

La Medicina de Familia en el Mundo

Extraído del libro:

Gómez Gascón T, Ceitlin J.

"Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo".

Madrid, semFYC - CIMF, 1997.

Como dice Mc Whinney ²: "Los profundos cambios ocurridos en la medicina durante los últimos tiempos, sólo pueden comprenderse a fondo si se consideran desde una perspectiva histórica. No existe nada nuevo en esos cambios; la medicina ha estado cambiando constantemente desde sus comienzos. Sólo el ritmo es diferente".

Es importante conocer la historia y tenerla presente. Esto es lo que se va a relatar en este capítulo, describiendo especialmente la historia de los países de América y Europa, pero con referencias a otros países. También se va a considerar brevemente el papel de las organizaciones internacionales y la repercusión de los Pactos Regionales sobre la Medicina de Familia.

La Medicina de Familia procede de una rama más antigua de la medicina: la Medicina General. Por eso, la historia de la Medicina de Familia es la de la Medicina General.

La profesión médica, tal como la conocemos hoy día, existe sólo desde el siglo XIX. Desde su origen como medicina científica, como medicina técnica, en la antigua Grecia, la medicina se ha ordenado en su labor asistencial en virtud de razones no estrictamente médicas, sino sociales y económicas, estratificada en tres niveles: la asistencia al indigente extremo, la asistencia a los ricos y poderosos y la zona intermedia, a la que pertenece justamente la Medicina de Familia, la Medicina General en el sentido tradicional de la palabra. ³.

La profesión médica antes de 1800

Antes de esta fecha no había una profesión médica sino tres: los **médicos**, miembros de una profesión aprendida mediante una formación universitaria, que se ocupaba de los trastornos internos; los **cirujanos-barberos**, que eran artesanos cuya esfera abarcaba los tratamientos externos y cualquier condición que requiriera intervención manual, con formación exclusivamente empírica; y finalmente, los **boticarios**, que eran comerciantes que producían y vendían drogas ⁴.

Los médicos excluían de su práctica las manualidades quirúrgicas y el uso de medicamentos, habitualmente mencionados en sus códigos de honor como "prácticas indignas" ⁵.

Esta división tripartita fue evolucionando por los acontecimientos, tanto en EEUU como en Inglaterra.

Los cirujanos practicaban física y farmacia en orden a sobrevivir, los boticarios tuvieron que asumir procedimientos quirúrgicos simples para no perder terreno con los anteriores.

El origen de la Medicina General se encuentra en una resolución del Parlamento Británico, que en 1815, permitió a los boticarios diagnosticar y tratar las enfermedades ⁶. Esto se debió a que los escasos médicos formados en las universidades servían a los aristócratas o acaudalados. Las necesidades de la población eran atendidas por los boticarios y los barberos. A partir de 1815, los boticarios, mediante el cumplimiento de ciertos requerimientos educativos, adquirieron el derecho a ejercer la medicina, la obstetricia y la cirugía, dando así origen al Médico General del siglo XIX.

El siglo XIX

En Europa y América del Norte fue la **era del médico general**². Un médico que integró la mentalidad positivista de la ciencia en auge y que incorporó a su práctica la cirugía y la farmacopea, así como la obstetricia. En esa época una sola persona era capaz de abarcar todo el conocimiento médico existente, ya que éste era muy pequeño.

En el Reino Unido ha existido una tradición generalista muy importante en la medicina inglesa. Existió solamente la dicotomía de médico o cirujano, el médico como transformación del boticario, el cirujano como evolución del barbero. Por esta razón se le llamó "doctor" al médico y "míster" al cirujano, los últimos producidos particularmente en la escuela de Edimburgo⁷. Ya en 1844 se fundó la Asociación Nacional de Médicos Generales en Gran Bretaña⁴.

El médico general del siglo XIX cumplía con las funciones que se atribuyen al médico de familia actual. Era un conocedor de su comunidad, un consejero y líder, un estudioso constante, un epidemiólogo práctico y un investigador.

Jenner fue quizá el primer médico especializado en medicina general⁷.

En la época anterior a 1940 en todos los países existía el tipo de profesional médico que atendía a toda la familia. Por la naturaleza de sus funciones se ganaba la confianza de todos y su acción desbordaba el campo estrictamente médico, para convertirse en un consejero en los diversos problemas que surgían en el seno del grupo familiar. Cada familia tenía su médico, en general siempre el mismo, lo que permitía la continuidad de la atención⁸.

La era de la especialización

El impacto del informe Flexner, del año 1910, tuvo repercusiones no sólo en los EEUU sino a nivel continental y marcó el detrimento de la práctica general a favor del desarrollo de las especialidades. En este informe se describían grandes deficiencias en los sistemas de aprendizaje de las facultades de medicina de EEUU.

Adquirieron un gran auge los hospitales universitarios y la medicina general fue desapareciendo del currículum y del profesorado.

Se produjo un gran avance en el campo de las especialidades, pero en detrimento de la Medicina General y de la visión holística de la práctica médica. Se perdió la relación médico-paciente. Esto no ocurrió tanto en Europa, sobre todo en países como Gran Bretaña o Dinamarca.

Hubo una total inversión de la razón generalistas-especialistas en Norteamérica entre 1930 y 1970, pasando de 80 a 20, a la opuesta de 20 a 80.

Después de la II Guerra Mundial, con la explosión tecnológica e informática, el proceso de especialización y superespecialización adquirió su mayor esplendor. Los médicos se adentraban cada vez más a fondo en la ciencia, alejándose de la comprensión de la persona concreta.

Hasta bien entrado el siglo XVIII sólo había algunos especialistas médicos -obstetras, oculistas, pero en general la única división existente era entre internistas y cirujanos, devaluados éstos en relación a los primeros. Dos hechos motivan la aparición del especialista: el progresivo enriquecimiento y crecimiento de las técnicas diagnósticas y terapéuticas, que ya no pueden ser dominadas plenamente por el médico en su totalidad y cuyo adecuado manejo requiere una especialización; por otro lado, el momento socioeconómico correspondiente a la sociedad burguesa, urbana, en la que hay un número de enfermos suficientemente grande, que requieren una atención especializada y que permiten ya por su volumen que haya uno o más médicos encargados de ello³.

Pero los médicos generales no permanecieron impasibles ante estos cambios. En 1947 un grupo de 150 médicos generales estadounidenses crea la Academia Americana de Práctica General.

En Gran Bretaña después de 1948 los médicos de cabecera británicos fueron totalmente apartados del cuidado de sus propios pacientes en el hospital, excepto en unas pocas zonas rurales. Tenían dos opciones: aceptar que aquello era el final de la práctica de medicina clínica y rigurosa en medicina general y afrontar una vida de mediocridad bien remunerada, o desarrollar alguna nueva ideología médica para la cual fuera innecesaria e irrelevante una base de especialista hospitalario. Esta segunda opción fue la escogida por los fundadores del Royal College of General Practitioners en 1952. Su objetivo era simplemente salvar el honor y el amor propio de la medicina general británica, pero casi ante su propia sorpresa, ello la impulsó a aceptar y hasta acoger con satisfacción la realidad social ⁹.

En 1964 tuvo lugar la 1ª Conferencia Internacional de Colegios, Academias y Equivalentes Académicos de Medicina General, auspiciada por el Colegio de Médicos Generales de Canadá, en Montreal. Tuvo su origen en que un número creciente de organizaciones a lo largo del mundo estaban preocupados con los cambios continuos que estaban afectando a la medicina general, precisamente como resultado del rápido incremento del conocimiento médico, y los cambios políticos, sociales y económicos que estaban influenciando la provisión de la atención médica de calidad ¹.

En 1966 se celebró la Segunda Conferencia Mundial, bajo el lema "El Renacimiento de la Medicina General". El representante de la OMS declaró "para la OMS el médico general es el más importante de todos" y "la formación del médico general es la de mayor importancia hoy y para futuras generaciones".

Aparición de la especialidad de Medicina de Familia

Fueron determinantes dos informes en la comunidad médica para que la Medicina de Familia se constituyera en especialidad, sobre todo en EEUU.

El primero fue el de la Comisión Millis en 1966, formada por técnicos y ciudadanos estadounidenses, que confirmó la fragmentación de atención de la salud, y estableció que "es el momento para una revolución, no para poner algunos remiendos". El segundo fue el del Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of the American Medical Association Council on Medical Education, presidido por William R. Willard, que abogó por la formación de un nuevo tipo de especialista: el médico de familia ¹⁰.

Estas reformulaciones comienzan de forma prácticamente simultánea en EEUU, Canadá, Australia y Gran Bretaña, durante la década de los 60, con fuertes críticas a la exclusividad de la especialización ⁸.

El Colegio de Médicos de Familia de Canadá fue fundado en 1954. Se exigía un mínimo de 50 horas anuales de formación continuada acreditada para ser miembro. En 1966 se establecen los programas educativos de postgrado de Medicina de Familia.

En 1969 se aprobó a la Medicina de Familia como la vigésima especialidad médica en EEUU y en 1969 se crean los programas educativos de postgrado de Medicina de Familia ¹¹.

En Canadá y EEUU la estrategia de desarrollo de la Medicina familiar llevó a la creación de departamentos universitarios, que, además de su función docente en el pregrado y postgrado, asumieron la responsabilidad de desarrollar la investigación y la formación de profesores de Medicina Familiar ¹². De hecho, la Sociedad de Profesores de Medicina Familiar de EEUU se creó ya en 1967 ¹³.

En Gran Bretaña se puso en marcha el examen para ingresar como miembro en 1965 ¹⁴. En 1968 el examen era ya la única manera de ingreso. A finales de los 60 existían varios sistemas de formación postgraduada. La Comisión Real de Educación Médica propuso un programa de formación de 5 años, después del año de internado (3 en hospital y 2 en atención primaria). Pero estos dos años extra nunca se llegaron a materializar.

En México la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México percibió pronto esta necesidad y en 1970 inicia el diseño de un plan alternativo en el pregrado que permitiera formar médicos generales de contacto temprano y cercano a la comunidad y con una orientación diferente. Surgió así en 1971 el Programa de Medicina General Integral. En 1975 la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México establece el Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria, primero en Latinoamérica.¹⁵

En Australia se estableció en 1973 el Programa de Medicina de Familia por el RACGP, que comenzó con 250 residentes¹⁶.

Se siguieron celebrando las reuniones bienales de médicos generales. En 1968 tuvo lugar la 3ª Conferencia Mundial con el lema: "Los Médicos Generales y la Medicina General son irremplazables" y en 1970 se realizó la 4ª Conferencia con el lema "La Unidad Familiar en la Atención de Salud". Se decidió establecer una Organización Mundial, con el nombre: **WONCA (Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Académicas Nacionales de Médicos Generales y Médicos de Familia)**¹.

En 1972 se llevó a cabo la 5ª Conferencia Mundial de Medicina General y la 1ª Conferencia de la WONCA, en Melbourne.

Otro acontecimiento decisivo fue la **CONFERENCIA DE ALMA ATA**, celebrada en 1978, que impulsó la Atención Primaria y consecuentemente la Medicina de Familia. Esta Conferencia ha sido muy criticada por considerar que sus recomendaciones sólo valían para países subdesarrollados, pero ha jugado un papel importante a nivel mundial, y ha contribuido al desarrollo de la Medicina de Familia en el resto de los países.

Las principales actividades sanitarias de más de 140 países aceptaron de forma unánime la Declaración de Alma Ata, y posteriormente aprobaron estrategias sanitarias para conseguir "la salud para todos en el año 2000". Estas estrategias situaban la Atención Primaria de Salud como la base para alcanzar un nivel adecuado de salud para toda la población

Según H. Vuori "un país puede proclamar que posee una A.P. en el sentido más profundo del término sólo si su sistema sanitario es justo e igualitario, si promueve la autorresponsabilidad en el cuidado de la salud y la solidaridad internacional y asume un concepto amplio de salud"¹⁷.

Evolución de la especialización en Medicina de Familia

En **Europa** la resolución 30/1977 del Comité de Ministros del Consejo de Europa recomendó a todos los Estados miembros la potenciación de la Medicina Primaria como piedra angular del sistema sanitario. Esto se concreta poco después con la Directiva de la Comunidad Económica Europea 86/457, que estableció la necesidad de una formación específica en Medicina General en todos los países miembros, de al menos dos años de duración, y que es obligatoria a partir del 1/1/1995 para ejercer en los sistemas públicos de todos los países de la Unión Europea¹⁸.

En 1993 el Comité Permanente de Médicos de la Comunidad Europea publicó un documento referido a formación, en el que se decía: "La política básica del Comité Permanente sobre la formación en Medicina General estima que la formación postgraduada específica es esencial, y debe durar como mínimo tres años"¹⁹.

Posteriormente, la Conferencia de Consenso sobre Formación Específica en Medicina General/de Familia de la Unión Europea des Médecins Ordinaires (UEMO), celebrada en Copenhague en 1994, ratifica la necesidad de que la formación debe ser de tres años²⁰.

Es destacable la evolución de la especialidad en algunos países europeos, tomando como un

ejemplo Gran Bretaña^{21 22}.

En 1981 se creó el **Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF)**, que ha jugado desde entonces un papel fundamental en el desarrollo de la Medicina de Familia en los países de la Península Ibérica y de América Latina. En 1981 existían 21 programas de residencia en medicina de familia de 3 años, y en 1991 eran ya 200 programas en la región. Durante los años 80, bajo la influencia del CIMF, se desarrollaron programas de formación en medicina de familia en Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, Paraguay y Uruguay²³.

En 1991 se publicó la **Declaración de la WONCA: "El papel del médico general/de familia en los sistemas de atención de salud"**. Son de destacar dos afirmaciones del documento:

* "La Atención Primaria de Salud de alta calidad depende de la disponibilidad de médicos generales/de familia bien entrenados, trabajando como miembros de equipos de salud en la comunidad."

* "La Medicina General/ Familiar necesita ser firmemente establecida como la disciplina central de la medicina, alrededor de la cual se ordenan las disciplinas médicas y de las profesiones aliadas de la salud, para formar un equipo cooperativo en beneficio del individuo, la familia y la comunidad"²⁴.

En noviembre de 1994 tuvo lugar en Ontario, Canadá, una **Conferencia conjunta OMS-WONCA**, que está teniendo una gran repercusión. Fruto de ella, se publicó el **Documento: "Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuadas a las necesidades de la población: la contribución del médico de familia"**²⁵.

En el preámbulo se dice: "El constante y deseado progreso para una atención sanitaria adecuada, cualitativa con mejor coste-eficacia y equitativa, requiere una movilización activa del total de los profesionales sanitarios. Los médicos de familia son considerados como personas que poseen una situación fundamental a la hora de proporcionar una atención sanitaria global, continuada, coordinada y personalizada. Su papel, a la vez que los demás profesionales de atención primaria, es considerado muy importante para llevar a cabo una utilización óptima de los recursos sanitarios. En el futuro, su papel, dentro de los sistemas sanitarios, llegará a ser incluso más importante si son capaces de mejorar la coordinación de la salud individual y de los servicios sanitarios comunitarios".

Se establecieron veintiuna recomendaciones de gran interés.

Uno de los resultados de esta Conferencia es convocar reuniones regionales para profundizar en las recomendaciones aprobadas. En **septiembre de 1996, en Buenos Aires**, se ha realizado la primera reunión regional de estas características, para toda América, con el lema: "**Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud**". Fue organizada por el CIMF y contó con representantes de toda América: expertos de OPS, CIMF, de Europa, decanos de Facultades de Medicina, y representantes de todas las Asociaciones Nacionales de Medicina de Familia y de los Ministerios de Salud. Se aprobó la **Declaración de Buenos Aires**, que tendrá una importante repercusión para el crecimiento de la Medicina de Familia en todo el continente americano, y también en el resto del Mundo.

En otros muchos países está habiendo una evolución hacia la Medicina de Familia. Se van a comentar como ejemplo China y los Países del Este de Europa.

En la **República Popular de China** hay un gran número de médicos que ejercen en la comunidad. Sin embargo, se considera que su calidad no es satisfactoria. La inadecuada formación de los que ejercen en los servicios primarios ha causado una falta de confianza en la población y, por esto, falta de confianza en sus propias habilidades. Por tanto, se ha organizado un programa de formación en medicina de familia/medicina general, y se ha implementado como tarea prioritaria por la Sociedad de Medicina General de Pekín y por el Centro Docente de Medicina de Familia/Medicina General de la Universidad Capital de Ciencias médicas en Pekín²⁶.

En el **Este de Europa** se están produciendo grandes cambios desde la desaparición de la

Unión Soviética. En la mayoría de estos países la Atención Primaria se dispensaba en policlínicas, con pediatras, internistas y ginecólogos, sin médicos generales. En los últimos años ha surgido una preocupación creciente por potenciar el papel de la medicina de familia como eje del sistema sanitario. En Estonia, en 1991, se inició un programa de postgrado de Medicina de Familia de dos años de duración. En la república Checa se están creando departamentos universitarios de medicina de familia. Rumania ha iniciado la formación postgraduada específica, con ayuda del RCGP británico y ha reconocido la medicina de familia como una especialidad ²⁷.

Conclusión

Es importante destacar que la Medicina Familiar es la única especialidad médica que no ha surgido del progreso de las ciencias médicas y tecnológicas, sino por la presión de atender imperiosas necesidades sociales, tanto de las comunidades como del Estado ⁸.

Este origen social de la Medicina Familiar imprime su sello a los principios que la rigen y a la naturaleza misma y objetivos de todas sus actividades, que persiguen la atención integral al ser humano, dentro de su contexto familiar y sus interrelaciones con el medio ambiente y la comunidad de la cual forma parte. En síntesis se trata de la humanización de la medicina. ⁸

La Medicina de Familia es la combinación de la tradición humanista, del antiguo médico de cabecera, con el desarrollo tecnológico de la segunda mitad del siglo XX, dentro del marco producido por la colectivización de la asistencia médica.

Nuestro reto, como médicos de familia, es lograr una armoniosa combinación de estos elementos y "ser los protagonistas de una etapa nueva en la historia de la asistencia al enfermo", según palabras del Prof. Laín Entralgo ³.

BIBLIOGRAFÍA

1. The World Organization of Family Doctors (WONCA). WONCA - The First Twenty Years: 1972-1992. Hong Kong: WONCA, 1992.
2. Mc. Whinney I. Medicina de Familia. Barcelona: Doyma Libros S.A, 1995.
3. Laín Entralgo P. Dignidad y misión del médico de familia. Madrid: Ed. Doyma S.A.,1997.
4. Loudon ISL. The origin of the general practitioner. Journal of the RCGP 1983; 13-23.
5. Sosa M. Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud. Aten Primaria 1987; 4: 286-293.
6. Ceitlin J. Medicina Familiar: la alternativa de la sociedad para el siglo XXI. M.F. 1988; 6 y 7: 22-27.
7. Owens T. La tradición inglesa en Medicina Familiar. M.F. 1988; 6 y 7: 53-55.
8. Iturbe P. La Medicina Familiar: calidad en Atención Primaria, base del sistema nacional de salud. M.F. 1987; 4: 23-34.
9. Tudor Hart J. Necesitamos un nuevo tipo de médico de cabecera. Aten Primaria 1984; 1: 109-115.
10. Taylor R.B. Medicina de Familia: la disciplina, la especialidad y el médico. En: Taylor R.B. Medicina de Familia. Principios y Práctica. 3ª Edición. Barcelona: Doyma, 1988.
11. Owens T. Ian Whinney y la medicina contemporánea. M.F. 1989; 10: 49-52.
12. Ceitlin J. Los médicos de familia, motores del cambio. MF 1990; 2: 238.
13. Rodnick J.E. A Brief History of STFM: Reflections on Our First Decade, 1967-1977. Family Medicine 1987; 19: 335-387.
14. Walker J. History of the MRCGP examination. Occasional Paper. RCGP 1990; 46: 1-3.
15. Chavarría Morales, R. Vigencia y contexto de la Medicina Familiar en México. M.F. 1988; 6 y 7: 48-52.
16. Fabb. WE. Australia. En: Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población: la contribución del médico de familia. Barcelona: semFYC, 1996.
17. Vuori H. ¿Qué es la Atención Primaria de Salud?. Aten Primaria 1984; 1: 3-4.
18. Directiva del Consejo de las Comunidades Europeas 86/457/CEE, de 15/9/86, relativa a la formación específica en medicina general. Diario Oficial de las Comunidades Europeas (19/9/86).
19. Declaración de Principios Generales del Comité Permanente de Médicos de la Comunidad Europea. OMC 1994; 34: 16-23.
20. Conclusiones de la conferencia de consenso sobre medicina de familia/general de la UEMO. Copenhague, octubre de 1994. En: Cuadernos de gestión 1995 (1): 1; 61.
21. Hasler J. History of vocational training for general practice: the 1970s and 1980s. Journal of the RCGP 1989; 39, 338-341.
22. Pereira Gray D. History of the Royal College of General Practitioners - The first 40 years. British Journal of General Practice 1992; 42, 29-35.
23. Ceitlin J. América Central y del Sur. En: Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población: la contribución del médico de familia. Barcelona: semFYC, 1996.
24. WONCA. El papel del médico general/de familia en los sistemas de atención de salud. MF 1992; 4: 7-13.
25. Documento WONCA-OMS. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población: la contribución del médico de familia. Barcelona: semFYC, 1996.
26. Zeyi. C. China. en: Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población: la contribución del médico de familia. Barcelona: semFYC, 1996.
27. Gené J. La medicina de familia en la nueva Europa. Aten Primaria 1992; 10: 703-704.