



Revista Mexicana de MEDICINA FAMILIAR

Órgano oficial de la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar

Volumen 9, Número 2, Abril – Junio 2022 – ISSN: 2007-9710

Reconocimiento

Editorial

Resistencia antimicrobiana y el rol de atención primaria

Gloria Córdoba

Carta al editor

El amor como base de una relación efectiva entre médico y paciente

Marianela R. Calvis-González

Artículos originales

Salud mental en personal en formación durante la pandemia COVID-19 en un hospital de Querétaro

Luz D. Terrazas-Rodríguez, Jonathan Mondragón-Orozco y Daniel Sandoval-Lozano

Barreras para el desarrollo de investigación en medicina familiar en Iberoamérica: revisión sistemática

José G. Río-de-la-Loza-Zamora y Geovani López-Ortiz

Artículo histórico para la medicina familiar

¿Por qué es importante la certificación vigente? El caso de medicina familiar

Zitlalli Portillo-García, Alejandra Palacios-Hernández, Héctor Tecuanhuey-Tlahuel, Ana R. Figueroa-Chavira, Sara de J. López-Salas, José L. Huerta-González, Liliana Ovando-Diego, Juan J. Mazón-Ramírez, Octavio N. Pons-Álvarez, Miguel A. Fernández-Ortega, Javier Domínguez-del-Olmo, Ma. Emiliana Avilés-Sánchez, Verónica Román-Arrijoja, Miguel López-Lozano, Minerva P. Hernández-Martínez, y Carlos A. Rivero-López

Ensayo

Modelos de atención centrados en la persona: evolución de conceptos humanizadores de nuestras prácticas

Patricio J. Cacace y Gustavo Giménez-Lascano



PERMANYER MÉXICO
www.permanyer.com



Revista Mexicana de MEDICINA FAMILIAR

Órgano oficial de la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar



Volumen 9 - No. 2

Abril - Junio 2022

ISSN: 2007-9710

<http://www.revmedicinafamiliar.org/>

Director general

Gad Gamed Zavala Cruz

Editor en jefe

José Manuel Ramírez Aranda

Co-editoras

Issa Gil Alfaro
Azucena Maribel Rodríguez González

Aná María Salinas
Jeannie Haggerty

Consejo editorial

Kyle Hoedebecke
Oliva Mejía Rodríguez

María Valeria Jiménez Báez
Diana Carvajal

Comité editorial

Nacional

Enrique Villarreal Ríos
Ismael Ramírez Villaseñor
Raúl Hernández Ordóñez
Francisco Gómez Clavelina
Homero de los Santos Reséndiz
María de Lourdes Rojas Armadillo

Asesor estadístico

Marco Vinicio Meza Gómez
Neri Alejandro Álvarez Villalobos

Internacional

Lilian Gelberg MD, MSPH (Estados Unidos de América)
Rosanna D'Addosio Valera (Venezuela)
Niurka Taureaux Díaz (Cuba)
María Sofía Cuba Fuentes (Perú)
José Saura Llamas (España)
Flor María Ledesma Solache (Venezuela)

Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar

Junta directiva 2021-2023

Presidente Gad Gamed Zavala Cruz
Secretario general José Antonio Tzab Ortiz

Vicepresidente Aurora García López
Tesorera María Esther Reyes Ruiz

Coordinaciones técnicas

Congresos María Elena Guadalupe Casillas García
Sub coord. Congresos Alberto del Moral Bernal
Coord. Administrativa Juan Alejandro Thomas Moreno
Sub Coord. Administrativa Elías Hernández Cornelio
Coord. de Imagen Institucional y proyectos especiales (Difusión)
Georgina Farfán Salazar
SubCoord. de Imagen Institucional y proyectos especiales (Difusión)
Fernanda del Rocío Delgado Cuevas

Investigación Virgilio Gómez Rodríguez
Subcoord. Investigación Francisco Antonio Martínez Villa
Educación Rosalba Mendoza Rivera
Sub Coord. Educación Rodrigo Villaseñor Hidalgo
Editor en Jefe Revista Mexicana de Medicina Familiar
José Manuel Ramírez Aranda
Co-editora RMMF Azucena Maribel Rodríguez González
Co-editora RMMF Issa Gil Alfaro

Coordinadores regionales

Noreste Ana Marlend Rivas Gómez
Occidente Demetrio Salvador Vázquez Vázquez
Centro Oriente Mariana Pacheco Juárez

Noroeste Ana Lilia Hernández Hernández
Centro Mónica Viviana Martínez Martínez
Sureste Ludvick Torres López

CONSEJO DE CERTIFICACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

Presidente
Minerva Paulina
Hernández Martínez
Secretario
Miguel López Lozano
Tesorera
Verónica Román Arrijoa

Comité examinador
María Emiliana Avilés Sánchez
Carlos Alonso Rivero López

Comité de normas mínimas
Juan José Mazón Ramírez

Comité consultivo
Georgina Farfán Salazar
Octavio Noel Pons

Comité de recepción y revisión de documentos
Aurora Del Villar Barrios
Marcelino Bonaga González

Comité de relaciones científicas
Isaías Hernández Torres



PERMANYER
www.permanyer.com

La *Revista Mexicana de Medicina Familiar* (RMMF) es el órgano de difusión de la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar (FedMexMF), organización de los médicos familiares que integra legalmente a las Sociedades Médicas de esta profesión.

La Revista tiene el objetivo de ser un modelo de publicación científica alentador, que difunda a través de escritos con calidad, originalidad y aplicabilidad, la actualidad en el desarrollo del conocimiento y quehacer de la medicina familiar en el campo de la atención a la salud-enfermedad, la investigación, la gestión y la docencia médica; que orienten y formen criterios entre los profesionales responsables de la solución de problemas en salud de las personas, las familias y la comunidad.

Toda la correspondencia debe ser dirigida al editor responsable: José Manuel Ramírez Aranda, edicion.rmmf2017@gmail.com, a la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar, A.C., Anáhuac 60, col. Roma Sur, Cuauhtémoc, CP:06760 Ciudad de México. Teléfono y fax: 01 (55) 56721996. Para consultar las instrucciones de autor completas, por favor visite la web de la revista: <http://www.revmedicinafamiliar.org/authors-instructions.php>

Reservas de Derechos al Uso Exclusivo No. 04–2014–051910591900–102, otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Certificado de Licitud de Título y Contenido No. 16321 otorgado por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación.

Indexada en LATINDEX, DOAJ y CLASE-PERIÓDICA.

ISSN: 2007-9710

Los trabajos originales deberán ser depositados en su versión electrónica en el siguiente URL, donde además podrán consultarse los lineamientos editoriales:

<http://publisher.revistamexicanademedicinafamiliar.permanyer.com>



Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios y/o hallazgos propios y conclusiones de los autores, quienes son responsables de las afirmaciones. En esta publicación podrían citarse pautas posológicas distintas a las aprobadas en la Información Para Prescribir (IPP) correspondiente. Algunas de las referencias que, en su caso, se realicen sobre el uso y/o dispensación de los productos farmacéuticos pueden no ser acordes en su totalidad con las aprobadas por las Autoridades Sanitarias competentes, por lo que aconsejamos su consulta. El editor, el patrocinador y el distribuidor de la obra, recomiendan siempre la utilización de los productos de acuerdo con la IPP aprobada por las Autoridades Sanitarias.



Permanyer
Mallorca, 310 – Barcelona (Cataluña), España
permanyer@permanyer.com

Permanyer México
Temístocles, 315
Col. Polanco, Del. Miguel Hidalgo
11560 Ciudad de México
Tel.: +52 55 2728 5183
mexico@permanyer.com



www.permanyer.com

ISSN: 2007-9710

Ref.: 6940AX212

La *Revista Mexicana de Medicina Familiar* es *open access* con licencia *Creative Commons*.
Las opiniones, resultados y conclusiones son las de los autores.

El editor y la editorial no son responsables de los contenidos publicados en la revista.

© 2022 Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar. Publicado por Permanyer.
Es una publicación *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Revista Mexicana de MEDICINA FAMILIAR

Órgano oficial de la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar



ÍNDICE

Volumen 9, Número 2, Abril – Junio 2022

Reconocimiento	37
Editorial	
Resistencia antimicrobiana y el rol de atención primaria <i>Gloria Córdoba</i>	38
Carta al editor	
El amor como base de una relación efectiva entre médico y paciente <i>Marianela R. Calvis-González</i>	41
Artículos originales	
Salud mental en personal en formación durante la pandemia COVID-19 en un hospital de Querétaro <i>Luz D. Terrazas-Rodríguez, Jonathan Mondragón-Orozco y Daniel Sandoval-Lozano</i>	43
Barreras para el desarrollo de investigación en medicina familiar en Iberoamérica: revisión sistemática <i>José G. Río-de-la-Loza-Zamora y Geovani López-Ortiz</i>	49
Artículo histórico para la medicina familiar	
¿Por qué es importante la certificación vigente? El caso de medicina familiar <i>Zitlalli Portillo-García, Alejandra Palacios-Hernández, Héctor Tecuanhuey-Tlahuel, Ana R. Figueroa-Chavira, Sara de J. López-Salas, José L. Huerta-González, Liliana Ovando-Diego, Juan J. Mazón-Ramírez, Octavio N. Pons-Álvarez, Miguel A. Fernández-Ortega, Javier Domínguez-del-Olmo, Ma. Emiliana Avilés-Sánchez, Verónica Román-Arrijoja, Miguel López-Lozano, Minerva P. Hernández-Martínez, y Carlos A. Rivero-López</i>	59
Ensayo	
Modelos de atención centrados en la persona: evolución de conceptos humanizadores de nuestras prácticas <i>Patricio J. Cacace y Gustavo Giménez-Lascano</i>	63



Revista Mexicana de MEDICINA FAMILIAR

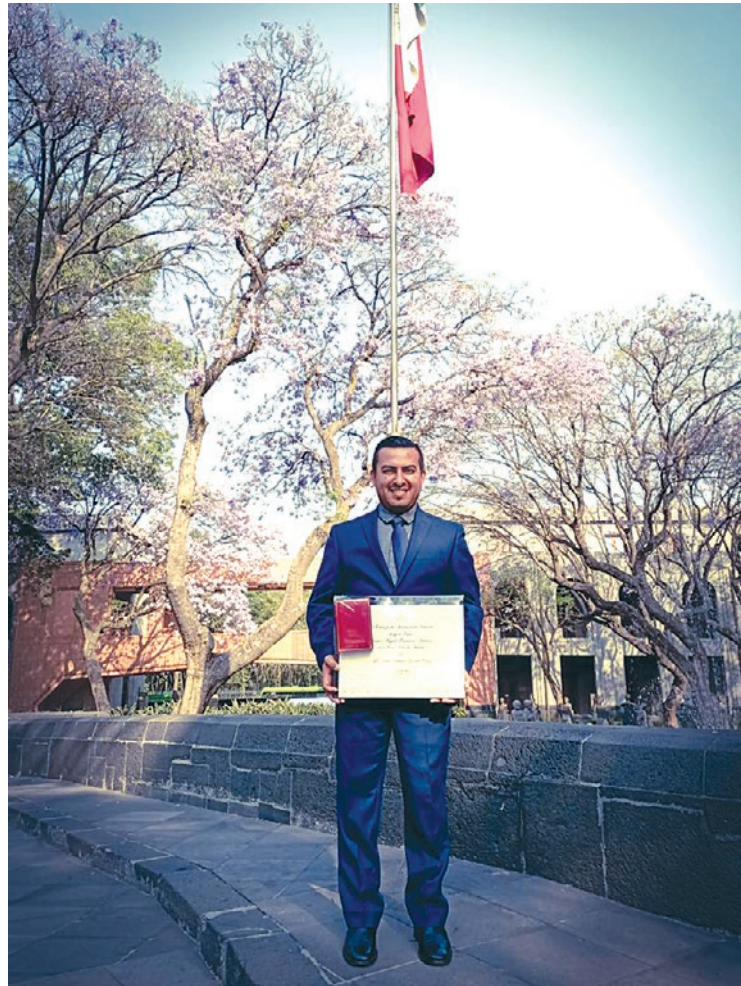
Órgano oficial de la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar



INDEX

Volume 9, Issue 2, April – June 2022

Acknowledgment	37
Editorial	
Antimicrobial resistance and the role of primary care <i>Gloria Córdoba</i>	38
Letter to the editor	
Love as the basis of an effective relationship between doctor and patient <i>Marianela R. Calvis-González</i>	41
Original articles	
Mental health of training practitioners during COVID-19 pandemic in a hospital in Querétaro <i>Luz D. Terrazas-Rodríguez, Jonathan Mondragón-Orozco, and Daniel Sandoval-Lozano</i>	43
Barriers for development research in family medicine in Iberoamerica: A systematic review <i>José G. Río-de-la-Loza-Zamora and Geovani López-Ortiz</i>	49
Historical article for family medicine	
Why is the current certification important? Family medicine case study in Mexico <i>Zitlalli Portillo-García, Alejandra Palacios-Hernández, Héctor Tecuanhuey-Tlahuel, Ana R. Figueroa-Chavira, Sara de J. López-Salas, José L. Huerta-González, Liliana Ovando-Diego, Juan J. Mazón-Ramírez, Octavio N. Pons-Álvarez, Miguel A. Fernández-Ortega, Javier Domínguez-del-Olmo, Ma. Emiliana Avilés-Sánchez, Verónica Román-Arrijoja, Miguel López-Lozano, Minerva P. Hernández-Martínez, and Carlos A. Rivero-López</i>	59
Essay	
Person centered models of care: Evolution and transformation of a humanizing concepts in our practice <i>Patricio J. Cacace and Gustavo Giménez-Lascano</i>	63



La Revista Mexicana de Medicina Familiar se congratula en felicitar a nuestro líder, Presidente de la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes de Medicina Familiar, el Mtro. Gad Gamed Zavala Cruz, quien recibió el día 7 de abril del 2022, el Premio Nacional al Mérito Médico Dr. Miguel Francisco Jiménez, del Consejo de Salubridad Nacional, en el marco del Día Mundial de la Salud. Nos unimos a la gran familia de la Federación en este merecido reconocimiento.



Disponible en internet: 26-05-2022
Rev Mex Med Fam. 2022;9:37

2007-9710 / © 2022 Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

RESISTENCIA ANTIMICROBIANA Y EL ROL DE ATENCIÓN PRIMARIA *ANTIMICROBIAL RESISTANCE AND THE ROLE OF PRIMARY CARE*

Gloria Córdoba^{1,2*}

¹Unidad Científica, Centro Internacional para Soluciones a la Resistencia Antimicrobiana (ICARS); ²Sección de Medicina General y Familiar, Instituto de Salud Pública, Universidad de Copenhague. Copenhague, Dinamarca

Un estudio reciente publicado en la reconocida revista *The Lancet*¹ estima que en el 2019 alrededor de 1.2 millones de personas murieron debido a infecciones bacterianas resistentes a antibióticos, mucho más que las muertes reportadas por sida o malaria en ese mismo año. Esta cifra nos confirma que la resistencia antimicrobiana (RAM) no es un problema del futuro, sino que es un problema del presente que requiere de la implementación inmediata de acciones concretas y sostenibles adaptadas a los contextos socioculturales y económicos de cada país. La implementación de estas acciones concretas requiere como mínimo entender las causas y dinámica de transmisión de la RAM, con el fin de comprender qué tipo de acciones pueden desacelerar el incremento de la RAM, y quién es responsable de la implementación y sostenibilidad de estas acciones de mitigación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la RAM como el proceso que se produce cuando los microorganismos cambian a lo largo del tiempo y dejan de responder a los antimicrobianos². Un subtipo de RAM es la resistencia a los antibióticos, en el cual las bacterias mutan y, por lo tanto, los antibióticos se vuelven inefectivos. En este punto es importante aclarar que el desarrollo de resistencia a los antibióticos es un fenómeno natural; sin embargo, acciones humanas como el uso excesivo e inapropiado de antibióticos acelera e incrementa este proceso natural.

Se podría pensar que la solución es priorizar acciones enfocadas al descubrimiento y desarrollo de nuevos antibióticos; no obstante, esta no es una solución fácil y es costosa. Por lo cual, en el momento, los antibióticos son un recurso limitado y debemos enfocar esfuerzos a utilizar de la mejor

Correspondencia:

*Gloria Córdoba

E-mail: gloriac@sund.ku.dk

Disponible en internet: 26-05-2022

Rev Mex Med Fam. 2022;9:38-40

manera posible los antibióticos existentes. Es por ello que la OMS en el 2015 declaró la optimización de la utilización de antibióticos como uno de los cinco pilares de acción para combatir el desarrollo y transmisión de la RAM³. Sin embargo, uno de los grandes retos, y diría yo, paradojas de las acciones enfocadas a optimizar el empleo de antibióticos es que aún la mayoría de las acciones y, por tanto, recursos, se han centrado en el establecimiento de programas de optimización de antibióticos a nivel hospitalario. Aunque loable e importante, la verdad es que la mayoría del uso excesivo e inapropiado de antibióticos ocurre fuera de los hospitales. Se estima que alrededor del 80% del consumo humano de antibióticos sucede en atención primaria y/o a nivel comunitario. Por lo tanto, es relevante reflexionar sobre los retos que tendrán que ser superados para poder lograr la implementación de acciones sostenibles y de alto impacto en el ámbito de la atención primaria.

El primer reto que hay que superar es la falta de visibilización de atención primaria como área fundamental de acción para mitigar el desarrollo y transmisión de la RAM. Las guías actuales de la OMS para implementación de programas de optimización de antibióticos solo aplican al ámbito hospitalario⁴. Esto responde, entre otras cosas, a la complejidad de implementar estos programas en un sector donde la infraestructura tecnológica es muy precaria, y, por lo tanto, no es posible mantener bases de datos actualizadas para vigilancia sobre uso de antibióticos o incidencia de infecciones resistentes. La falta de información conlleva la inacción, pues no se puede tener una idea precisa de la magnitud del problema, por lo cual se pierde potencial para proveer argumentos concretos que convencen a los diferentes actores de la importancia de concentrar esfuerzos en atención primaria.

El segundo reto es lograr una comunicación efectiva entre los diferentes actores llamados a solucionar el problema (gobierno, profesionales de la salud, usuarios del sistema de salud). Por ejemplo, la OMS lanzó

en el 2019 el listado AWaRe⁵ (*Access, Watch, Reserve*). Este listado sugiere que todos los antibióticos pertenecientes al grupo *Access* deben estar disponibles en todas las instituciones de salud, ya que son efectivos en las infecciones más comunes y tienen bajo potencial para desarrollo de RAM. Los antibióticos en el grupo *Watch* deben ser usados en indicaciones muy concretas y los antibióticos en el grupo *Reserve*, los cuales tienen alto potencial para desarrollo de RAM, deben ser considerados como última opción de tratamiento y prácticamente nunca deberían ser usados en atención primaria. La implementación de la lista AWaRe requiere que se realicen guías de manejo clínico consensuadas entre los entes regulatorios gubernamentales y las asociaciones profesionales para asegurar que los antibióticos que pertenecen al grupo *Access* sean los antibióticos de primera elección. Además, se necesitará de una socialización y explicación a los usuarios, ya que hoy en día existe una creencia muy arraigada en la sociedad en cuanto a que los antibióticos del grupo *Access*, en especial las penicilinas, no son tratamientos efectivos o de alta calidad.

El tercer reto es incrementar la evidencia de soluciones adaptadas a cada contexto teniendo en cuenta no solo el impacto clínico, sino también el impacto económico y de aceptabilidad entre los actores. Retomando el ejemplo del uso de la penicilina como primera opción de manejo en la mayoría de las infecciones adquiridas en la comunidad, no únicamente hay reticencia por parte de los pacientes, sino también por parte de los médicos. Aduciendo que la evidencia sobre la efectividad de la penicilina proviene de países de alto ingreso con poblaciones no comparables a las de países de mediano o bajo ingreso, los profesionales de la salud no están dispuestos a aceptar el regreso de la penicilina como primera opción de tratamiento. Este es solamente un breve ejemplo de la importancia de crear nuestra propia evidencia, pues puede ser que al final las diferencias biológicas entre poblaciones no sean tan pronunciadas como se cree, pero

las consideraciones económicas y las barreras/facilitadores que impacten la sostenibilidad de las acciones sí son propias de cada contexto. Así que no es posible avanzar sin generar nuestro propio cuerpo de conocimiento.

En resumen, los profesionales de atención primaria tenemos un rol protagónico en la mitigación de la RAM. En las manos de los profesionales de atención primaria está la visibilización de los retos y priorización de soluciones, donde se logre entender que la implementación y sostenibilidad de soluciones debe tener en cuenta la relación médico-paciente, en la cual el médico tiene la doble tarea de responder a las necesidades inmediatas de su paciente al mismo tiempo

que responde a la necesidad social de mitigar el desarrollo de la RAM.

BIBLIOGRAFÍA

1. Murray CJ, Shunji Ikuta K, Sharara F, Swetschinski L, Robles Aguilar G, Gray A, et al.; Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *Lancet*. 2022;399(10325):629-55.
2. Organización Mundial de la Salud. Resistencia a los antimicrobianos [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/antimicrobial-resistance>
3. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2016. Disponible en: 9789243509761-spa.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Programas de optimización de los antimicrobianos en instituciones sanitarias de los países de ingresos bajos y medianos. Manual práctico de la OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2020. Disponible en: 9789240003057-spa.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. AWaRe classification [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/2021-aware-classification>

EL AMOR COMO BASE DE UNA RELACIÓN EFECTIVA ENTRE MÉDICO Y PACIENTE

LOVE AS THE BASIS OF AN EFFECTIVE RELATIONSHIP BETWEEN DOCTOR AND PATIENT

Marianela R. Calvis-González*

Departamento de Docencia Médica, Servicio de Medicina Familiar, Policlínico Pedro del Toro Saad, Holguín, Cuba

Sr. Editor:

Leí el artículo de Ramírez-Villaseñor I¹. Qué oportuno traer un tópico a su revista sobre una herramienta que aprendemos desde que inicia nuestra vida en la carrera de medicina en primer año, y que debe acompañarnos durante toda nuestra actividad profesional: la relación médico-paciente con poder terapéutico.

Excepto la relación amorosa y la relación madre-niño, tal vez ninguna otra relación entre seres humanos haya motivado tanto interés a lo largo de la historia como la relación médico-paciente, considerado como eje vertebrador de la profesión médica, y que moviliza poderosas fuerzas humanas: fe, esperanza, confianza, fortaleza moral y aceptación de la adversidad (la enfermedad) como fenómeno vital y como experiencia racional².

La función de atención integral a la salud del individuo, como parte de las funciones que forman parte del perfil profesional, comprende los conocimientos y habilidades para llevar a cabo las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación del individuo, la familia y la comunidad.

Además de dichas funciones, se requiere aprender a establecer una comunicación efectiva, asertiva y empática con el paciente, desarrollando la asertividad, que nos

permita hablarle con calma desde diferentes puntos de vista y llegar a un mejor entendimiento mutuo; y al ser empáticos, le hagamos sentir que nos duele lo que le pasa, que compartimos su sufrimiento y que juntos saldremos adelante^{3,4}.

Hoy día, el desarrollo de la ciencia en general y de la ciencia médica en especial comporta la tendencia a la ultraespecialización, que conduce a que se pierda de vista la integridad y la complejidad del ser humano, la sofisticación creciente de los procedimientos de diagnóstico y terapia impone una suerte de barrera tecnológica entre el médico y el paciente^{2,5}. Estos, entre otros elementos, han hecho que se vea afectada dicha relación y que el paciente y/o familia no se sientan apoyados. Quizás existe una inadecuada percepción por parte del profesional de la salud del efecto (para bien o para mal), que sus palabras y acciones tienen sobre la vida del paciente y la familia y la evolución de su enfermedad.

En el caso de las enfermedades agudas y crónicas, motivar al paciente para asegurar la adherencia del tratamiento y clarificar el plan terapéutico³ también requiere este enfoque. Comunicar y sensibilizar a la población en su conjunto de la importancia de las resistencias, y de hacer un uso adecuado de los antibióticos; así como formar a los

Correspondencia:

*Marianela R. Calvis-González
E-mail: nelacg2019@gmail.com

Fecha de recepción: 26-03-2022
Fecha de aceptación: 07-04-2022

Disponible en internet: 26-05-2022
Rev Mex Med Fam. 2022;9:41-2
DOI: 10.24875/RMF.22000023

profesionales sanitarios, no solo en la cuestión técnica, sino también en la comunicación dentro de la relación médico-paciente, en el uso de herramientas de análisis de la adherencia y de motivación para su mejora⁶, son necesarias para la obtención adecuada de los objetivos trazados.

Cuando el paciente es un niño, existe un mediador; de ser así, la madre o el adulto que acude a la consulta con el niño. En el caso de la mujer, como paciente obstétrica, esta es muy susceptible y se encuentra muy frágil en su estado, por lo que la relación médico-paciente se debe construir lo más temprano posible⁷; quizá desde que la mujer se encuentra en estado fértil, en la consulta de riesgo preconcepcional para ir creando una relación de seguridad y confianza. Los pacientes geriátricos buscan en la relación con el médico la comprensión, el afecto y la ayuda ante las limitaciones que la vida les genera producto del envejecimiento⁷.

Especial cuidado requieren aquellos casos con enfermedades neoplásicas, discapacitantes o invalidantes; así como aquellos casos con enfermedades terminales, en las que se requiere un adecuado manejo al dar un diagnóstico, teniendo en cuenta las características psicosociales del paciente para recibir un diagnóstico de ese tipo. El médico puede salvar, pero también con un juicio dado de una forma incorrecta, puede causar ansiedad, depresión, en el paciente y en la familia, momento a partir del cual será más difícil el manejo.

Deben construirse puentes reales que ayuden al paciente a encarar cualquier situación, ya sea médica, psicológica o social. Debemos ser capaces de establecer una relación, en la que lejos de causarle un daño al paciente, podamos motivarlo para que sea partícipe activo con nuestra ayuda y asuma la responsabilidad sobre el cuidado de su salud, que cambie la autopercepción que tiene sobre su enfermedad con la que muchas veces llega a la consulta.

Sería muy acertado crear un instrumento educativo que capacite a los estudiantes no solo de pregrado, sino también de

posgrado para que sean capaces de crear ese ambiente de empatía entre médico y paciente que se inicia en la primera consulta y que debe mantenerse durante cada uno de los encuentros, que serán excelentes oportunidades para sembrar salud y ofrecer esperanza. Los cuatro principios bioéticos dados por la autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia son fundamentales. Añadiría, además, realizar capacitaciones a los profesionales de la salud en cada uno de los departamentos con vistas a crear conciencia de la importancia y relevancia que tiene este tema.

De manera general se pudo apreciar en el artículo que el amor es la base que lleva a que cada acción se transforme en bálsamo para los corazones. El amor a nuestra profesión y al prójimo que llega a nosotros depositando toda su confianza, y que se traduce en empatía, comprensión, afecto y humanismo, es el motor impulsor para que la relación médico-paciente pueda ejercer un buen efecto terapéutico.

FINANCIAMIENTO

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimo de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramírez-Villaseñor I. La enseñanza de la relación médico-paciente con poder terapéutico: enfocado con la teoría fundamentada constructivista. *Rev Mex Med Fam.* 2022;9(1):20-30.
2. Alfonso Mendoza F. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Rev Peru Ginecol Obste.* 2017;63(4):555-64.
3. Vega Hurtado C. Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2020;58(2):197-201.
4. Berger R, Bulmash B, Drori N, Ben-Assuli O, Herstein R. The patient-physician relationship: an account of the physician's perspective. *Isr J Health Policy Res.* 2020;9:33.
5. Mejía Estrada A, Romero Zepeda H. La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Rev Med Electron.* 2017;39(1):832-42.
6. Baños Jiménez JA, Baquero Úbeda JA, Bátiz Cantera J, Borrell i Carrió F, Callizo Silvestre A, Casado Blanco M, et al. Manual de la relación médico paciente [Internet]. España Foro de la Profesión Médica de España: 2019. Disponible en: <https://coma.es/manual-de-la-relacion-medico-paciente/>
7. Franco Fernández MA, Tello Pisco ME, Chávez Reyes JG, Barreto Zambrano IA. La complejidad en la relación médico paciente: Una mirada actual. *Recimundo.* 2019;3(1):90-107.

SALUD MENTAL EN PERSONAL EN FORMACIÓN DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN UN HOSPITAL DE QUERÉTARO

MENTAL HEALTH OF TRAINING PRACTITIONERS DURING COVID-19 PANDEMIC IN A HOSPITAL IN QUERÉTARO

Luz D. Terrazas-Rodríguez^{1*}, Jonathan Mondragón-Orozco² y Daniel Sandoval-Lozano³

¹Centro de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEFD); ²Departamento de Psiquiatría, Hospital General Regional 1; ³Unidad de Medicina Familiar N.º 16. Instituto Mexicano del Seguro Social, Santiago de Querétaro, Qro., México

RESUMEN: Antecedentes: La pandemia por enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) podría aumentar los trastornos mentales del personal de salud en formación. **Objetivo:** Identificar el nivel de riesgo para la salud mental en personal de salud en formación durante la pandemia COVID-19 en Querétaro. **Material y métodos:** Estudio transversal descriptivo en un hospital de segundo nivel. El tamaño de muestra fue 220; el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Los participantes firmaron carta de consentimiento informado. Se aplicó un instrumento para tamizaje de salud mental en COVID-19 durante junio del 2020. El análisis estadístico se realizó con medidas de tendencia central, frecuencias, porcentajes e intervalos de confianza al 95%. **Resultados:** La edad promedio fue 25.67 ± 3.61 ; 52.7% fueron mujeres, 65.9% correspondió a médicos internos de pregrado. De acuerdo con el estado civil, 90.9% estaba soltero y 53.2% pertenecía a familia nuclear. 25.9% fue originario de Querétaro. La frecuencia global de nivel de riesgo se reportó para violencia en 43.2%, suicidio 15%, consumo de sustancias 35.9%, estrés agudo 48.2%, ansiedad generalizada 45%, distanciamiento y enojo 44.1%, evitación y tristeza 35.5%, y ansiedad de salud 40.5%. **Conclusiones:** Se presentó prevalencia importante para condicionantes de alta letalidad: violencia, suicidio y consumo de sustancias.

Palabras clave: Salud mental. COVID-19. Personal de salud en formación.

ABSTRACT: Background: The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic may increase mental disorders in training health practitioners. **Objective:** To identify the level of mental health risk in training health practitioners during the COVID-19 pandemic in Querétaro. **Material and methods:** Cross-sectional descriptive study in a second level hospital. The sample size was 220, the sampling was non-probabilistic for convenience. The participants signed an informed consent letter. An instrument for mental health screening in COVID-19 was applied during June 2020. The statistical analysis was performed with measures of central tendency, frequencies, percentages and 95% confidence intervals. **Results:** The average age was 25.67 ± 3.61 , 52.7% were women, 65.9% were undergraduate medical interns. According to marital status, 90.9% are single and 53.2% live with a nuclear family. 25.9% were originally from Querétaro. The global frequency of risk level was reported for violence in 43.2%, suicide 15%, substance use 35.9%, acute stress 48.2%, generalized anxiety 45%, estrangement and anger 44.1%, avoidance and sadness 35.5% and health anxiety 40.5%. **Conclusions:** An important prevalence was presented for conditions of high lethality: violence, suicide and substance use.

Keywords: Mental health. COVID-19. Training health practitioners.

Correspondencia:

*Luz D. Terrazas-Rodríguez
E-mail: luz.terrazas@imss.gob.mx

Fecha de recepción: 14-04-2021
Fecha de aceptación: 18-01-2022

Disponible en internet: 26-05-2022
Rev Mex Med Fam. 2022;9:43-8
DOI: 10.24875/RMF.21000041

INTRODUCCIÓN

Una pandemia es un fenómeno que amenaza la salud mental de pacientes infectados, su familia y el personal médico. En el gremio sanitario pueden desarrollarse funciones paradójicas, cargadas de fatiga y deshumanización. Previo al inicio de la pandemia la salud mental del personal médico asistencial era ya una crisis de salud pública, estimándose que el 50% ya confrontaba fatiga emocional¹⁻⁴.

El personal de salud en formación (médicos internos de pregrado y médicos residentes) suele afrontar situaciones críticas a la salud mental: alimentación deficiente, horarios excesivos de trabajo, hostigamiento, violencia, acoso, humillación, degradación, discriminación por género, pobre apoyo social y maltrato por parte del personal de salud de la institución⁵⁻⁷.

La pandemia actual puede aumentar los elementos estresores del personal de salud becario. Procurar su salud mental ante situaciones de emergencia es también una estrategia para hacer más eficiente el combate contra la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19)⁸⁻¹⁰.

La salud mental tiene manifestaciones en la funcionalidad del individuo en la sociedad. La Organización Panamericana de la Salud la define de la siguiente manera: «estado de bienestar en el cual se es consciente de las propias capacidades, capaz de afrontar las tensiones cotidianas, de trabajar de forma fructífera y competente para hacer una contribución a la sociedad»¹¹⁻¹⁶.

Actualmente existe una encuesta de autoevaluación del nivel de riesgo a la salud mental durante la pandemia por COVID-19 en la población mexicana y el personal médico, realizada por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz y la Secretaría de Salud Federal. Esta evalúa datos sociodemográficos y de aislamiento, identificadores de estrés, depresión, suicidio y consumo de sustancias¹⁴.

Dicho instrumento se diseñó con el propósito de reducir la brecha existente entre el momento de tener riesgo a la salud física y mental, y el momento de realizar una intervención basada en la evidencia que interrumpa este, dirigido específicamente a la promoción de la salud durante el tiempo de pandemia actual¹⁴.

Esta herramienta de tamizaje está sustentada en el programa de acción para superar las brechas en salud mental. Su propósito es que la población sea capaz de autoevaluar su salud mental; y su premisa principal consiste en que los individuos sean capaces de asumir su responsabilidad sobre ella^{14,16}.

El personal médico en formación ha estado expuesto a niveles importantes de estrés durante la pandemia de COVID-19. Las razones incluyen el presenciar de primera mano el sufrimiento humano, el riesgo inherente a la salud, la urgencia de tomar decisiones vitales para los pacientes, las cargas asistenciales aumentadas, la carencia de recursos y el distanciamiento de la familia. El personal de salud en formación es particularmente vulnerable. Establecer protocolos de tamizaje, diagnóstico y tratamiento para el cuidado de la salud mental en los implicados en la respuesta a la contingencia no solo es de vital importancia, sino un acto de justicia social¹⁷.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en el personal de salud en formación de un hospital de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Querétaro, México, durante el mes de junio del 2020.

El tamaño de muestra se calculó con la fórmula para población infinita, con un nivel de confianza al 95%, con un margen de error 0.05, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Los participantes firmaron carta de consentimiento informado, la cual se encuentra en poder del autor de correspondencia. Se estudiaron variables sociodemográficas; nivel de riesgo para violencia, suicidio, consumo de sustancias,

Tabla 1. Características sociodemográficas

Característica		n = 220			
		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
				Inferior	Superior
Sexo	Femenino	104	47.3	40.7	53.9
	Masculino	116	52.7	46.1	59.3
Estado civil	Soltero	200	90.9	87.1	94.7
	Casado	14	6.4	3.2	9.6
	Unión libre	6	2.7	0.6	4.8
Categoría	Médico interno de pregrado	145	65.9	59.6	72.2
	Médico residente	75	34.1	27.8	40.4
Entidad de procedencia	Querétaro	57	25.9	20.1	31.7
	Foráneo	163	74.1	68.3	79.9
Integrantes del círculo familiar	Familia nuclear	117	53.2	46.6	59.8
	Terceros	54	24.5	18.8	30.2
	Solo	49	22.3	16.8	27.8

IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

estrés agudo, ansiedad generalizada, distanciamiento y enojo, ansiedad de salud, evitación y tristeza.

Se utilizó el Instrumento Oficial para la Detección de Riesgos a la Salud Mental por COVID-19 de la Secretaría de Salud, la Facultad de Psicología de la UNAM y el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz; el cual consta de 42 preguntas que exploran nivel de riesgo a la salud mental en el transcurso del último mes¹⁴.

Esta herramienta ha demostrado tener validez por parámetros de evaluación psicométrica de constructo mediante una estrategia de modelamiento de ecuación estructural, en la cual se pudo identificar que los dominios que incluye la encuesta tienen la conformación esperada como se planteó de manera tecnológica.

Las preguntas que evalúan el nivel de riesgo (32 reactivos) de evitación y tristeza, estrés agudo, distanciamiento y enojo, ansiedad de salud y ansiedad generalizada se puntúan del 0 al 10. Para cada parámetro se hace una sumatoria aritmética y según el resultado se clasifica: sin riesgo, riesgo mínimo, riesgo bajo y riesgo alto. Las preguntas

que evalúan violencia, consumo de sustancias y suicidio (10 reactivos) se puntúan con Sí/No. Para cada parámetro se considera: con riesgo y sin riesgo¹⁴.

El estudio se realizó sin presiones de tiempo y especificando que no habría implicaciones educativas o laborales entre el sujeto de estudio y el instituto. El consentimiento informado se asegura en anonimato. Este estudio se registró y fue aceptado ante el sistema de registro electrónico de la coordinación de investigación en salud del IMSS.

RESULTADOS

Se encuestaron 220 individuos, con un promedio de edad de 25.6 ± 3.61 . El 52.7% fueron mujeres, el 65.9% fueron médicos internos de pregrado. El 90.9% era soltero. El 53.2% pertenecía a familia nuclear. En cuanto a su procedencia, el 25.9% de los encuestados eran originarios de Querétaro (Tabla 1).

La frecuencia global de riesgo para violencia se reportó en un 43.2%, para suicidio en un 15%, y para consumo de sustancias en un 35.9%. Para otros rubros fue como sigue:

Tabla 2. Nivel de riesgo para violencia, suicidio y consumo de sustancias

Dimensión de riesgo	n = 220							
	Con riesgo		IC 95%		Sin riesgo		IC 95%	
	F	%	Inferior	Superior	F	%	Inferior	Superior
Violencia	95	43.2	36.7	49.7	125	56.8	50.3	63.3
Suicidio	33	15.0	10.3	19.7	187	85.0	80.3	89.7
Consumo de sustancias	79	35.9	29.6	42.2	141	64.1	57.8	70.4

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; F: frecuencia.

Tabla 3. Nivel de riesgo para estrés agudo, ansiedad generalizada, distanciamiento y enojo, ansiedad de salud y evitación y tristeza

Dimensión de riesgo	n = 220									
	Sin riesgo		Riesgo mínimo		Riesgo bajo		Riesgo medio		Riesgo alto	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Estrés agudo	114	51.8	56	25.5	33	15.0	15	6.8	2	0.9
Ansiedad generalizada	121	55.0	36	16.4	29	13.2	21	9.5	13	5.9
Distanciamiento y enojo	123	55.9	61	27.7	23	10.5	11	5.0	2	0.9
Ansiedad de salud	131	59.5	46	20.9	22	10.0	14	6.4	7	3.2
Evitación y tristeza	142	64.5	53	24.1	20	9.1	4	1.8	1	0.5

F: frecuencia.

estrés agudo 48.2%, ansiedad generalizada 45%, distanciamiento y enojo 44.1%, ansiedad de salud 40.5%, y evitación y tristeza 35.5% (Tablas 2 y 3).

DISCUSIÓN

Este estudio se realizó en un hospital híbrido (atención médica propia del segundo nivel y atención de pacientes con diagnóstico de COVID-19) del IMSS, donde el personal de salud en entrenamiento realiza rotaciones por los servicios de urgencias, primer contacto, medicina interna, cirugía, pediatría, ginecología y obstetricia.

La distribución por sexo y edad fue similar a lo reportado en una publicación que estudió rasgos depresivos en una población de 70 médicos internos de pregrado en un hospital de segundo nivel en Mexicali. Se hace énfasis en la necesidad de buscar datos sociodemográficos, además del diagnóstico de patologías mentales en los médicos

becarios. En el presente estudio se describen lugar de procedencia, estado civil, el círculo familiar de los sujetos de estudio y variables como riesgo de suicidio, violencia y consumo de sustancias⁵.

En el distanciamiento y enojo se evalúa la dificultad para conciliar el sueño, mientras que en el estrés agudo se considera el miedo de adquirir la enfermedad por COVID-19; su prevalencia es mayor a la reportada por otros autores, como en la India, cuyos rangos se encuentran entre el 12.5 y 37.8% respectivamente¹.

Cabe señalar que la falta de unificación de criterios para la utilización de instrumentos de medición por parte de los diferentes autores como son cuestionarios y escalas de medición impide comparar los resultados entre los estudios que abordan el nivel de riesgo a la salud mental. De igual forma, la terminología utilizada difiere y

hay heterogeneidad en los resultados entre publicaciones^{5,6}.

En un estudio, previo a la aparición de la pandemia de COVID-19, en médicos residentes del Perú se reporta que el cansancio emocional, vivir solo y tener baja realización personal incrementan los niveles de síntomas depresivos. A su vez se menciona que lo reportado en la literatura no puede ser generalizable a diferentes realidades hospitalarias. Los planes de investigación e intervención deben ser realizados en cada centro basado en la severidad del nivel de riesgo encontrado⁶.

El internado de pregrado y la residencia médica son una transición académica y asistencial en donde se tienen escenarios estresores. Cuando a esto se suma el reto de afrontar un fenómeno social y cíclico como lo es una pandemia, es posible que los métodos de afrontamiento de estrés sean insuficientes⁴⁻⁶.

El presente estudio tiene como limitante el haber empleado un instrumento de tamizaje y no una prueba diagnóstica; por ello se canalizó a los participantes en quienes se reportó un grado alto de nivel de riesgo a la salud mental para su complementación diagnóstica y terapéutica al servicio de psiquiatría, mismo que fue conformado en el instituto para la atención del personal médico asistencial durante la pandemia. Además, a todos los encuestados se les facilitó infografía con medidas de autocuidado de salud mental.

Por lo anterior es importante que se continúe con estudios sobre el nivel de conocimiento, actitudes y factores de riesgo a la salud mental del personal de salud en formación. El miedo y la ansiedad relacionada con la pandemia pueden influir en el devenir de esta especie de emergencias sanitarias^{5,8}.

Los aspectos psicológicos y sociales de esta pandemia deben ser coordinados como prioridad nacional e internacional, sobre todo en grupos vulnerables. Actualmente el abordaje de la salud mental durante la

pandemia por COVID-19 es descoordinado, existiendo una plétora de información³.

La debilidad del presente estudio fue no haber realizado el tamizaje de niveles de riesgo a la salud mental en diferentes momentos de la estancia hospitalaria como, por ejemplo, al inicio, a media rotación y al final de su servicio. La fortaleza de la investigación es que, a la par del tamizaje de riesgos a la salud mental, se canalizó a un servicio asistencial apropiado según la estratificación de riesgo para su complementación diagnóstica y terapéutica.

CONCLUSIONES

Se presentó una prevalencia importante de alto nivel de riesgo a la salud mental para condiciones de alta letalidad, a saber: violencia, suicidio y consumo de sustancias. La frecuencia global de condicionantes patológicas se encontró con grado de riesgo en cerca de la mitad de los encuestados. Es preciso establecer a futuro protocolos de tamizaje y seguimiento de patologías de salud mental en personal de salud en formación durante situaciones de emergencia como la que se vive actualmente.

FINANCIAMIENTO

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimo de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roy D, Tripathy S, Kar SK, Sharma N, Verma SK, Kaushal V. Study of knowledge, attitude, anxiety and perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian J Psychiatr.* 2020;51:102083.
2. De Pierro J, Lowe S, Katz C. Lessons learned from 9/11: Mental health perspectives on the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res.* 2020;14:1-10.
3. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey, I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(6):547-60.
4. Prescott K, Baxter E, Lynch C, Jassal S, Bashir A, Gray J. COVID-19: How prepared are front line healthcare workers in England? *J Hosp Infect.* 2020;105(2):142-5.
5. Palmer Y, Prince R, Medina MCR, López D. Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. *Inv Ed Med.* 2017;6(22):7579.
6. Huarcaya-Victoria J, Calle-González R. Influencia del síndrome de burnout y características sociodemográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general. *Educación médica.* 2019;22(suppl 2):142-6.
7. Yeen H, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res.* 2020;288:112954.
8. Santarone K, McKenney M, Elkbuli A. Preserving mental health and resilience in frontline healthcare workers during COVID-19. *Am J Emerg Med.* 2020;38(7):1530-1.
9. Qiang C, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(2020):15-6.
10. Xuqun Y. A guidance manual on mental health during the NCP outbreak [Internet]. Shaanxi Normal University General Publishing House; 2020. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/483449022/A-Guidance-Manual-on-Mental-Health-During-the-NCP-Outbreak-SHAANXI-NORMAL-UNIVERSITY>
11. Ibáñez JE, Alberdi I, Diaz M. Perspectivas Internacionales en salud mental ante la pandemia por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020;2:111-3.
12. Liang Y, Chen M, Zheng X, Liu J. Screening for Chinese medical staff mental health by SDS and SAS during the outbreak of COVID-19. *J Psychosom Res.* 2020;133:110102.
13. Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. Mental health problems faced by health care workers due to the COVID-19 pandemic-A review. *Asian J Psychiatr.* 2020;51:102119.
14. Morales S. El cuidado de la salud mental y apoyo psicosocial en el contexto de la actual emergencia sanitaria por COVID-19. Tema: Estrategia de atención psicológica comunitaria y de primer nivel. Curso virtual. México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México; 2020.
15. Mira JJ. Pandemia COVID-19: Y ahora ¿qué? *J Healthc Qual Res.* 2020;35(3):133-5.
16. Mukhtar S. Mental health and emotional impact of COVID-19: Applying Health Belief Model for medical staff to general public of Pakistan. *Brain Behav Immun.* 2020;87:28-9.
17. Barajas-Ochoa A, Andrade-Romo JS, Ramos-Santillán VO. Retos para la educación médica en México en los tiempos del COVID-19. *Gac Med Mex.* 2020;156(3):254-7.

BARRERAS PARA EL DESARROLLO DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR EN IBEROAMÉRICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

BARRIERS FOR DEVELOPMENT RESEARCH IN FAMILY MEDICINE IN IBEROAMERICA: A SYSTEMATIC REVIEW

José G. Río-de-la-Loza-Zamora y Geovani López-Ortiz*

Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM, Ciudad de México, México

RESUMEN: Objetivo: Identificar las principales barreras para el desarrollo de investigación en medicina familiar en Iberoamérica a partir de artículos publicados en idioma español. **Métodos:** Se realizó una revisión sistemática de acuerdo con la guía PRISMA 2020. Se seleccionaron artículos originales, publicados hasta octubre de 2021, que abordaran barreras existentes para el desarrollo de investigación en medicina familiar. Se consultaron las bases de datos ScienceDirect, Scielo y Google Scholar. Los artículos se clasificaron de acuerdo con la localidad, tipo de estudio, tamaño de muestra y principales barreras detectadas. La calidad de los artículos se evaluó mediante las listas de chequeo Newcastle-Ottawa y CASP. **Resultados:** De un total de 207 artículos identificados, nueve cumplieron con los criterios de selección. Se identificaron como principales barreras la falta de capacitación en metodología científica, falta de tiempo, ausencia de apoyo institucional, falta de estímulos y falta de tutores capacitados. **Conclusiones:** Las barreras y limitaciones se centran en la falta de capacitación en residentes y profesores para desarrollar investigación, así como la falta de tiempo y apoyo institucional, entre otras. Se requieren estrategias integrales para atenuar el efecto de las barreras aquí detectadas a fin de fortalecer la investigación en medicina familiar.

Palabras clave: Investigación. Medicina familiar. Promoción de la investigación. Educación médica.

ABSTRACT: Objective: To identify main barriers for the development of research in family medicine in Iberoamerica from articles published in Spanish. **Methods:** A systematic review was performed according to PRISMA 2020. Original articles were selected, published until October 2021, which addressed existing barriers to the development of research in family medicine. The review was carried out through ScienceDirect, Scielo, and Google Scholar databases. Article's classification was made according to the locality, type of study, sample size, and main barriers detected. The quality of articles that met the selection criteria was assessed according to the Newcastle-Ottawa and CASP checklists. **Results:** 207 articles were identified, nine met the selection criteria. Most of the studies identified lack of training in research methodology, time, institutional support, incentives, and trained tutors as the main barriers to research development. **Conclusions:** Common barriers and limitations were identified in the analyzed studies, which focused on the lack of training for students and teachers to develop research, as well as the lack of time and institutional support, among others. Comprehensive strategies are required to mitigate the effect of the barriers detected to strengthen research in family medicine.

Keywords: Research. Family medicine. Research promotion. Medical education.

Correspondencia:

*Geovani López-Ortiz

E-mail: geovani.lorz@fmposgrado.unam.mx

Fecha de recepción: 30-10-2021

Fecha de aceptación: 26-02-2022

Disponible en internet: 26-05-2022

Rev Mex Med Fam. 2022;9:49-58

DOI: 10.24875/RMF.21000125

INTRODUCCIÓN

La importancia de la medicina familiar dentro de los sistemas de salud se ve reflejada en el decremento del uso de los servicios de urgencias, hospitalizaciones y tasas de mortalidad¹; sin embargo, esto contrasta con el desarrollo y difusión de conocimiento en esta especialidad. Al respecto se ha señalado que existen barreras y limitaciones para realizar investigación, algunas de las cuales llevan más de 25 años sin ser subsanadas en países como México²⁻⁶, esto limita el impacto de la medicina familiar dentro de los sistemas de salud^{3,4,7}.

Desde el surgimiento de la medicina familiar en Iberoamérica, su producción científica ha sido escasa. El bajo nivel de financiamiento por parte de las instituciones públicas y de la iniciativa privada, la falta de infraestructura tecnológica y de comunicación, así como la falta de formación y cultura enfocada a la investigación han sido las principales causas de esta problemática en países como Argentina, Brasil y México^{8,9}. El desarrollo de revisiones sistemáticas que aborden esta situación es pertinente para identificar los factores que afectan esta actividad, a fin de generar estrategias institucionales y educativas para atenuarla.

En este contexto, el papel de la investigación en la formación médica es fundamental para promover la generación de conocimiento. Se ha señalado que sin una formación en investigación adecuada no se desarrollarán médicos familiares con interés hacia la investigación, redes de investigación o infraestructura de investigación de calidad¹⁰, este aspecto debería ser atendido dentro de la política pública de países que tienen rezagos importantes en este rubro, toda vez que la atención médica de alta calidad se sustenta en investigaciones de alta calidad, las cuales deben ser promovidas dentro del campo de la atención primaria^{11,12}. Lo anterior implica que para poder alcanzar altos estándares de atención en medicina familiar es impostergable implementar estrategias que fortalezcan la

investigación; pero también es necesario identificar aquellos factores que obstaculizan su ejecución⁷. Dado este escenario, el objetivo de la presente revisión sistemática fue identificar las principales barreras que impiden el desarrollo de investigación en medicina familiar en Iberoamérica a partir de artículos publicados en idioma español.

MÉTODOS

Para la realización de este estudio se empleó la guía de comprobación *Preferred Reporting Items For Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) 2020¹³. Se realizó revisión de la literatura y se sintetizó la evidencia disponible sobre el tema de interés siguiendo los pasos de búsqueda, selección, recopilación, cribado y análisis de la bibliografía por pares de manera independiente. Se incluyeron para la revisión y análisis crítico artículos originales en español que cumplieran los siguientes criterios de selección: abordar las principales barreras y limitaciones para el desarrollo de investigación en medicina familiar durante la residencia o en el ejercicio profesional. Se excluyeron ensayos, opiniones, editoriales y artículos especiales.

Se consultaron de forma directa y mediante acceso vía Internet hasta octubre de 2021 las siguientes bases de datos: ScienceDirect, Scielo y Google Scholar, a partir de búsquedas avanzadas de algoritmos diseñados con palabras clave y operadores booleanos sin aplicación de filtros, incluyendo restricción de tiempo. Originalmente los algoritmos de búsqueda incluían las palabras: investigación, medicina familiar, Iberoamérica, barreras, limitaciones, obstáculos, problemas, médicos familiares, residencia en medicina familiar, entre otras; pero debido al alto número de citas obtenidas no relacionadas con el objetivo de este trabajo ($n > 100,000$ para Google Scholar), la búsqueda quedó circunscrita a los siguientes algoritmos de búsqueda: “medicina familiar” AND “investigación” para ScienceDirect y Scielo e “investigación en medicina familiar” para Google Scholar;

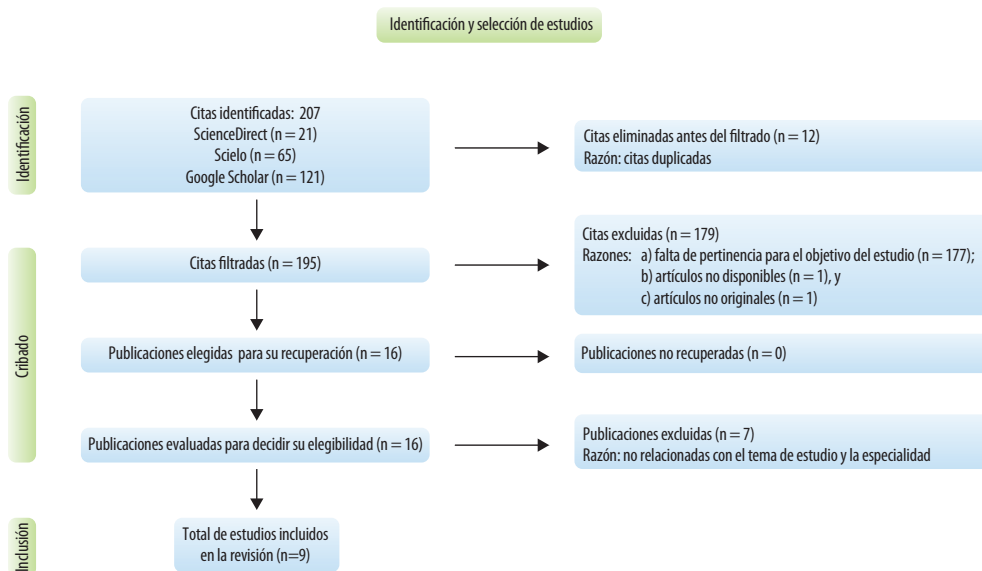


Figura 1. Diagrama de flujo de acuerdo con la guía *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) para la estrategia de búsqueda.

en PubMed no se encontraron artículos que cumplieran los criterios de selección.

En la revisión primaria se identificaron 207 artículos, se eliminaron 12 artículos duplicados, posteriormente se filtraron 195, de los cuales se eliminaron 186 con base en la pertinencia del título y resumen de acuerdo con el objetivo de estudio, finalmente se seleccionaron nueve artículos. Todo el análisis se realizó por pares de manera independiente; las controversias fueron resueltas mediante discusiones centradas en la pertinencia de los artículos para este estudio (Fig. 1).

La calidad de los artículos seleccionados se evaluó mediante las listas de chequeo de acuerdo con el *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) para estudios cualitativos y la Escala de Evaluación de la Calidad de Newcastle-Ottawa adaptada para estudios transversales¹⁴⁻¹⁶. En relación con el CASP, el procedimiento consistió en dar respuesta a preguntas dentro de las siguientes categorías: validez, resultados y aplicabilidad, obteniendo los siguientes intervalos de puntajes: 8, alta calidad; 5 a 7, calidad media, e ≤ 4 , baja calidad. Su interpretación se enfoca en la calidad del reporte y metodología, y no en la validez de la investigación.

Respecto a la lista de Newcastle-Ottawa, se valoran enunciados agrupados dentro de las siguientes categorías: selección, comparabilidad y desenlace, otorgando un máximo de cinco, dos y tres estrellas, respectivamente, en la cual se obtienen los siguientes intervalos de puntajes: 9 a 10 puntos, estudios muy buenos; 7 a 8 puntos, estudios buenos; 5 a 6 puntos, estudios satisfactorios; y de 0 a 4 puntos, estudios no satisfactorios.

Finalmente, los artículos incluidos se agruparon de acuerdo con los siguientes descriptores: país y año de publicación, tamaño y composición de la muestra, principales barreras detectadas, así como al tipo de estudio referido, limitaciones y puntaje en relación con la valoración crítica.

RESULTADOS

Se identificaron 207 artículos potencialmente relevantes para este estudio; tras un proceso de filtrado y elegibilidad fueron seleccionados nueve que cumplieron con los criterios de selección.

Al concluir el proceso de selección y revisión, se identificó que los estudios incluidos fueron conducidos en México, Paraguay y España; la mayoría fueron en México (n =

5). Los diseños de estudio se distribuyeron de la siguiente manera: estudio transversal ($n = 7$), estudio cualitativo ($n = 1$), y estudio cuasiexperimental ($n = 1$). De 2,324 profesionales de la salud que participaron en los estudios incluidos, 1,531 eran médicos familiares (65.9%), 550 residentes de medicina familiar (23.7%), 243 profesionales o estudiantes de otras áreas de la salud (10.4%). No se identificaron artículos originales que abordaran esta problemática antes de 2003, el último estudio fue de 2020. La tabla 1 muestra las principales barreras para el desarrollo de investigación identificadas en los estudios analizados.

Una vez identificadas las barreras y limitaciones de los estudios analizados, se procedió a realizar una clasificación de acuerdo con la frecuencia referida en dichos estudios; la principal barrera señalada en estos fue la falta de formación en investigación durante el pregrado o la residencia médica, seguida de la falta de tiempo y de estímulos, así como tutores no capacitados en aspectos de investigación. La figura 2 muestra las diferentes barreras existentes, así como la cantidad de estudios que reportaron la misma problemática.

Respecto a la recolección y análisis de datos, el método más frecuente fue el cuestionario autoadministrado, mediante el cual se analizaron variables como edad, sexo, grado académico y formación en metodología de la investigación, entre otras. Respecto a la calidad metodológica de los artículos de corte transversal se obtuvo un promedio de puntaje, mediante la escala Newcastle-Ottawa, de 4.71/10 (± 0.48), cinco artículos fueron clasificados como satisfactorios, mientras que dos de ellos no fueron satisfactorios. En cuanto al estudio cualitativo ($n = 1$) se obtuvo un puntaje de 6, lo cual se interpreta como un estudio de calidad media. Finalmente, en relación con el estudio cuasiexperimental ($n = 1$) se omitió el proceso de valoración crítica debido a la ambigüedad de los métodos de evaluación de la calidad metodológica disponibles para este diseño de estudio. La tabla 2 muestra el

proceso de valoración crítica para cada estudio incluido, así como limitaciones intrínsecas señaladas por sus autores.

Por otro lado, con el objetivo de determinar el envejecimiento u obsolescencia de las referencias bibliográficas incluidas en la presente revisión sistemática, se estimaron los indicadores bibliométricos de Burton-Kebler y Price^{24,25}; se obtuvo una mediana de año de publicación de 2011, y un porcentaje de artículos con menos de cinco años de publicación del 22.22%, respectivamente; asimismo, la moda del año de publicación fue de 2016.

La presente revisión sistemática presentó un nivel de evidencia IIb con un grado de recomendación B mediante la clasificación de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)^{26,27}.

DISCUSIÓN

La consolidación de la medicina familiar, así como su fortalecimiento, dependerá de su capacidad para generar conocimiento mediante la investigación⁷; sin embargo, contrario a esta visión, en la mayoría de los países iberoamericanos predomina una baja productividad científica en esta disciplina médica, en contraste con el impacto que esta tiene en los sistemas de salud^{1,2,28,29}. Llama la atención la cantidad limitada de artículos originales que abordaron la problemática aquí expuesta. Tan solo en Latinoamérica hay más de 400 millones de personas; un gran porcentaje de estas son atendidas por médicos familiares; sin embargo, la investigación en medicina familiar en varios de estos países no solo no se fomenta, sino que es prácticamente inexistente. Muchos países de la región se encuentran en los últimos lugares en cuanto a productividad científica en esta área médica³⁰, por lo que identificar las causas subyacentes de este fenómeno debería ser una prioridad. Ahora bien, parte de estos hallazgos pueden ser atribuidos al uso del idioma español para realizar la presente revisión, no obstante, este idioma es el principal vehículo de comunicación para

Tabla 1. Resumen de los estudios revisados sobre barreras que impactan en el desarrollo de investigación en medicina familiar

Referencia	País y año	Tamaño de muestra	Resultados principales
Ramírez-Aranda et al., 2003 ⁴	México 2003	173 médicos de atención primaria (65 médicos familiares)	Escasa capacitación en metodología de la investigación durante el ejercicio profesional Baja productividad científica Falta de información sobre la difusión de investigaciones Falta de conocimiento sobre temas relacionados con investigación Falta de apoyo institucional y de estímulos Falta de tiempo para realizar investigación
Cevallos García et al., 2004 ¹⁷	España 2004	174 médicos de atención primaria (97 especialistas en medicina familiar y comunitaria)	Presión asistencial Escasez de tiempo Deficiencias estructurales (bibliotecas, computadoras, etc.) Ausencia de líneas de investigación multicéntricas Falta de incentivos Ausencia de motivación Escaso reconocimiento a la labor de investigación Falta de preparación en metodología de la investigación
Bugarín-González et al., 2005 ¹⁸	España 2005	1,369 médicos familiares	La falta de actividades docentes y el no realizar tesis impactan de forma negativa en la difusión de conocimiento (asociación estadísticamente significativa)
Ramírez-de la Roche et al., 2008 ¹⁹	México 2008	80 residentes de tercer año de medicina familiar	Poco apoyo del asesor de tesis Presión para terminar la tesis Turnos laborales excesivos Cansancio debido a la demanda asistencial Poca prioridad para la enseñanza Comunicación deficiente entre personal de salud Falta de recursos e infraestructura Ausentismo laboral que propicia carga de trabajo para los residentes
Esquivel et al., 2012 ²⁰	México 2010	81 residentes de medicina familiar	Violencia verbal por parte del tutor durante las asesorías de investigación Falta de reconocimiento de limitaciones presentes en el alumno por parte del tutor Relación tutor-residente deteriorada Falta de preparación docente por parte de los tutores de proyectos de investigación
López, 2016 ²¹	México 2016	46 participantes (20 residentes de medicina familiar)	Tiempo destinado a formación en metodología de la investigación y a la elaboración del protocolo de estudio limitado en el plan de estudios Limitaciones metodológicas atribuidas a escasez de profesores capacitados Aptitud en lectura crítica de artículos escasa atribuida a falta de cultura de lectura científica Percepción limitada sobre la relevancia de la investigación y poco interés en esta actividad Formación en metodología de la investigación insuficiente para continuar de forma autónoma con la actividad de investigación

(Continúa)

Tabla 1. Resumen de los estudios revisados sobre barreras que impactan en el desarrollo de investigación en medicina familiar (continuación)

Referencia	País y año	Tamaño de muestra	Resultados principales
Torales et al., 2016 ²²	Paraguay 2016	20 residentes de medicina familiar	Baja participación en investigación durante la residencia atribuida a falta de tiempo Escasa formación en metodología de la investigación, bioestadística y redacción científica Falta de tutor Falta de interés y de ideas para desarrollar investigación Ausencia de apoyo institucional y de recursos económicos
Torales et al., 2017 ²³	Paraguay 2017	50 médicos residentes (18 residentes de medicina familiar)	Conocimiento limitado sobre métodos básicos de estadística, epidemiología e investigación Falta de capacitación en metodología de la investigación Escasos programas de educación médica continua en investigación, sistemáticos y estructurados
López-Ortiz et al., 2020 ⁷	México 2020	331 residentes de medicina familiar	Limitación idiomática como barrera para la búsqueda de información y actualización de conocimiento Formación en investigación durante el pregrado escasa y poco efectiva Bajo conocimiento sobre revistas especializadas en medicina familiar y escasa cultura en lectura de artículos Lectura de artículos deficiente atribuida a conocimiento insuficiente en análisis estadístico Escasa participación en producción científica Bajo nivel de lectura de artículos médicos Desconocimiento de incentivos económicos para realizar actividades de investigación Falta de tiempo y de conocimiento para la redacción científica

reportar investigaciones en medicina familiar en países como México³¹, de ahí la pertinencia de una revisión sistemática en español que identificara las principales barreras y limitaciones para realizar investigación en medicina familiar.

En esta revisión sistemática se identificaron como principales barreras la falta de capacitación en investigación, la falta de tiempo y de tutores capacitados, así como la ausencia de apoyo institucional y estímulos para desarrollar esta actividad (Tabla 1 y Fig. 2). Estos aspectos son comunes en otras partes del mundo e inciden de manera negativa en el desarrollo de investigación³²⁻³⁵. En el caso de Latinoamérica, se ha reportado que la falta de formación en metodología de la investigación y redacción científica es la principal barrera, y que 16 de 17 países de la región (94.1%) presentan este problema; la ausencia de incentivos, la falta de

financiamiento y de apoyo institucional también impactan de manera negativa²⁸.

Si bien los estudios, así como los instrumentos utilizados para obtener la información, fueron heterogéneos, se pudieron identificar barreras y limitaciones comunes, las cuales se centraron en la ausencia de capacitación de los alumnos para desarrollar investigación, así como la falta de tiempo, estos dos rubros estuvieron presentes en 6 (66.6%) y 5 (55.5%) de los estudios analizados (Fig. 2). Esto podría estar relacionado con el poco tiempo asignado durante la residencia y la práctica profesional al desarrollo de investigación, aspecto que ha sido una constante a lo largo del tiempo y se ha vuelto un problema transgeneracional^{36,37}.

En contraste con lo detectado en algunos países de Latinoamérica, la Red de Investigación Europea de Medicina Familiar ha descrito y sistematizado barreras y

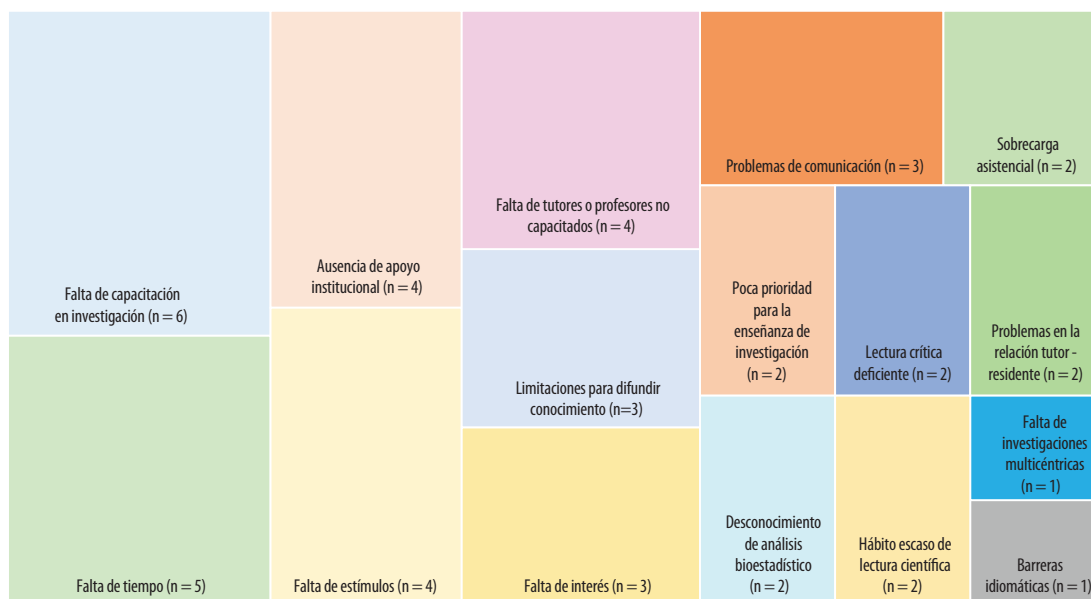


Figura 2. Principales barreras para el desarrollo de investigación en medicina familiar agrupadas de acuerdo con la frecuencia reportada en los estudios incluidos en esta revisión.

limitaciones para realizar investigación, y las agrupa en niveles organizacionales¹⁰, en los cuales se pueden identificar los mismos hallazgos reportados en este trabajo, por lo que estos son problemas comunes dentro del campo de la medicina familiar independientemente del contexto geográfico y socioeconómico³⁸.

Es importante señalar que si bien esta revisión estuvo enfocada a la identificación de barreras, existen también ejemplos en Iberoamérica donde han habido esfuerzos sostenidos y coordinados para atender esta problemática²⁸, ejemplo de ello es España, donde dichas barreras han ido en decremento conforme avanza el tiempo y se hace énfasis en la importancia que tiene la investigación, esto se ha visto reflejado en la producción científica de este país^{30,39}, asimismo, es importante señalar que desde hace ya varias décadas han existido guías que tienen por objetivo fortalecer la investigación en medicina familiar, una de ellas fue la promulgación de nueve recomendaciones para impulsar la investigación en medicina familiar en 2003 por parte de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), las cuales establecen principios para el desarrollo, sistematización, así como la creación

de centros de investigación e impulso al financiamiento en materia de investigación en medicina familiar⁴⁰. Dado este contexto, es importante identificar los factores que han permitido avanzar a otros países en la resolución de estos problemas, a fin de adaptar aquellos aspectos que sean de importancia para las necesidades, prioridades y posibilidades de otras regiones de Iberoamérica, para ello el análisis de las condiciones locales y necesidades de atención será fundamental para incrementar la producción científica de calidad, la cual debe estar basada en la práctica del médico familiar^{41,42}.

En cuanto a la valoración crítica de la literatura analizada, en su mayoría fueron estudios transversales, el tamaño muestral fue heterogéneo, con un rango muy amplio, de 20 a 1,369 participantes. Las principales limitaciones de algunos estudios estuvieron centradas en tamaños de muestra pequeños, la falta de instrumentos validados, estudios sin extrapolación a otros contextos, muestreo no probabilístico y con potenciales sesgos relacionados con la expectativa del aplicador. En cuanto a los estudios transversales, de acuerdo con la lista Newcastle-Ottawa, la mayoría de ellos

Tabla 2. Valoración crítica de los estudios seleccionados

Referencia	Diseño de estudio	Limitaciones	Valoración crítica*			
			Selección	Comparabilidad	Desenlace	Puntaje
Ramírez-Aranda et al., 2003 ⁴	Transversal	Población limitada a un evento académico, no se valoró la calidad de la investigación realizada por los participantes	++	+	++	5
Cevallos García et al., 2004 ¹⁷	Transversal	Información obtenida a mediante autodeclaración sobre la producción científica	++	-	+++	5
Bugarín-González et al., 2005 ¹⁸	Transversal	No se tomaron en cuenta criterios de calidad para los trabajos evaluados	+	+	++	4
Esquivel et al., 2012 ²⁰	Transversal	Resultados no generalizables, muestreo no aleatorio	++	-	++	4
Torales et al., 2016 ²²	Transversal	Datos obtenidos de un estudio piloto, tiempo limitado para contestar el instrumento	+++	-	++	5
Torales et al., 2017 ²³	Transversal	Uso de muestreo no probabilístico, tipo de estudio	+++	-	++	5
López-Ortiz et al., 2020 ⁷	Transversal	Muestra limitada geográficamente, sesgos del entrevistador y por selección forzada	+++	-	++	5
			Valoración crítica [†]			
			Validez	Resultados	Aplicabilidad	Puntaje
Ramírez-de la Roche et al., 2008 ¹⁹	Cualitativo	Tamaño de muestra y tipo de estudio	++++	++	-	6
López, 2016 ²¹	Cuasiexperimental	Población limitada a un evento académico, tamaño muestral	ND			ND

*Escala de Evaluación de la Calidad de Newcastle-Ottawa adaptada para estudios transversales.

†Critical Appraisal Skills Programme adaptada para estudios cualitativos.

ND: no determinado.

presentó problemas de selección y comparabilidad, en el caso del estudio cualitativo, este careció de aplicabilidad (Tabla 2).

La identificación de barreras que impactan en la generación de conocimiento es un tema de interés actual, debido a la importancia que tiene en la atención a la salud^{43,44}. Realizar investigación en medicina familiar

representa un reto frente a la alta demanda asistencial que implica la profesión; no obstante, su desarrollo es crucial en la generación de conocimiento para implementar políticas y programas de salud sustentados en la evidencia, por lo que su promoción debe ser prioritaria y convertirse en un eje dentro de los sistemas de salud^{43,45-47}.

LIMITACIONES

Los estudios incluidos en la presente revisión sistemática fueron heterogéneos metodológicamente, ya que se emplearon diferentes instrumentos en la recolección de datos, y mostraron un grado alto de obsolescencia debido al porcentaje de artículos con más de cinco años de publicación y omitieron mencionar los potenciales factores de confusión, así como describir los métodos para controlarlos. En este contexto los estudios analizados hacen inapropiado un metaanálisis.

Debido a que los estudios evaluados en esta revisión sistemática utilizaron diferentes instrumentos para recabar la información, no se puede descartar que exista una mayor homogeneidad en la problemática detectada en los diferentes países de la región, por lo que la generación de instrumentos validados que exploren las principales barreras y limitaciones para investigar en medicina familiar podrían ser de gran ayuda para sistematizar el conocimiento que se tiene al respecto.

En relación con las limitaciones de este trabajo, destaca el uso del idioma español para abordar una problemática tan extendida en todo el mundo, como son las barreras para realizar investigación en medicina familiar, asimismo, el algoritmo utilizado pudo tener sesgos en cuanto a búsquedas específicas de información relacionadas con el objetivo de este trabajo, pudieron existir otros reportes que abordaran la problemática aquí expuesta, pero que no se ajustaron al algoritmo y por lo tanto no fueron incorporados. Asimismo, el consultar solo tres bases de datos pudo influir en la inclusión de nuevos reportes que potencialmente podrían aumentar nuestro conocimiento sobre el tópico abordado en la presente revisión sistemática.

CONCLUSIONES

Se identificaron como principales barreras la falta de capacitación en investigación, así como la falta de tiempo, de tutores capacitados y la ausencia de apoyo institucional

y estímulos para desarrollar esta actividad. Aspectos que a pesar de ser reconocidos desde hace décadas permanecen en la actualidad sin ser atendidos en diversas partes de Iberoamérica, por lo que se necesita de un esfuerzo colectivo para fortalecer la investigación en medicina familiar; inicialmente concienciando a los tomadores de decisiones en puestos clave sobre la importancia que tiene la investigación dentro de la práctica médica y los beneficios institucionales y de salud pública que esto representa. No hacerlo implica desperdiciar una valiosa oportunidad para mejorar la atención médica en el primer nivel, y lo que es más, perpetuará durante muchas décadas una carencia que debe ser atendida con urgencia.

FINANCIAMIENTO

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimo de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours services: registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract.* 2022;72(715):e84-e90.
2. Ramírez-Aranda J. Primary care research in México. En: Goodyear-Smith F, Mash B, editores. *International perspectives on primary care research.* 1.ª edición. Nueva York: CRC Press; 2017. pp. 231-232.
3. Barrio PO. La investigación científica en la práctica clínica del médico familiar. *Archivos en Medicina Familiar.* 2006;8(2):53-6.
4. Ramírez-Aranda J, Gómez GC, Fuentes FLE. Productividad en investigación por médicos familiares y generales. *Rev Med IMSS.* 2003;41(2):175-80.

5. García-Peña MC, Anzures Carro R, Villa Contreras S, Liberos Bango V, Reyes Fraustro S. Panorama de la investigación en medicina familiar. *Rev Med IMSS*. 1995;33:497-500.
6. Castañeda-Sánchez O. La investigación en medicina familiar en Ciudad Obregón, Sonora (México): desafíos y logros. *Archivos en Medicina Familiar*. 2008;10(1):1-2.
7. López-Ortiz E, Mendiola-Pastrana IR, Serrano-Lira AEA, Mazón-Ramírez JJ, Hernández-Torres, López-Ortiz G. Investigación durante la residencia en medicina familiar: retos y perspectivas. *Rev Mex Med Fam*. 2020;7(3):94-101.
8. Serrudo de Domínguez NM, Ponzó J, Ramírez-Aranda JM, Argudo Haro CA, Riveros Ríos ME, Vargas Villarreal P, et al. Investigación en Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11:64-74.
9. Ortega MAF, Velazco GR, Coria AEI, Roo Prato JB. Producción y difusión de conocimientos en medicina familiar en Iberoamérica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11:71-87.
10. Lionis C. Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from an EGPRW meeting. *Fam Pract*. 2004;21(5):587-93.
11. Cheraghi-Sohi S, Perry M, Wallace E, Wallis KA, Geraghty AW, Joling KJ, et al. A future in primary care research: a view from the middle. *Br J Gen Pract*. 2018;68(674):440-1.
12. Hobbs R. Is primary care research important and relevant to GPs? *Br J Gen Pract*. 2019;69(686):424-5.
13. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Br Med J*. 2021;372:n71.
14. Critical Appraisal Skills Programme. CASP Qualitative Checklist 2018 [Internet]. Critical Appraisal Skills Programme [citado: 25 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf
15. Modesti PA, Reboldi G, Cappuccio FP, Agyemang C, Remuzzi G, Rapi S, et al.; ESH Working Group on CV Risk in Low Resource Settings. Panethnic differences in blood pressure in Europe: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2016;11(1):e0147601.
16. The Ottawa Hospital. Coding Manual for Cohort Studies [Internet]. Canadá: The Ottawa Hospital [citado: 2 de febrero de 2021]. Disponible en: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/nos_manual.pdf/
17. Cevallos García C, Garrido Elustondo S, López Orive MA, Cervera Barba E, Estirado Gómez A. Investigación en atención primaria: actitud y dificultades percibidas por nuestros médicos. *Aten Primaria*. 2004;34(10):520-4.
18. Bugarín-González R, Queiro-Verdes T, Santiago-Pérez I, Gutiérrez-Molina A, García-Quintáns A, Galego-Feal P. Perfil del médico de familia que investiga: extrapolación a partir de la oferta pública de empleo de Galicia. *Aten Primaria*. 2005;36(9):526-7.
19. Ramírez-de la Roche OF, Baillet-Esquivel LE. Conflictos en la formación de un grupo de residentes mexicanos de medicina familiar: Una aproximación cualitativa. *Archivos en Medicina Familiar*. 2008;10(2):51-4.
20. Esquivel LEB, Rosas ERP, Ibáñez SL, Galván IJ, García AMN, Estrada EMV. Autopercepción de los residentes de la relación con su tutor de medicina familiar durante el proceso de tutoría en investigación. *Educación Médica*. 2012;55(3):35-41.
21. López PA. Alcances de una estrategia educativa para desarrollar aptitud en lectura crítica de artículos de investigación. *Archivos en Medicina Familiar*. 2016;18(2):41-9.
22. Torales J, Barrios I, Camacho C, Szwako A, Samudio A, Samudio M, et al. Actitudes y desafíos percibidos de médicos residentes de medicina familiar hacia la investigación: un estudio piloto de Paraguay, 2016. *Inst Investig Cienc Salud*. 2016;14(3):107-14.
23. Torales J, Barrios I, Viveros-Filártiga D, Giménez-Legal E, Samudio M, Aquino S, et al. Conocimiento sobre métodos básicos de estadística, epidemiología e investigación de médicos residentes de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. *Educ Med*. 2017;18(4):226-32.
24. González de Dios M, Moya M, Mateos-Hernández MA. Indicadores bibliométricos: Características y limitaciones en el análisis de la actividad científica. *An Esp Pediatr*. 1997;47(3):235-44.
25. Ardanauy J. Breve introducción a la bibliometría [Internet]. Universitat de Barcelona; abril 2012 [citado: 30 de enero de 2022]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/30962/1/breve%20introduccion%20bibliometria.pdf>
26. Marzo-Castillejo M, Alonso-Coello P, Rotaeche del Campo R. Cómo clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones? *Aten Primaria*. 2006;37(1):5-8.
27. Mella-Sousa M, Zamora-Navas P, Mella-Laborde M, Ballester-Alfaro JJ, Uceda-Carrascosa P. Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. *Rev S And Traum Ort*. 2012;29(1/2):59-72.
28. Fernández MA, Rojas G, Irigoyen A, Roo JB. Producción y difusión del conocimiento en medicina familiar en Iberoamérica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;12(Suppl 1):71-87.
29. Heintzman J, Marino M. The Importance of primary care research in understanding health inequities in the United States. *J Am Board Fam Med*. 2021;34(4):849-52.
30. SJR - International Science Ranking [Internet]. Scimago Journal & Country Rank [citado: 23 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.scimagojr.com/countryrank.php?area = 2700&category = 2714>
31. López-Ortiz G, Mazón-Ramírez JJ. La importancia de la investigación clínica en medicina familiar. *Aten Fam*. 2016;23(3):73-4.
32. Fettes MD, Guetterman TC. Discovering and doing family medicine and community health research. *Fam Med Community Health*. 2019;7:e000084.
33. Khalaf AJ, Aljowder AI, Buhaimid MJ, Alansari MF, Jassim GA. Attitudes and barriers towards conducting research amongst primary care physicians in Bahrain: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2019;20(1):20.
34. Soubhanneyaz AA, Salem KA, Al-Dubai SAR. Perceptions, barriers, and practice of medical research of family medicine residents in Medina, Saudi Arabia. *J Family Community Med*. 2019;26(3):227-31.
35. Bammekke F, Liddy C, Hogel M, Archibald D, Chaar Z, MacLaren R. Family medicine residents' barriers to conducting scholarly work. *Can Fam Physician*. 2015;61(9):780-7.
36. Gotler RS. Unfinished business: The role of research in family medicine. *Ann Fam Med*. 2019;17(1):70-6.
37. Bowman MA, Lucan SC, Rosenthal TC, Mainous AG 3rd, James PA. Family medicine research in the United States from the late 1960s into the future. *Fam Med*. 2017;49(4):289-95.
38. Rubinstein A. Investigación en la práctica de la medicina familiar: ¿una causa perdida o un desafío pendiente? *Colomb Med*. 2012;43(1):103-7.
39. Gallo Vallejo FJ, Altisent Trota R, Díez Espino J, Fernández Sánchez C, Foz i Gil G, Granados Menéndez Ml, et al. Perfil profesional del médico de familia. *Aten Primaria*. 1999;23(4):236-45.
40. van Weel C. Improving health care globally: A critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann Fam Med*. 2004;2(suppl_2):S5-16.
41. Ponka D, Coffman M, Fraser-Barclay KE, Fortier RDW, Howe A, Kidd M, et al. Fostering global primary care research: a capacity-building approach. *BMJ Glob Health*. 2020;5(7):e002470.
42. Stenberg K, Hanssen O, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, Barkley S, et al. Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2019;7(11):e1500-10.
43. Sargent L, Taylor J, Lowe J. Barriers and facilitators to general practitioners participating in implementation research: a mixed methods systematic review protocol. *JBI Evid Synth*. 2021;19(6):1354-61.
44. RACGP - General practitioner and patient participation in research projects and clinical trials in general practice [Internet]. Royal Australian College of General Practitioners [citado: 6 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.racgp.org.au/advocacy/position-statements/view-all-position-statements/health-systems-and-environmental/general-practitioner-and-patient-participation>
45. Opstelten W, Bindels PJE, Burgers JS. [Research in the GP's practice is good for the health of all]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2017;161:D1996.
46. Grierson L, Vanstone M. The rich potential for education research in family medicine and general practice. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2021;26(2):753-63.
47. Seehusen DA, Bowman MA, Neale AV. Multiple research methodologies can advance the science of family medicine. *J Am Board Fam Med*. 2019;32(2):123-5.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA CERTIFICACIÓN VIGENTE? EL CASO DE MEDICINA FAMILIAR

WHY IS THE CURRENT CERTIFICATION IMPORTANT? FAMILY MEDICINE CASE STUDY IN MEXICO

Zitlalli Portillo-García, Alejandra Palacios-Hernández, Héctor Tecuanhuey-Tlahuel, Ana R. Figueroa-Chavira, Sara de J. López-Salas, José L. Huerta-González, Liliana Ovando-Diego, Juan J. Mazón-Ramírez, Octavio N. Pons-Álvarez, Miguel A. Fernández-Ortega, Javier Domínguez-del-Olmo, Ma. Emiliana Avilés-Sánchez, Verónica Román-Arrijoja, Miguel López-Lozano, Minerva P. Hernández-Martínez, y Carlos A. Rivero-López*
Comité de Examen, Junta Directiva, Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar A.C., Administración 2021-2023, Ciudad de México, México

En México, la certificación se inicia con la conformación del Consejo Mexicano de Anatomopatólogos en 1963¹. Después de 59 años, en 2022, existen 47 consejos que certifican 84 especialidades médicas². Los consejos médicos son autónomos; establecen su organización y los procedimientos que eligen para evaluar las competencias profesionales de los especialistas, y lo hacen sin fines de lucro³.

El Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar (CMCMF) se fundó en 1987 con 10 asociaciones constitutivas. Un año después obtuvo el primer reconocimiento de idoneidad, cuya vigencia actual es hasta 2023; hoy está constituido orgullosamente por 47 asociaciones con representación nacional⁴.

El 15 de febrero de 1995 se formó el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM), con integrantes de cada una de las siguientes organizaciones: la Asamblea de Consejos de Especialidades Médicas, la Academia

Nacional de Medicina (ANM), y la Academia Mexicana de Cirugía (AMC); estas últimas con funciones federales de asesoría¹.

La función del CONACEM es ser «auxiliar de la Administración Pública Federal a fin de supervisar el entrenamiento, habilidades, destrezas y calificación de la pericia que se requiere para la certificación y recertificación de la misma en las diferentes especialidades de la medicina reconocidas por el Comité y en las instituciones de salud oficialmente registradas ante las autoridades correspondientes»⁵. Tiene el compromiso de instaurar un plan homogéneo de evaluación que permita a los consejos gestionar exámenes desarrollados por expertos de la propia especialidad.

¿QUÉ ES LA CERTIFICACIÓN Y VIGENCIA DE CERTIFICACIÓN (RECERTIFICACIÓN)?

La certificación es un proceso de validación que permite ofrecer a la población que se atiende en instituciones, y de forma privada, la garantía de que el médico cuenta con

Correspondencia:

*Carlos A. Rivero-López

E-mail: carlosriveroposgradounam@gmail.com

Fecha de recepción: 07-04-2022

Fecha de aceptación: 27-04-2022

Disponible en internet: 26-05-2022

Rev Mex Med Fam. 2022;9:59-62

DOI: 10.24875/RMF.22000026

Tabla 1. Puntajes mínimos y máximos por categoría para la evaluación curricular

Indicador	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Porcentaje
Actividad asistencial	50	125	20
Actividad académica	25	150	10
Actividades de educación médica continua	125	300	50
Actividades como docente	25	150	10
Actividades como investigador	25	Abierto	10
Total	250	Abierto	100

las competencias necesarias para evaluar el estado de salud del paciente, y otorgar una atención resolutoria y de alta calidad.

En cada país la certificación es diferente; por ejemplo, en Colombia, Panamá y Venezuela se obtiene al terminar la especialización y recibir un diploma por parte de la institución que forma; en Chile, Guatemala y Uruguay se validan las actividades de educación continua y práctica clínica con el objetivo de reconocer al médico general como especialista sin cursar una residencia médica⁶.

En México, EE.UU. y Canadá, la certificación se realiza por medio de los consejos, cuyos integrantes han probado un alto prestigio académico y asistencial en su especialidad; de esta forma evalúan las competencias profesionales de cada sustentante, de manera independiente de la institución que los formó como especialistas.

Sin embargo, en México no es de carácter obligatorio, lo que permite que se ejerza la práctica clínica sin estar certificado. Cabe mencionar que algunas instituciones de salud solicitan de manera formal la certificación para ingresar a ellas, así como algunas instituciones educativas, como ejemplo la Universidad Nacional Autónoma de México y la Universidad Autónoma de Nuevo León, que establecen como norma a sus profesores de posgrado estar certificados para ser contratados y ascendidos en cada nivel académico. E incluso es necesaria como criterio de calidad que solicitan las diferentes firmas certificadoras como la ISO 9001.

La certificación vigente se realiza cada cinco años para todas las especialidades; en

el caso particular de la medicina familiar, esta se puede obtener de dos formas⁴:

- Examen de conocimientos y estudio de salud familiar (ESF): los médicos que no reúnan los puntajes mínimos necesarios para la evaluación curricular deberán presentar el examen y un ESF en las fechas publicadas por el consejo. El comité examinador realiza el análisis psicométrico del examen completo, por áreas, reactivos y sustentantes; determinando la confiabilidad mediante (alfa de Cronbach, validez concurrente, regresión lineal múltiple de pasos sucesivos y ANOVA), dando fundamento a la línea de aprobación de cada examen. La calificación final se emite únicamente como certificado o no certificado y se le entrega a cada sustentante la realimentación de su evaluación por áreas de conocimiento.
- Evaluación curricular: esta opción es solo para la obtención de la vigencia de certificación y abarca los últimos cinco años de la actividad profesional del médico sustentante, en la cual debe obtenerse un promedio mínimo de 250 puntos de acuerdo con los parámetros que se enlistan en la tabla 1.

Cada uno de estos indicadores incluye diferentes rubros para obtener el puntaje, y pueden consultarse en la página oficial del CCMCF (<https://www.certificacionenmedicinafamiliar.org/>)⁷.

Este procedimiento se realiza en la plataforma SIGME, misma que es administrada

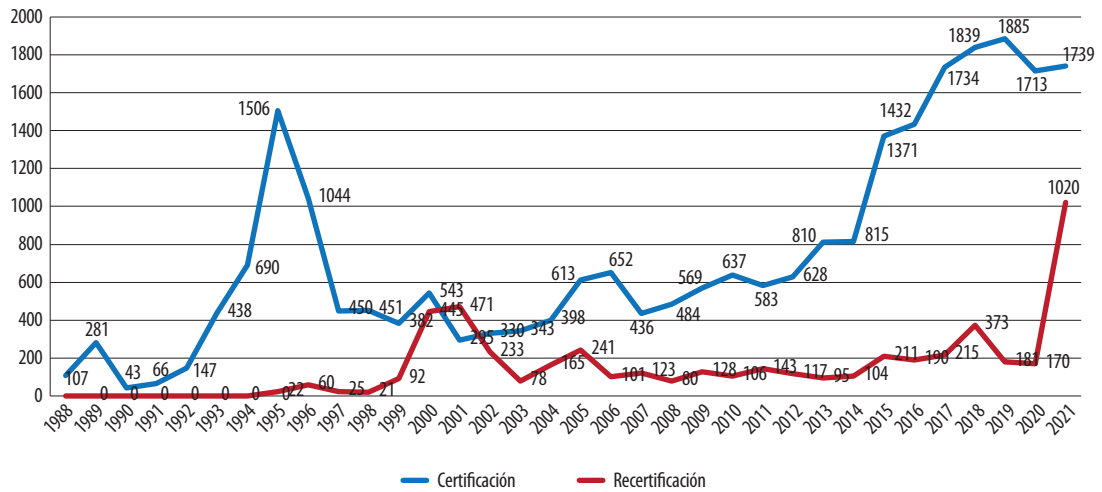


Figura 1. Médicos familiares certificados y con certificación vigente 1988-2021.

por el CONACEM. Posteriormente, el comité de validación y revisión de documentos del CMCMF emite la calificación del sustentante y en caso de obtener el puntaje requerido será acreedor a la vigencia de certificación.

Para la presente administración del CMCMF, que inició en junio de 2021, ha sido todo un reto incrementar el número de médicos con certificación vigente, porque la mayoría de ellos, al término de su formación, presentan el examen de certificación; y, como se puede observar en las estadísticas registradas en el CONACEM, siempre existe un número mayor en proporción a la certificación vigente.

En este sentido, la junta directiva del Consejo ha incorporado en sus áreas de oportunidad una cruzada para dar a conocer las directrices para la certificación vigente, mediante actividades académicas con las diferentes asociaciones, colegios y sociedades constitutivas. El resultado de esta actividad ha sido por demás fructífero, pues no se había registrado en la historia del Consejo un número de médicos con certificación vigente tan elevado en un solo año, como se puede observar en la figura 1.

En el año 2000-2001 se tenía el mayor número de médicos familiares con esta vigencia (471 especialistas); sin embargo, como se puede observar en la figura 1, esta

cifra no solo no se mantuvo, sino que descendió en forma significativa, llegando incluso a 78 médicos en el año 2003.

No obstante, debido a las constantes actividades de acercamiento con los organismos constitutivos realizadas por la junta directiva del CMCMF durante el año 2021, como son *webinars*, cursos, sesiones académicas, y capacitaciones personalizadas entre otras, y pese a las condiciones de nueva normalidad que atravesamos por la pandemia, se obtuvo una cifra récord al llegar a 1,020 médicos especialistas en medicina familiar con certificación vigente, lo que representa más del 200% de incremento en relación con el año 2000.

CONCLUSIONES

La certificación vigente es una de las tareas prioritarias de los Consejos, por esta razón la actual administración de la junta directiva del CMCMF se ha dado a la tarea de realizar un acercamiento con las diferentes agrupaciones constitutivas del consejo, para invitar a sus socios especialistas en medicina familiar a mantener esta vigencia. Los resultados son muy alentadores, marcan un principio de esfuerzo y trabajo para consolidar la medicina familiar en nuestro país, ya que debemos recordar que «¡El Consejo somos todos! ¡Somos todos el Consejo!».

FINANCIAMIENTO

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimo de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinosa VM. Participación de la Academia Nacional de Medicina de México en la acreditación de las especialidades y la certificación de médicos especialistas. *Gac Med Mex.* 2014;150:227-34.
2. Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas [sede web en Internet]. Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas; 2022 [citado: 13 de abril de 2022]. Disponible en: <https://conacem.org.mx>
3. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se emiten los lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto por el artículo 272 Bis y el Título Cuarto de dicha Ley. México: Diario Oficial de la Federación; 2015. pp. 51-54.
4. Portillo-García Z, Rivero-López CA, Palacios-Hernández A, Tecuanhuey-Tlahuel H, Figueroa-Chavira AR, López-Salas S, et al. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar. *Rev Mex Med Fam.* 2022;9:3.
5. CONACEM. Decreto por el que se reforman los artículos 81, 83, 271 y se adiciona el artículo 272 Bis, 272 Bis 1, 272 Bis 2, 272 Bis 3 de la Ley General de Salud [Internet]. México: Academia Nacional de Medicina, Academia Nacional de Cirugía; 2011. Disponible en: <https://conacem.org.mx/index.php/marco-juridico/articulo-81-l-g-s-y-lineamientos-a-los-que-se-sujetara-el-conacem>
6. Fernández MA, Ponce R, Monobe C, Landgrave S. Los programas de medicina familiar en las Facultades y Escuelas de Medicina en México. *Rev Fac Med UNAM.* 2002;45(1):32-4.
7. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar A. C. [sede web en Internet]. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar; 2022 [citado: 13 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.certificacionenmedicinafamiliar.org>

MODELOS DE ATENCIÓN CENTRADOS EN LA PERSONA: EVOLUCIÓN DE CONCEPTOS HUMANIZADORES DE NUESTRAS PRÁCTICAS

PERSON CENTERED MODELS OF CARE: EVOLUTION AND TRANSFORMATION OF A HUMANIZING CONCEPTS IN OUR PRACTICE

Patricio J. Cacace^{1,2*} y Gustavo Giménez-Lascano^{3†}

¹Sección de Gestión y Políticas Sanitarias, Fundación AEQUUS, Ciudad Autónoma de Buenos Aires; ²Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires; ³Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino, Tucumán. Argentina

RESUMEN: La medicina familiar ha adoptado desde sus orígenes un modelo de atención centrado en la persona sustentado desde el cambio de paradigma contrahegemónico al que responde, aplicando un enfoque biopsicosocial y contextualizado del paciente, proponiendo una atención longitudinal, integral, coordinada y personalizada como elemento constitutivo y diferencial de la especialidad. Este trabajo intenta describir la evolución y transformación histórica de los diferentes conceptos humanizadores de nuestras prácticas hasta llegar a los modelos de atención centrados en la persona más relevantes para nuestra especialidad en la actualidad.

Palabras clave: Medicina familiar. Medicina general. Atención dirigida al paciente. Modelos de atención en salud.

ABSTRACT: Family Medicine has adopted from its origins a person-centered care model supported by the counter-hegemonic paradigm shift to which it responds, applying a biopsychosocial and contextualized approach to the patient, proposing a longitudinal, comprehensive, coordinated and personalized care as a constitutive element and specialty differential. This work tries to describe the evolution and historical transformation of the different humanizing concepts of our practices until reaching the Models of Attention Centered in the Person most relevant for our specialty today.

Keywords: Family medicine. General practice. Patient centered care. Health care models.

Correspondencia:

*Patricio J. Cacace
E-mail: pcacace@gmail.com

Fecha de recepción: 16-07-2021
Fecha de aceptación: 09-10-2021

Disponible en internet: 26-05-2022
Rev Mex Med Fam. 2022;9:63-72
DOI: 10.24875/RMF.21000070

OBJETIVO

Analizar la evolución y transformación de algunos de los conceptos humanizadores de la práctica médica para comprender, y valorizar las diferentes opciones de modelos de atención centrados en la persona de los que disponemos en la actualidad.

INTRODUCCIÓN

Es frecuente en diferentes disciplinas hablar de «modelos» para referirse y conceptualizar la particularidad definida que caracteriza algo o con que alguien o algunos realizan determinados procesos o procedimientos. En nuestro caso, elegimos entender el concepto del término «modelo de atención» con la aproximación que proviene desde la corriente de la salud colectiva que lo define como «las combinaciones de tecnologías (materiales y no materiales) utilizadas en las intervenciones sobre problemas y necesidades sociales de salud»¹. A partir de esta definición repasaremos brevemente y comprenderemos los diferentes y más relevantes «modelos» adoptados por la medicina en los últimos siglos; cada uno de ellos contruidos y adaptados a los diferentes contextos históricos y sociales a los que fueron contemporáneos. Podremos identificar los diferentes aportes de cada uno para la construcción y evolución hacia otros modelos humanizadores de nuestras prácticas, hasta llegar a los cuidados centrados en la persona (CCP). Estos últimos se entienden como un modelo de cuidados de la salud caracterizado por comprender el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados (PSEAC) bajo una perspectiva biopsicosocial, integrando tanto los aspectos biológicos, emocionales, y contextuales, como las expectativas de los pacientes. Los CCP también enfatizan la importancia de la interacción médico-paciente durante el proceso clínico, promoviendo definir y establecer una agenda compartida entre médicos y pacientes a los fines de arribar juntos a una toma de decisiones compartida².

ANTECEDENTES

A lo largo de la historia de la medicina encontramos la coexistencia, en tensión permanente y manifiesta, de dos diferentes escuelas de pensamiento sobre el desarrollo de los modelos clínicos y procesos diagnósticos para ejercer la profesión. Por un lado tenemos a la escuela natural (interesada en describir la dolencia); y por el otro la escuela convencional o académica (interesada en describir enfermedades). Ambas representan los diferentes modelos y corrientes de pensamiento presentes desde la antigua Grecia, por una parte los médicos de Cos, que no separaban la enfermedad de la persona ni la persona de su medio; y por la otra los de Cnido que buscaban clasificar el cuadro del paciente de acuerdo con una taxonomía de enfermedades exclusivamente³.

Luego, durante el Renacimiento, ambas escuelas fueron representadas mediante la controversia entre los seguidores de Hipócrates, con un sistema fundamentado en la experiencia, y los de Galeno fundamentado en el raciocinio, que dará lugar a un enfoque reduccionista de la persona.

A partir del siglo XVII se suceden diferentes aportes en el estudio del cuerpo humano y las enfermedades: el médico inglés Thomas Sydenham (1624-1689) implementa un modelo de observaciones clínicas objetivas («observación al costado de la cama») e independientes de prejuicios teóricos, describiendo los síntomas, el curso y desenlace de la enfermedad a lo largo del tiempo, correlacionándolos (como principal innovación) con la categoría de enfermedad, creando así una nueva nosografía y una nosotaxia. Este camino fue seguido por diferentes médicos y biólogos a lo largo de los años que continuaron desarrollando el trabajo de clasificar enfermedades por clases, órdenes y géneros. Pero fue recién 100 años después, en la atmósfera de la Revolución Francesa, que se avanzó con ideas fundacionales del método clínico moderno. Destacamos a los médicos franceses Marie-François Xavier Bichat

(1771-1802) y René Laënnec (1781-1826), quienes fueron responsables de una serie de importantes innovaciones: el primero contribuyendo a las bases de la anatomía patológica y el segundo continuando con el estudio de la alteración de los órganos en los cadáveres, planteando el estudio de los signos y síntomas de los pacientes e inventando el estetoscopio como instrumento diagnóstico, hasta llegar a la descripción de los primeros cuadros semiológicos⁴. Con estos avances de la escuela francesa se permitió el desarrollo y consolidación del método clínico centrado en la enfermedad, pasando a establecerse, en la medicina de la época, un sistema de exploración física, enlazar signos y síntomas, y correlacionar todo esto con los cambios hallados en órganos y tejidos cadavéricos. Años más tarde Luis Pasteur (1822-1895) y Robert Koch (1843-1910) hicieron sus respectivos aportes dando entidad a varias enfermedades, estableciendo su causalidad por agentes específicos. Así, el método clínico desarrollado fue creciendo gradualmente durante el siglo XIX, y complementado con los aportes de Rudolf Virchow (1821-1902) y Claude Bernard (1813-1878), quienes sentaron las bases científicas de la fisiopatología al describir las alteraciones celulares en el funcionamiento del organismo que provocan la enfermedad⁴.

A principios del siglo XX el epidemiólogo inglés Francis G. Crookshank (1873-1933) introdujo los conceptos de dos métodos explicativos de la enfermedad: 1) el modelo ontológico (relacionado con el método académico o convencional), en el que la enfermedad es una entidad ubicada en órganos y conceptualmente independiente de la persona enferma; y 2) el modelo ecológico o fisiológico (relacionado con el método natural o descriptivo), en el que la enfermedad surge por un desequilibrio entre el organismo y el ambiente, siendo dificultoso separar a la enfermedad de la persona y a esta del ambiente, considerando por ende la dolencia y sus varias dimensiones⁵. Crookshank sostenía que los mejores

médicos a lo largo de la historia habían utilizado de forma equilibrada ambos métodos³, y en 1926 lo expresa en un artículo en *The British Medical Journal*, sosteniendo que el diagnóstico convencional proporciona esquemas excelentes para la exploración física, pero paradójicamente ignora casi por completo sus aspectos psíquicos.

A medida que transcurría el siglo XX se observaba un exponencial desarrollo científico y tecnológico que, siguiendo el modelo ontológico, fragmentaba el cuerpo humano y la medicina en el estudio de órganos y sistemas independientes, con una pérdida progresiva de la visión integral de la persona, ignorando las dimensiones psicosociales del padecimiento, y deteriorando la relación médico-paciente. Hasta el propio Abraham Flexner (1866-1959), autor del reconocido informe con su nombre publicado en 1910 referido a la reforma de la educación médica, advertía años después que «cultivar intensamente una medicina científica traía consigo el riesgo de perder el mejor juicio y la cultura amplia de las generaciones previas»². Surgen entonces diferentes voces para construir un nuevo modelo más centrado en el paciente con nuevos conceptos (modelos explicativos de dolencia, escucha activa, modelo biopsicosocial, relación médico paciente, etc.). Así, George L. Engel (1913-1999) forma la base del modelo biopsicosocial de la enfermedad utilizando la teoría general de los sistemas (cuya teoría sistémica abordaba los problemas incluyendo todas sus relaciones significativas, donde cada nivel jerárquico se relaciona entre sí tanto vertical como horizontalmente, y donde el sistema tiene propiedades que las partes individualmente no poseen). Este modelo se caracterizaba por una visión sistémica en la que todas las enfermedades afectan a la persona en múltiples niveles, en oposición al modelo reduccionista que expresaba las limitaciones de la medicina. Por su parte, el psicoanalista británico Michael Balint (1896-1970) desarrolló a mediados del siglo pasado el concepto

de medicina centrada en el paciente trabajando junto a un grupo de médicos generales con el propósito de desarrollar un método de entrevista médica que les permitiera a los médicos hacer un «diagnóstico general» que contemplara no solo la enfermedad, sino además las circunstancias vitales y psicológicas de los pacientes que consultaban. Este modelo contrastaba con el otro predominante y arraigado tradicionalmente en gran parte de la comunidad médica, que era la medicina centrada en la enfermedad^{5,6}.

Es entonces que hacia fines del siglo pasado el sociólogo John Naisbitt (1929-2021), plantea la necesidad de volver al humanismo para sobrevivir a la nueva era de avances tecnológicos; y relacionando esta idea con la medicina moderna sostenía que la medicina familiar debía su aparición a que expresaba una megatendencia de la sociedad: la necesidad de más contacto humano como reacción al mundo tecnológico que la envuelve y evoluciona a ritmo exponencial. Coincidiendo también con una época de cambio de paradigma de la ciencia, que pasaba de un enfoque reduccionista a uno sistémico y, en medicina específicamente, de un enfoque biomédico a un enfoque biopsicosocial⁵.

Ian McWhinney (1926-2012), considerado el padre de la Medicina Familiar en nuestro continente, sostenía que la medicina moderna estaba basada en una metáfora mecanicista de la biología adoptando como ciencia un método reduccionista, en el que los problemas eran tratados partiéndolos en otros más pequeños, separándolos de su entorno, y reduciéndolos a causalidades lineales. A pesar de ello, él logra transformar e integrar las agendas de ambas escuelas en un mismo método, el método clínico centrado en el paciente (MCCP), operacionalizando el modelo biopsicosocial, y pudiendo ser interpretado como una restauración del balance hacia un método clínico que se había alejado demasiado hacia la dirección ontológica³.

MODELOS DE ATENCIÓN CENTRADOS EN LA PERSONA DE LA ACTUALIDAD

Analizaremos en este punto algunos de los principales modelos de cuidados de la salud vinculados estrechamente con la medicina familiar, general y comunitaria, disciplina que precisamente vuelve a colocar en el centro de la escena la humanización de los cuidados de la salud a partir de los atributos propios de la atención primaria de la salud: accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación^{6,7}. Los modelos centrados en la persona han evolucionado a lo largo de los años, sin perder su esencia los podemos redescubrir en varios modelos alternativos de abordaje del PSEAC, algunos con un desarrollo más reciente. Los ejemplos que se mencionan y se reseñan brevemente a continuación fueron elegidos de forma arbitraria por los autores por su trascendencia en el ámbito asistencial y académico de nuestra especialidad.

Método clínico centrado en el paciente

Para muchos médicos de familia tal vez sea este el modelo más importante debido a su desarrollo bajo la escuela canadiense de la medicina familiar, con la impronta del propio Ian McWhinney desde el *Center for Studies in Family Medicine* de la *University of Western Ontario* (UWO). El modelo centrado en el paciente es el marco de referencia, y la forma de implementarlo es el propio MCCP. Este logró difundirse e instalarse tanto en el ámbito académico de pregrado y posgrado, como en el área asistencial y de investigación dentro de la especialidad. Ha marcado una impronta, y ha definido un estilo de ejercer la medicina familiar para muchos de nosotros, ya que a diferencia del modelo de atención clínica centrada en la enfermedad, el MCCP toma en cuenta además de los aspectos biomédicos en la consulta, la experiencia humana de enfermar, los aspectos subjetivos en la relación médico-paciente, y fue pionero en introducir la participación activa del paciente en la toma de decisiones. Tiene como esencia el intento

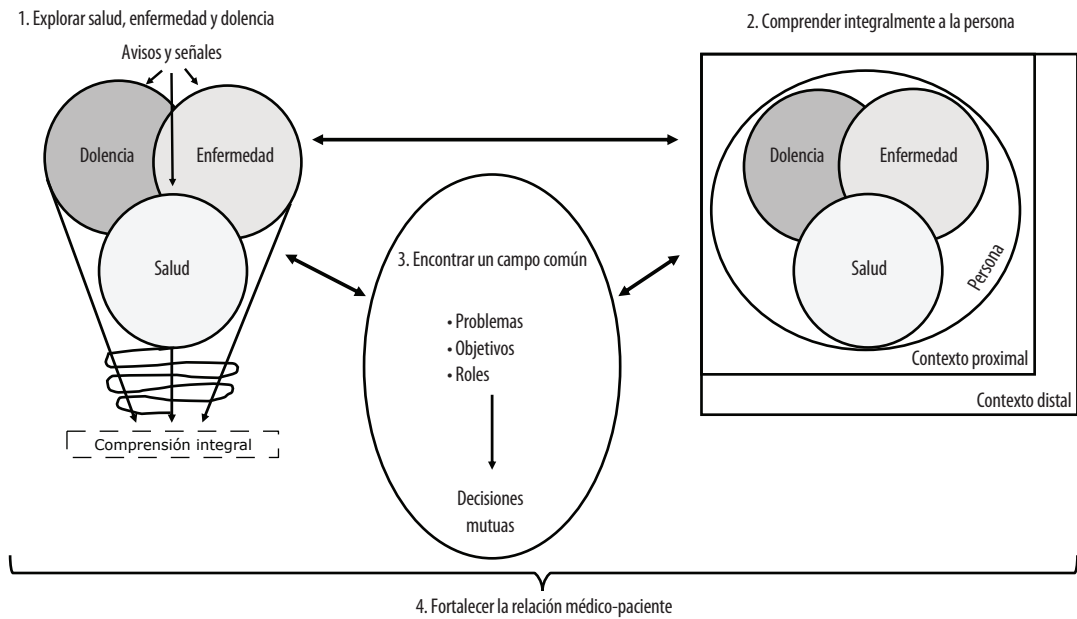


Figura 1. Guía del método clínico centrado en el paciente y sus componentes, desarrollada por el Center for Studies in Family Medicine, University of Western Ontario (adaptada de Stewart et al., 2013⁵).

del médico de desempeñar una doble tarea: comprender al paciente y comprender su enfermedad; de esa comprensión nace la capacidad de manejar al «paciente con su enfermedad» y lo que esta representa para él. Uno de sus objetivos es comprender la dolencia y de ser posible diagnosticar la enfermedad.

El MCCP comprende una serie de componentes interactivos, cualitativos y simultáneos que logran fortalecer la relación médico-paciente-familia, mejorando tanto los resultados clínicos como la calidad de atención. En sus inicios, y durante mucho tiempo, sus desarrolladores plantearon una guía de aplicación para el MCCP que constaba de seis componentes, los cuales con el transcurso del tiempo evolucionaron conceptualmente y se reagruparon en los cuatro componentes que disponemos en la actualidad:

- Explorar la salud, la enfermedad y la dolencia.
- Comprender integralmente a la persona.
- Encontrar un campo común en relación con el tratamiento.
- Reforzar la relación médico-paciente.

Cabe destacar que los dos componentes quitados de la versión previa (incorporar la promoción de la salud y la prevención y uso realista del tiempo y los recursos), no han sido eliminados, sino que en la propuesta actual se interpretan como parte constitutiva del contexto de implementación de todo el MCCP.

Podemos observar en la figura 1⁵ los cuatro componentes del MCCP y sus respectivas áreas de influencia en el PSEAC.

Debe destacarse que es el paciente quien transmite el mayor flujo de información posible, incluyendo la expresión de sus sentimientos, y en el que el médico las capta mediante habilidades cruciales: la escucha activa y la respuesta a indicios verbales y no verbales, que le permiten profundizar sus conocimientos sobre la dolencia^{3,6}.

Como observamos, el MCCP es un concepto ordenador, un modelo humanizador de las prácticas en salud que interrelaciona un conjunto de herramientas para la práctica asistencial en atención primaria. Sus componentes interactúan y se ensamblan unos con otros de forma única en cada uno de los encuentros médico-paciente, retroalimentándose con la longitudinalidad de los cuidados de la salud brindados.

Acogimiento

Este concepto tiene antecedentes dentro del campo de la salud de la región de las Américas, constituido como eje transversal en la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria (ESFyC) implementada hace algunos años en la República Argentina por el Ministerio de Salud de la Nación; y fue una de las principales directrices éticas y políticas de la Política Nacional de Humanización del Sistema Único de Salud en Brasil, desde la pasada década de 1990^{1,8}.

Este modelo se sostiene bajo dos premisas: el escenario de prácticas de los servicios de salud es multidisciplinario; y los cuidados se construyen siempre en relación con otro, sea trabajador o paciente, necesitando el establecimiento de vínculos entre integrantes de los equipos de salud y la población que demanda cuidados. De esta forma se involucra todo el PSEAC y a todos sus participantes, implicando relaciones horizontales, simétricas y participativas e intersectoriales.

Entre sus características se destaca que es imprescindible la responsabilización de trabajadores y los equipos de salud en relación con los pacientes, con longitudinalidad (desde su primer contacto hasta la resolución del problema). Implica, además, una escucha activa del padecimiento del paciente, considerando sus preocupaciones en cada instancia, buscando comprender la complejidad de la demanda, buscando además garantizar que los cuidados en salud sean integrales, resolutivos y continuos^{1,9}.

Son precisamente estas características las que hacen a la humanización y mejora de calidad del modelo de atención transformándose entonces en una estrategia que reorienta la demanda de atención, pudiendo además tener efectos significativos en la racionalización de recursos y en la mejora de las relaciones entre los equipos de salud y sus pacientes⁹.

Clínica ampliada

Desde la corriente de la salud colectiva también tenemos este aporte gracias a numerosos referentes de su historia y modelo de

pensamiento que marcaban la necesidad de reforma de la clínica moderna, planteando un cambio radical del énfasis puesto históricamente sobre la enfermedad para centrarlo sobre el sujeto, portador de alguna enfermedad, no de un caso. La propuesta busca ayudar a lidiar con la complejidad de los sujetos y la multiplicidad de problemas de salud de la actualidad en el abordaje del PSAEC¹.

Franco Bassaglia (1924-1980), psiquiatra italiano, consolidó parte de las propuestas al definir que «la clínica pasa así a ser una clínica del sujeto, reformulada y ampliada, en la que esa reproducción social del paciente se carga de una mezcla de actividades políticas, gerenciales, de promoción y de asistencia a la salud»⁸. Esta clínica demanda trabajo en equipo (apoyándose en la transdisciplinariedad, en la articulación entre equipo clínico de referenciación, y con apoyo especializado matricial), y un hacer comunicativo (sabiendo escuchar e indagar en el caso particular).

Se pretende alcanzar una ampliación (no un cambio) del objeto del saber y de la intervención de clínica, incluyendo al sujeto y su contexto como objetos de estudio y de las prácticas asistenciales, incorporando la dimensión relacional en el trabajo en salud^{1,8}.

Todos sabemos que las mismas enfermedades (desde el punto de vista de su clasificación fisiopatológica) inciden de forma diferente conforme la historia, el contexto y los recursos subjetivos y materiales de cada sujeto (el «código postal» que termina definiendo sus condiciones de vida). Los servicios de salud y el abordaje del PSEAC deberían operar con la plasticidad suficiente para dar cuenta de estas variaciones y condiciones.

HERRAMIENTAS COMPLEMENTARIAS A ESTOS MODELOS

En los últimos años fueron cobrando protagonismo algunas herramientas bastante desarrolladas desde la perspectiva de los modelos utilizados en la medicina familiar. Estas han tenido crecimiento y expansión con entidad propia, encontrando grupos de

trabajo dedicados exclusivamente a ellas. Creemos importante su protagonismo; pero, para no caer nuevamente en reduccionismos dentro de nuestra especialidad (así como sucedió oportunamente con la medicina basada en la evidencia), nos parece adecuado entenderlas no como un modelo en sí mismo, sino como herramientas que los complementan y enriquecen.

Toma de decisiones compartidas

Las decisiones médicas deberían tomarse en forma conjunta entre el paciente y el profesional, debiendo surgir idealmente de integrar la mejor y última evidencia clínica disponible (sobre riesgos y beneficios), la propia pericia o experticia clínica del profesional, las preferencias del paciente, y considerando además el contexto familiar, socioeconómico, cultural y científico-asistencial¹⁰.

La toma de decisiones compartidas (TDC) es un proceso por el cual los médicos colaboran con los pacientes para ayudarlos a alcanzar esas decisiones médicas basadas en la evidencia y de forma congruente con sus propios valores y preferencias¹¹. El profesional médico (u otro integrante del equipo de salud) brinda información personalizada al paciente sobre la naturaleza de la situación en cuestión (condición clínica, estudio diagnóstico y/o alternativas terapéuticas), se plantean las diferentes alternativas posibles, explicando el espectro de resultados posibles para cada una de esas alternativas según la mejor evidencia disponible, así como la incertidumbre que pudiera existir en torno de dichas cuestiones; y donde el paciente, por su parte, comunica sus valores y preferencias (incluyendo creencias, temores y expectativas), para posteriormente realizar una elección conjunta junto a su médico, considerando el contexto particular del paciente y del sistema de salud (Fig. 2)¹⁰.

Este proceso resulta en una intervención compleja que requiere para su implementación de una estrategia multimodal para generar cambios culturales tanto en los profesionales médicos, los pacientes, y las propias organizaciones sanitarias^{10,11}. Su implementación en el consultorio requiere

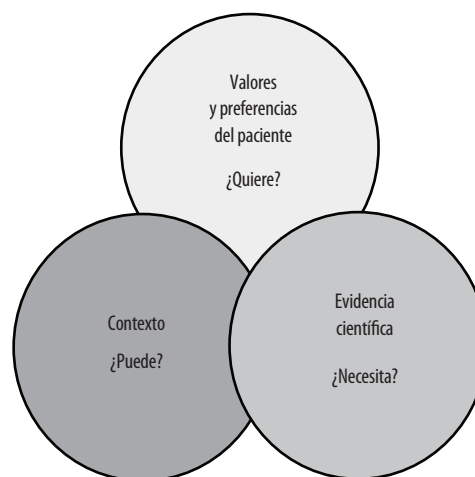


Figura 2. Esquema de toma de decisiones compartidas, con la integración de las diferentes dimensiones que se necesitan contemplar.

más de una visita para poder completar los pasos que implica el proceso :

- Identificar el punto de decisión claro.
- Brindar información acerca del problema y las diferentes opciones para abordarlo.
- Obtener la perspectiva del paciente.
- Guiar al paciente hacia la decisión.
- Evaluar si el paciente está cómodo con la decisión final.

Tengamos presente que existen dos elementos centrales en este proceso de la TDC: la comunicación de riesgos, y la clarificación de valores¹¹. La primera se discute a partir de la evidencia disponible sobre riesgos y beneficios de la intervención considerada, debiendo recordar que existen diferentes herramientas soporte (gráficas descriptivas, escucha activa, lenguaje claro, información dosificada y equilibrada) que facilitan este paso haciendo más eficaz la comunicación y comprensión por parte del paciente. La segunda plantea una charla abierta y franca sobre las preocupaciones (temores, inquietudes, creencias y expectativas) del paciente y su familia sobre dicha intervención, planteando un modelo de relación médico-paciente colaborativo (diferente al modelo paternalista).

Las estrategias que promueven la TDC benefician a los pacientes (incrementan su involucramiento, satisfacción y confianza), a los profesionales de la salud (comunicación

y fortalecimiento de vínculos), y también a los sistemas sanitarios (reducción de costos, de la variabilidad y de la litigiosidad).

Prevención cuaternaria

La Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) la ha definido como la «acción de identificar a los pacientes en riesgo de “sobremedicalización” para protegerlos de nuevas acciones médicas invasivas, y para sugerirles otras acciones éticamente aceptadas». Consiste en una serie de intervenciones que evitan o atenúan las consecuencias de realizar actividades innecesarias o excesivas del sistema sanitario (preventivas, curativas, diagnósticas o terapéuticas), que pretenden evitar la medicalización de la vida diaria ante el abuso de la definiciones de los términos: salud, factor de riesgo y enfermedad.

Este concepto ha tenido tanta difusión desde su reformulación en la medicina preventiva, que ha sido incorporado como término MeSH (*Medical Subject Headings* de la *U.S. National Library of Medicine*) desde mediados del año 2020.

Diferentes grupos de trabajo en diferentes países se focalizaron y especializaron en esta temática sobre el uso innecesario de intervenciones sanitarias, adoptando abordajes desde diferentes perspectivas. Algunos de estos se enfocaron en cuestiones más técnicas trabajando sobre las bases de la evidencia científica disponible para hacer recomendaciones del tipo «no hacer» considerando las implicancias y alcances de los errores en las pruebas diagnósticas (falsos positivos); los errores de pronóstico o hallazgos diagnósticos histológicos correctos pero que no tienen ni tendrán desarrollo clínico invasivo (sobrediagnósticos); y la baja o nula eficacia, efectividad y/o eficiencia de ciertas prácticas (evaluación de tecnologías sanitarias). Por su parte, otros grupos se concentraron agregando una perspectiva de la medicalización desde lo que consideran la mercantilización del sistema sanitario (con intereses que se contraponen con los de los pacientes), y analizando desde allí las intervenciones con un enfoque político, económico y social.

DISCUSIÓN

Para humanizar las prácticas en salud debemos considerar a toda persona como sujeto de derechos y en relación con todas las dimensiones que intervienen y afectan su vida, pensándola dentro del contexto histórico y social en el que se desenvuelve. Debemos recuperar la idea de que la enfermedad y la atención constituyen hechos estructurales en toda sociedad, que expresan tanto fenómenos epidemiológicos y clínicos, así como las condiciones sociales, económicas y culturales que definen y condicionan sus diferentes formas de enfermar, curar y morir¹².

Implementar alguno de estos modelos nos demanda afrontar un desafío importante y complejo como profesionales de la salud, un cambio de mentalidad, en el que debemos entender el empoderamiento de los pacientes, compartiendo las «relaciones de poder» implícitas en la relación médico paciente, y aceptando el nuevo rumbo que tomarán estas.

Los diferentes modelos de atención centrados en la persona, junto con las herramientas complementarias descritas, constituyen un posicionamiento frente al progresivo reduccionismo y despersonalización que enfrenta la medicina en sus diferentes especialidades. Estos se plantean como alternativas válidas para abordar el PSEAC con una perspectiva en las que se vuelva a destacar la importancia de la relación y comunicación médico-paciente, trabajando sobre la enfermedad y sobre la dolencia, y contextualizando además el proceso a la realidad de cada uno de los protagonistas.

No es menor el hecho de que estos modelos demandan por parte del profesional una firme convicción y autoconocimiento para saber hasta cuándo y dónde involucrarse más allá de las cuestiones estrictamente clínicas. Entonces, si bien la medicina familiar se define para muchos en los términos del MCCP, también es cierto que somos seres humanos, y que dependiendo nuestra propia realidad podemos necesitar regular nuestras fuerzas para afrontar la longitudinalidad e integralidad de nuestra práctica.

Tabla 1. Cuadro comparativo entre los nueve campos y/o áreas de acción propuestos para los diferentes modelos y herramientas descriptas

Campo de acción	MCCP	Acogimiento	Clínica ampliada	TDC	P4
Exploración enfermedad y dolencia	X	X	X	X	
Evaluación contexto	X	X	X	X	X
Establecimiento de campo común	X			X	X
Fortalecimiento de la relación MP	X		X	X	
Involucramiento transdisciplinario		X	X		
Fortalecimiento por longitudinalidad	X	X	X	X	X
Gestión de recursos	X	X	X	X	X
Escucha activa	X	X	X	X	X
Autoinvolucramiento	X	X		X	

MCCP: método clínico centrado en el paciente y sus componentes; TDC: toma de decisiones compartidas; P4: prevención cuaternaria.

Repasando los tres modelos de atención centrados en la persona mencionados junto con las dos herramientas complementarias descriptas, podemos identificar en ellos diferentes campos o áreas de acción para su implementación. Observamos similitudes y coincidencias en algunos de estos campos de acción, así como diferencias propias surgidas de los contextos sociales, culturales y académicos de los que surge cada uno. En la tabla 1 se identifican nueve campos o áreas de acción y se señala su presencia, o no, en los modelos y herramientas estudiados; pero no se analiza el grado de aproximación o profundidad de desarrollo/aplicación de estos campos en cada uno (p. ej., los desarrolladores canadienses del MCCP señalan que tanto el propio MCCP como la TDC están mayormente alineados en el componente de «encontrar un campo común», compartiendo también otros campos de acción pero con diferencias en la forma de aproximación)⁴.

Los campos o áreas de acción identificados presentan gran coincidencia entre los modelos descriptos. Estos «puntos de encuentros» manifiestos refuerzan la búsqueda y aportes que hace cada uno de ellos para la humanización de los cuidados de la salud de nuestros pacientes, a partir principalmente: comprender integralmente el contexto de las consultas, desarrollar una escucha activa, gestionar recursos y fortalecerse con la longitudinalidad de los cuidados.

CONCLUSIONES

Hoy en día nuestra práctica debe ser reformulada debido a la innegable necesidad de considerar una serie de factores que fueron progresivamente ganando lugar y peso específico propio dentro de la relación médico-paciente contemporánea: la exponencial velocidad de aparición de gran cantidad de información con la que cuentan y a la que acceden nuestros pacientes, sus preferencias y temores, la evidencia científica disponible, la factibilidad y adecuación de ciertas propuestas diagnósticas y/o terapéuticas, los aspectos legales de la responsabilidad médica, y la autodeterminación y autoconocimiento respecto al propio grado de involucramiento profesional y personal que estamos dispuestos a asumir para con nuestros pacientes. En la actualidad y ante este contexto del vertiginoso desarrollo científico de la medicina moderna, los modelos centrados en las personas, que en sus orígenes fueron considerados como «ciencia blanda», cobran vital importancia, dado que cumplen un rol esencial en la comunicación centrada en el paciente.

La medicina familiar ha adoptado, desde sus orígenes, un modelo de atención centrado en la persona sustentado desde el cambio de paradigma contrahegemónico al que responde, aplicando un enfoque biopsicosocial y contextualizado del paciente, proponiendo una atención longitudinal, integral,

coordinada y personalizada como elemento constitutivo y diferencial de la especialidad.

No debemos olvidar que nuestra especialidad se caracteriza precisamente por el abordaje de las personas que padecen una enfermedad, cada una de ellas con su propia dolencia y contexto, y no de la enfermedad en sí misma. Suma complejidad a esto nuestra realidad epidemiológica, en la que gran parte de la población adulta presenta simultáneamente múltiples afecciones crónicas.

Los diferentes modelos y herramientas complementarias enunciados han surgido en diferentes momentos cronológicos de la historia, contemplan una visión integral de la persona como contrapartida al modelo biologicista que fue incrementando su reduccionismo, la fragmentación y multiplicación de las subespecialidades médicas y su sesgada visión curativa de la medicina. Estos modelos y sus herramientas nos ofrecen un cambio de perspectiva del cuidado de la salud, nos brindan propuestas que replantean y fortalecen el vínculo entre profesionales y pacientes, y lejos están de negar el desarrollo progresivo de los nuevos saberes y tecnologías. Plantean reformular y mejorar la calidad de los procesos de trabajo en salud con los pacientes, construyendo espacios de interacción con intercambio de información y brindando apoyo para la toma de decisiones en salud, y evitando además nuestra alienación profesional. Por todo ello es recomendable que estos modelos sean asimilados por otras disciplinas médicas y por todos los integrantes de los equipos de salud.

Todos ellos enriquecen nuestra práctica centrada en pacientes y como especialistas en personas, aportando nuevos elementos, transformando otros ya conocidos. Incorporarlos en nuestra práctica cotidiana nos permitirá fortalecer nuestros vínculos con los pacientes y sus familias, haciéndonos mejores médicos de familia.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Gustavo, quien partió demasiado temprano, por su amistad e interminable alegría, y por su profundo compromiso

y amor por la medicina familiar; incansable buscador de la excelencia clínica y de la humanización de nuestras prácticas.

FINANCIAMIENTO

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimo de lucro.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paim JS, Almeida-Filho N. *Saúde Colectiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica; 2014.
2. Coppolillo FE. Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la medicina familiar. *Arch Med Fam y General*. 2013;10(1):45-50.
3. Freeman TR. *McWhinney's Textbook of Family Medicine*. 4th edition. New York: Oxford University Press; 2016.
4. Sturmberg JP, Martin M. *Handbook of systems and complexity in health*. New York: Springer; 2012.
5. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine, transforming the clinical method*. 3rd edition. Londres: CRC Press; 2013.
6. Ceitlin J, Gómez Gascón T. *Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo*. Madrid: Smithkline Beecham; 1997.
7. Starfield B. *Primary care: Balancing health needs, services and technology*. Nueva York: Oxford University Press; 1998.
8. *Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria. Módulo 6: Acogimiento y prácticas humanizadas*. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2018.
9. De Sousa Campos GW. *Gestión en salud, en defensa de la vida*. Lugar Editorial; 2004.
10. Barani M, Kopitowski K. Toma de decisiones compartidas: centrando los cuidados médicos realmente en nuestros pacientes. *Rev Hosp Ital B Aires*. 2013;33(21):60-4.
11. Grad R, Légaré F, Bell NR, Dickinson JA, Singh H, Moore AE, et al. Shared decision making in preventive health care: what it is; what it is not. *Can Fam Physician*. 2017;63(9):682-4.
12. Menendez EL. *El modelo médico y la salud de los trabajadores: salud colectiva*. Lugar Editorial; 2005.