR”**

AUTOR: Miguel Suárez Bustamante

Disponible para su compra en:

https://www.amazon.com/dp/B0G24CML26?ref=pe_93986420_774957520

Reseña disponible en:

<https://team-mf-aps.org/pbs/>

