Facultad de Medicina
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

UBA
Universidad de Buenos Aires
Argentina virtus robur et studium

Departamento de Medicina Familiar

1.Profesor Dr Battistella, Gabriel
Jefe de Departamento Medicina Familiar
2. Medico Adscripto al Dpto de MF Dr Cacace, Patricio J
JTP UAC II
3. Medico Adscripto al Dpto de MF Dr Tomasone, Andrés O.
JTP Departamento de Medicina Familiar , UBA
Encargado de Enseñanza, UAC II

ORÍGENES DE LA MEDICINA FAMILIAR

Dr. Ian McWhinney

En los países de habla inglesa, la Medicina Familiar se desarrolló desde la práctica general. Durante el siglo XIX y a principios del siglo XX la gran mayoría de la profesión médica estaba constituida por médicos generales, los que practicaban medicina, cirugía y obstetricia. En los primeros años del siglo XX, comenzaron a surgir las especialidades mayores: medicina interna, cirugía, pediatría, obstetricia y psiquiatría. La entrada a estas especialidades se hacía a través del entrenamiento de postgrado y los médicos generales fueron definidos por su falta de entrenamiento adicional. Se asumía que cualquier graduado médico podía ser un médico general y que la práctica general no era una disciplina clínica por derecho propio.
Durante la segunda mitad del siglo XX el número de especialistas creció grandemente y las especialidades mayores se frag- mentaron en subespecialidades más estrechas. El número de médicos generales declinó y el entrenamiento más limitado de los especialistas no los preparaba para manejar el amplio espectro de padecimientos tradicionalmente atendidos por los generalistas. En este tiempo, emergió el concepto de niveles de atención. A nivel de la atención primaria el público tiene acceso a un médico generalista que es capaz de manejar de 85 a 90 por ciento de todos los problemas de salud. Si se requiere asesoramiento o tratamiento especializado el paciente es derivado al nivel secundario que incluye las especialidades mayores. Los pacientes que requieren manejos complejos, especialmente con tecnologías caras, son derivados a los centros de atención terciaria que sirven a grandes poblaciones y están a menudo asociados con escuelas de medicina.
Alrededor de los años 50, el declinante número de médicos generales comenzó a crear una brecha en el nivel de atención primaria. Fue en esa época que en muchos países se formaron los Colegios y Academias de Medicina General, dedicados al desarrollo académico de la disciplina. La práctica de la medi- cina general comenzó a ser vista, no simplemente como el grueso indiferenciado de la profesión sino como una disciplina clínica y un cuerpo de conocimientos por propio de- recho. En los Estados Unidos, por ejemplo, el informe de la Comisión Millis en 1966, titulado La Educación Graduada de los Médicos, recomendó el entrenamiento especializado de postgrado para todos los médicos de atención primaria. En los años siguientes se formaron los departamentos de medicina general o medicina familiar en las escuelas de medicina, se

desarrollaron programas de entrenamiento, y se establecieron las calificaciones para la especialidad. En los Estados Unidos, la Medicina Familiar se convirtió en una especialidad certificada por un Consejo ad-hoc. En Canadá, el primer examen para certificación tomado por el Colegio de Médicos de Familia se realizó en 1969.
En algunos países, estos desarrollos fueron acompañados por un cambio del nombre de la práctica general a Medicina Familiar. En otros, se retuvo el viejo nombre para una nueva disciplina. Los nuevos programas de entrenamiento están basados en dos importantes principios educacionales. Primero, como en otras disciplinas clínicas, el que se entrena debe aprender las destrezas fundamentales, el "core", mediante práctica supervisada en su propia disciplina, una unidad docente de Medicina Familiar. Segundo, los supervisores y los profesores y docentes, deben ser médicos de familia. Otros especialistas clínicos y otros ámbitos educativos desempeñan un rol, pero no el central, en el currículo. En muchos lugares del mundo los departamentos de Medicina Familiar, ocupan una parte importante en el currículo de grado.

LOS PRINCIPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR

Existen nueve principios. Ninguno es único ni particular de la Medicina Familiar y no todos los médicos de familia ejemplifican los nueve completos. Sin embargo, cuando se toman en conjunto, esos principios representan una visión distinta del mundo, un sistema de valores y un enfoque de los problemas que se identifica como diferente de los de otras disciplinas.

1. El médico de familia está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial. Ese compromiso se abre en dos sentidos: Primero, no está limitado por el tipo de problemas de salud; el médico de familia está disponible para cualquier problema de salud en una persona de cualquier sexo y edad; su práctica no está limitada siquiera a lo estrictamente definido como problema de salud: el paciente define el problema; esto significa que un médico de familia nunca puede decir - "Lo siento, pero su malestar o su enfermedad no está en mi campo" - Cualquier problema de salud de uno de nuestros pacientes está en nuestro campo; aunque podemos derivar al paciente para tratamiento especializado, nosotros somos responsables de la evaluación inicial y de la coordinación de la atención. Segundo, el compromiso no tiene un punto final definido; no termina con la curación de una enfermedad, la finalización de un curso de tratamiento, o la incurabilidad de un padecimiento; en muchos casos el compromiso se establece mientras la persona está sana, antes de que se haya desarrollado cualquier problema, en otras palabras, la Medicina Familiar se define a si misma en términos de relaciones, lo que la hace única en los principales campos de la medicina clínica.

2. El médico de familia se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad. Escribió William James: "Para comprender una cosa correctamente, necesitamos verla tanto fuera de su ambiente como dentro de él y conocer la gama completa de sus variaciones." Muchos padecimientos no pueden ser com- prendidos completamente a menos que se vean en el contexto personal, familiar y social. Cuando un paciente es admi- tido al hospital, mucho de ese contexto de la enfermedad es removido u oscurecido. La atención parece ser enfocada sobre el frente más que sobre el fondo, de lo que resulta a menudo una imagen limitada de la enfermedad.

3. El médico de familia ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud. Puesto que el médico de familia ve a cada uno de sus pacientes, en promedio, alrededor de cuatro veces por año, ello constituye una fuente muy rica de oportunidades para aplicar la medicina preventiva.

4. El médico de familia ve a su práctica* como una "población en riesgo". Los clínicos piensan normalmente en término de pacientes individuales más que en grupos de población. Los médicos de familia tienen que pensar en término de ambos. Esto significa que uno de sus pacientes que no ha sido inmu- nizado u otro al que no se ha controlado la presión sanguínea, deberían preocuparle tanto como aquel que se atendió para control del niño sano o el que es tratado por hipertensión. Esto implica un compromiso de mantener la salud en los miembros de su grupo de práctica, se atiendan o no en el consultorio.

5. El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud. Todas las comunidades tienen una red de apoyo social, oficial o no oficial, formal o informal. La palabra red sugiere un sistema coordinado lo que no siempre es así. A me- nudo los miembros de los servicios de salud y de los servicios sociales - incluyendo a los médicos - trabajan en compartimentos estancos, sin ningún asidero como sistema en conjunto. Un médico de familia puede ser mucho más efectivo si puede desplegar todos los recursos de la comunidad en bene- ficio de sus pacientes.

6. Idealmente, el médico de familia debe compartir el mismo hábitat de sus pacientes. Esto le da un conocimiento de primera mano de las condiciones de vida y trabajo de sus pacien- tes. En años recientes esto se ha vuelto menos común excepto en áreas rurales.

7. El médico de familia ve a sus pacientes en las casas así como en el consultorio y el hospital. Hasta los tiempos actuales, la atención de los médicos en los hogares era una de las expe- riencias más profundas de la práctica de la medicina familiar. Era en el hogar donde sucedían muchos de los grandes eventos de la vida: el nacer, el morir, el enfermarse o recobrarse de enfermedades serias. Estar presente con la familia en estos eventos daba a los médicos de familia mucho de sus cono- cimientos acerca de los pacientes y sus familias. Conocer el hogar le daba una comprensión tácita de la ecología de la enfermedad. Ecología deriva de las raíces griegas oikos, casa y logos, afición o estudio lo que significa literalmente el estudio de las casas. El surgimiento de los hospitales modernos removió muchas de estas experiencias del hogar. Había ventajas técnicas y ganancias en eficiencia, pero el precio fue de algún modo el empobrecimiento de la experiencia de medicina familiar. La actual redefinición del rol del hospital está cambiando el equilibrio de nuevo y tenemos ahora la oportunidad de res- taurar los cuidados en el hogar como una de las experiencias definidas y destrezas esenciales de la medicina familiar.

8. El médico de familia da mucha importancia a los aspectos subjetivos de la medicina. En la mayor parte de este siglo, la medicina ha sido dominada por un enfoque estrictamente objetivo y positivista de los problemas de salud. Para los médicos de familia, esto ha tenido siempre que ser reconciliado con la atención a los sentimientos y una comprensión profunda de las relaciones. La comprensión profunda de las relaciones requiere un conocimiento de las emociones, incluyendo nuestras propias emociones. De allí que la medicina familiar debe ser una práctica auto-reflexiva.

(NT: practice en inglés, se refiere al conjunto de pacientes que atiende un médico de familia)

9. El médico de familia es un coordinador (gestor) de los recursos. Como generalista y médico de primer contacto, el médico de familia tiene el manejo de amplios recursos y es capaz, dentro de ciertos límites, de controlar la admisión al hospital, el uso de investigaciones, las prescripciones de trata- miento y la derivación hacia los especialistas. En todas partes del mundo, los recursos son limitados -a veces, severamente limitados. Es por lo tanto la responsabilidad de los médicos de familia manejar estos recursos para beneficio de sus pacientes y para la comunidad toda. Desde el momento en que los in- tereses de un paciente individual pueden entrar en conflicto con los de la comunidad en su conjunto, esto puede originar problemas éticos.

BASES BIOLOGICAS DE LA MEDICINA FAMILIAR

La medicina moderna está basada en una metáfora mecanicista de la biología. Su meta ideal, como fue expresada por el genetista Arthur Zucker (1981) - es "alcanzar diagnósticos mediante un estudio bioquímico-biofísico del organismo. Idealmente, los problemas psicológicos pueden ser captados por esta técnica. Es parte de la presunción de la medicina reduccionista que, en lo más pequeño, los estados mentales tienen correlatos físicos clínicamente útiles."

La reducción confiere indudables beneficios al disminuir el número de principios explicatorios para fenómenos que de otra manera serían disparatados (Foss, 1994). Sin embargo, como señala Foss, la reducción puede verse generalizada en el reduccionismo: "una creencia en la aplicabilidad universal de la causación hacia arriba: el universo está compuesto de entidades fundamentales -órganos, células, organelas, genes, por último quizás, partículas elementales - cuyas interacciones intrincadas son responsables de los comportamientos complejos." (Foss, 1994)

La diferencia entre reducción y reduccionismo es ilustrada por el desarrollo del sumatriptan para la migraña. Reduciendo la migraña a su correlato bioquímico produjo una droga clínicamente útil, pero sugerir que el síndrome está completamente explicado o que la farmacoterapia es una solución completa del problema de la migraña es reduccionismo.

El biólogo F. E. Yates escribió (1992): "...las ciencias biológicas sufren ahora la permeación de un reduccionismo mecanicista en la forma de dos metáforas limitantes e inapropiadas: 1) la metáfora dinámica de los organismos como máquinas, y 2) la metáfora informativa, o la vida como un texto escrito en el DNA... ambas metáforas son falsas y destructivas de los avances conceptuales en la comprensión fundamental de los sistemas vivientes complejos que se auto-organizan, crecen, se desarrollan, adaptan, reproducen, reparan y mantienen la forma y la función, envejecen y mueren. El surgimiento de las ciencias de la complejidad ofrece una avenida fresca, no- reduccionista hacia la naturaleza, origen, y construcción de la vida".

Aunque el organismo tiene algunas características parecidas a las máquinas, cualquier cosa que hagamos para la salud del cuerpo depende de los poderes de curación de la naturaleza. Los organismos vivos tienen propiedades que no poseen las máquinas: crecimiento, regeneración, curación, aprendizaje, auto-organización y auto-trascendencia. En su mayor éxito, la medicina trabaja apoyando estos procesos naturales. Los cirujanos drenan abscesos, ensamblan fracturas, reparan heridas, alivian obstrucciones. La inmunización fortalece las defensas del organismo. Las drogas más efectivas son aquellas que apoyan las defensas naturales y mantienen el equilibrio en el medio interno. Los regímenes tradicionales de nutrición balanceada, reposo, sueño profundo, ejercicio, alivio del dolor y la ansiedad, y apoyo personal, son todas medidas que favorecen los poderes curativos del organismo.

La Medicina Familiar está basada en una metáfora organísmica de la biología. Es natural para los médicos de familia pen- sar organismicamente. "En contraste con la física, la biología presenta diversidad y especialidad de formas y funciones, y, algunas veces, un chocante localismo de la distribución de sus objetos. Los sistemas biológicos son complejos cualquiera sea la definición del término" (Yates, 1992).

¿Que significa pensar organísmicamente? Un organismo es un particular lo que quiere decir que "ocupa una región del espacio, persiste a través del tiempo, tiene límites, y tiene un ambiente que lo rodea" (Gorovitz & MacIntry, 1976). Lo importante acerca de los particulares es que su comportamiento no puede ser explicado o predicho aplicando solamente las leyes generales de las ciencias. Si la ley se aplica o no a un particular, dependerá de su historia y su contexto o medio ambiente. Hay una incertidumbre inherente a todas las aplicaciones de los principios científicos generales a lo particular. Cuando más complejo es lo particular mayor es la incertidumbre, y un pa- ciente enfermo es muy complejo. Pensar organísmicamente es pensar complejidad y aceptar la incertidumbre. Las generalizaciones deben ser enmarcadas en términos como: "dado este contexto, lo siguiente se aplicará en su mayor parte". De todas las disciplinas clínicas, la medicina familiar opera al más alto nivel de complejidad.

El pensamiento organísmico no es lineal sino de multinivel. El organismo se mantiene en un estado de equilibrio dinámico mediante un flujo recíproco o circular de información a todos los niveles y entre el organismo y su medio. A través de canales multiniveles, el cambio en cualquier parte puede reverberar a través de todo el organismo y sus alrededores. La necesidad de una corriente constante de información puede ser vista en los efectos desestabilizadores de la privación sensorial en los seres humanos. La información es llevada en la forma de símbolos que forman mensajes que son decodificados en el nivel apropiado del organismo. A niveles más bajos, la información es llevada por hormonas y neurotransmisores. A nivel del organismo total es llevada por estímulos que alcanzan los sentidos especiales, entre los cuales están las palabras y otros símbolos cuyo significado se expresa en las relaciones humanas. Esto provee el fundamento de nuestro conocimiento acumulativo del efecto de las relaciones sobre la salud y la enfermedad.
La transición del pensamiento desde lo mecanicista a lo orga- nísmico requiere un cambio radical en nuestra noción de la causación de la enfermedad. Hemos aprendido a pensar en un agente causal como una fuerza que actúa en modo lineal sobre un objeto pasivo como cuando una bola de billar que se mueve choca contra una bola que está parada. En sistemas auto-organizados como los seres vivos la causación no es li- neal. Los múltiples circuitos de realimentación entre el orga- nismo y el medio y entre todos los niveles del organismo nos obliga a pensar en redes causales y no en líneas rectas. El orga- nismo además, no es un objeto pasivo. La "causa específica" de una enfermedad puede solamente ser el gatillo que libera el proceso que ya está en forma potencial en el organismo. Las causas que mantienen una enfermedad e inhiben la cu- ración pueden ser diferentes de las causas que la iniciaron y pueden incluir los propios comportamientos de inadaptación del organismo. Las medidas terapéuticas pueden actuar no sobre el agente causal sino sobre las defensas del organismo, como parece ser el caso de los beneficios terapéuticos de las relaciones humanas. En un sistema complejo, causa y efecto no son usualmente cercanos entre ellos en tiempo y espacio (Briggs y Peat, 1990) y desde que los procesos orgánicos se mantienen o cambian por múltiples influencias es difícil pre- decir las consecuencias de una intervención. Es verdad que nosotros podemos aún aislar un eslabón de la red causal como nuestro punto de intervención como cuando prescribimos un antibiótico, pero aún en estas ocasiones debemos ser conscientes del contexto general en el que estamos operando, y de los efectos recíprocos de nuestra intervención. La complejidad de la enfermedad que encontramos en Medicina Familiar hace natural para nosotros pensar de esta manera. ¿El aislamiento del apoyo social es causa de depresión o la depresión causa el aislamiento? ¿Ha causado este evento vital la depresión o es solamente el gatillo que liberó una depresión en un individuo susceptible? En ciencias humanas podemos establecer relacio- nes entre eventos pero es a menudo difícil establecer la causa. ¿Implica esto impotencia terapéutica? No, pero esto requiere un cambio del pensamiento causal simplista a pensar en como puede facilitarse el cambio en sistemas complejos.

SISTEMAS AUTO-ORGANIZADOS

La teoría general de los sistemas es una respuesta a las limitaciones de la ciencia del siglo XIX. La visión de un mundo mecanicista y los métodos reduccionistas de la ciencia del siglo XIX no eran capaces de tratar adecuadamente los fenómenos orgánicos como la organización y el crecimiento. El método reduccionista trataba los problemas partiéndolos en tamaños más pequeños: separándolos de sus entornos y reduciéndolos tanto como era posible a cadenas causales lineales, simples. La teoría sistémica intenta hacer lo opuesto: enfocar los problemas incluyendo todas las relaciones significativas. Un sistema está definido por Von Bertallanfy (1968) como "un orden dinámico de partes y procesos que están en mutua interacción uno con otro." Algunos de los conceptos básicos de la teoría de los sistemas son los siguientes:
La naturaleza está ordenada como una jerarquía de sistemas, tanto vivientes como no-vivientes. Los sistemas vivos van desde la molécula a la célula, al tejido, al órgano, al organismo, a la familia,

a la comunidad, a la sociedad. Cada nivel en la jerarquía es un todo en si mismo así como parte de un todo mayor: en las palabras de Koestler (1979) es como Jano, con dos caras, una mirando a un sistema de orden superior y la otra mirando hacia un subsistema de orden menor. Los sistemas están relacionados entre ellos no solo jerárquicamente y verticalmente sino horizontalmente. El sistema inmunológico se comunica con el sistema nervioso en el mismo nivel de la jerarquía vertical. Los sistemas sociales -familia, comunidad, cultura - se relacionan uno con otro en el mismo nivel; una persona puede ser un componente de los tres.

Si nosotros pensamos en término de sistemas humanos, una persona está en el más alto nivel de la jerarquía organísmica y en el más bajo nivel de la jerarquía social. Cada sistema tiene características que son únicas para ese nivel y solamente pueden ser explicadas por criterios apropiados para ese nivel. Un sistema social como la familia, por ejemplo, no puede ser explicado solo en términos biológicos y un sistema vivo no puede ser explicado solo en términos de física y química. Un sistema tampoco puede ser comprendido estudiando cada parte individualmente. Comprender el todo requiere conocer el propósito del sistema y cómo interactúan sus partes para alcanzar ese propósito. Esta característica de los sistemas es conocida como emergencia. Un sistema tiene propiedades que no están presentes en las partes individuales: ellas emergen de las relaciones entre las partes, la organización. Cuando un sistema se rompe en sus partes componentes las propiedades emergentes se pierden.

Todos los sistemas vivos son sistemas abiertos, en los cuales se intercambia tanto energía como información entre las interfaces o límites del sistema. Cada sistema existe en un estado de equilibrio interno dinámico entre sus partes y en un estado de equilibrio externo con los sistemas que forman su medio. Si el equilibrio es perturbado por cambios dentro o fuera del sistema comienzan a actuar fuerzas correctivas que pueden restaurar el equilibrio o volver al sistema a un nuevo estado de equilibrio. La interdependencia mutua de las partes del sistema es un concepto básico para la teoría de los sistemas. Cualquier cambio en una parte produce cambios en el todo y desde que la naturaleza es un continuo, los cambios reverberan hacia arriba y abajo en los niveles jerárquicos del sistema.

Estos cambios no pueden ser partidos en simples cadenas causales sin sobre simplificar groseramente el proceso. Hacer esto es pensar en el “sistema cerrado” típica forma de la ciencia del siglo diecinueve. Las limitaciones de este modo de pensa- miento han sido ilustradas por los efectos sobre todo el ecosis- tema de las innovaciones tecnológicas como los pesticidas. En un sistema complejo las causas no operan de un modo lineal. Las enfermedades crónicas pueden causar depresión, la cual puede llevar a su vez al abandono del tratamiento, lo que resulta en un empeoramiento de la enfermedad lo que entonces exacerbará la depresión y así sucesivamente.

La teoría de los sistemas, forma la base del modelo biopsicosocial de la enfermedad (Engel, 1980)

De acuerdo con lo organísmico, la visión sistémica, todas las enfermedades serias afectan al paciente en múltiples niveles, desde el molecular al social. El propósito de la medicina familiar es evaluar y tratar la enfermedad en todos los niveles apropiados. El modelo biopsicosocial ha sido aplicado o puesto en operación en el método clínico centrado en el paciente (Stewart, et al., 1994) que tiene los siguientes componentes:

✤ 1. Explorar la enfermedad (patología) y el padecimiento (experiencia del paciente).
✤ 2. Comprender al paciente como una persona total con una historia de vida única.
✤ 3. Encontrarunabasecomúnconelpacienteparaexplicar y tratar la enfermedad.
✤ 4. Incorporar la prevención y la educación de la salud.
✤ 5. Reforzar la relación médico-paciente.
✤ 6. Ser realista acerca del tiempo y los recursos.

RELACION MEDICO-PACIENTE

La Medicina Familiar se define a si misma en términos de relaciones, especialmente la relación médico paciente. Un gran cuerpo de evidencia apoya el poder terapéutico de las relaciones de apoyo y las dañinas consecuencias de la falta de apoyo social (McWhinney, 1994). Estudios recientes ponen en evidencia que el apoyo grupal aumenta la supervivencia de los pacientes con cáncer de mama metastático y el melanoma maligno (Spiegel et al., 1989; Fawzy et al., 1994). Las rela-ciones de apoyo parecen actuar en el sistema inmune de los pacientes, por eso, reforzando la resistencia de los pacientes y los poderes de curación de los mismos. Las relaciones de largo término entre paciente y médico en la medicina familiar pro- veen una base fértil para este efecto terapéutico. Desde que las relaciones se producen o se deterioran por las emociones es importante para los médicos de familia no solo atender los sentimientos de sus pacientes sino también ser conscientes de los suyos propios.

Bibliografía

1. Briggs J and Peat DF. Turbulent Mirror: An Illustrated Guide to Chaos Theory and the Science of Wholeness. Harper & Row. New York 1989.
2. Engel CL.1980. The clinical application of the biopsychoso- cial model. American Journal of Psychiatry 17:55.
3. Fawzy FL, Fawzy NW, Hyun CS. 1994. Short-term psychiat- ric intervention for patients with malignant melanoma: effects on psychological state, coping, and the immune system. In: Lewis CE, O'Sullivan C and Barrowclough J. Ed. The Psycho- immunology of Cancer: Mind and Body in the Fight for sur- vival. Oxford University Press.
4. Foss L. 1994. The biomedical paradigm, psychoneuroim- munology and the black four of hearts. Advances 10(1):- 44.
5. Mills JS (chairman). 1996. The graduate education of physi- cians: Report of the Citizens Committee on Graduate Medical Education. American Medical Association.
6. Gorovitz S, MacIntyre A. 1976. Toward a theory of medical fallibility. J Med Philosophy 1:51-71.
7. Koestler A. 1979. Janus: A summing up. Picador.
8. McWhinney IR. 1994. Medicina de Familia. Madrid, Spain Mosby.
9. Spiegel D, Bloom J, Yalom ID. Effect of psychosocial treat- ment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet. 1989;Oct 14:888-901.
10. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, Mc- William CL, Freeman TR. 1994. Patient-Centred Medicine. Transforming the clinical method. Thousand Oaks, Ca: Sage Publications.
11. Von Bertallanfy L. 1968. General System Theory. New York: George Braziller.
12. Yates FE. 199. Self-organizing systems. in: Boyd CAR and Noble D. (eds) The Logic of LIfe: The challenge of integrative physiology. Oxford University Press.
13. Zucker A. 1981. Holism and Reductionism: A view from genetics. J. of Medicine and Philosophy. 6:.

j
L
a
s
f
a

adeformaciónposgraduadacreóunaimagenintelectualmenteinferior.jLaMedici

admédicainternacionaltomóconciencia deque elmédicorecién egresadono estaba p

reparra-doparraatenderlosproblemasdelapoblación.jEnmuchospaísessecrearon l

nentes.jLaWONCA(OrganizaciónMundialdeMédicosGeneralesMédicosdeFamilia

)seconstituyeen1972.jLaUniódeMédicosGeneralistas(UEMO)defien-de,desde1

c
i
ó
n
M
u
n
d
i
a
l
d
e
l
a
S
a
l
u
d
(
O
M
S
)
(
A
l
m
a
A
t
a
,
1
9
7
8
)
d
e
f
i
n
e
l
a
A
t
e
n
c
i
ó
n
P
r
i
m
a
r
i
a
,
q
u
e
s
e
d
e

-terminacomoelámbitodetrabajoprefferencialdelosMFenequipoyparaunacomunid

adconcreta. «Ninguna transformación que vivamos, hayamos vivido o vayamos a vivir

o; la historia tiene un papel fundamental en cualquier transformación.» Javier Dom

íngueZDelolmo1producciónciientíficafuerononclavesenlaconstruc-ciónde laespe

imos 50 años, me parecí ó una tarea apreciosa, pero indudablemente compleja. Este tra

bajo es una revisión subjetiva, no sistemática, con selección no probabilística y p

orconvenienciaconunarevisiónbibliio-gráficaqueincluyeartículos2,3,libros

aFamiliaryComunitaria.Lomásextraordinariodeestahistoriaesqueeslahisto-r

tos 50 años, desearía incluir tres referentes: uno tan antiguo como la antiguaGrec

a
t
e
s
(
f
i
g
u
r
a
1
)
,
c
r
e
a
d
o
r
y
m
á
x
i
m
o
r
e
p
r
e
s
e
n
t
a
n
t
e
d
e
l
a
e
s
c
u
e
l
a
d
e
C
o
s
,
q
u
i
e
n
d
e
c
í
a
:
«
N

o existen enfermedades, sino enfermos» y «el médico debe avecesescurar, a menudo alivi

máximaatenciónaltrastornoenfer-medadlocalynoalestadogeneraldelospacien

tes, con-cepción que se mantendrá con Galeno hasta el siglo xx. El ideal de la escuela

de Coordinación de la Investigación y la Difusión

n de la 25 AMF 2018; 14(2): 79-86 79

Versión Casado Vicente Lahistoria de la Medici

ciencia al servicio del hombre. Es evidente que estas dos escuelas están en el origen

del modelo biológico (el imperante) y el modelo biopsicosocial. El siglo xix, en Am

é r i c a y E u r o p a , s e h a b í a c o n s t i t u i d o e n l a e r a d e l a m e d i c i n a g e n e r a l , q u e r e c o p i l a b a

nto. En el siglo XX aparecen los principios del siglo XX, la gran mayoría de la profesión médica

e r a n m é d i c o s g e n e r a l e s , l o s q u e p r a c t i c a b a n m e d i c i n a , c i r u g í a y o b s t e t r i c i a . C a d a

permitía continuidad y abordaje familiares. Este médico general era una persona j

e
i
m
p
o
r
t
a
n
t
e
p
a
r
a
l
a
s
f
a
m
i
l
i
a
s
y
l
a
s
c
o
m
u
n
i
d
a
d
e
s
.
E
r
a
u
n
l
í
d
e
r
c
o
m
u
n
i
t
a
-
r
i
o
,
u
n
c
o
n
s

ejero, unepidemiólogo, promovía cambios sociales e incluso económicos, era unes

tudiosocontinuoy,además,uninvestigador.Resolvíallamayorparteedelosproblem

asqueatendíaconlaslimitacionestécnicasycien-tíficasdelmomento.Susfuncio

ticaespecíficadedichosprofesionales.EnelperíododocomprendidoentrelaRevolu

ciónFrancesaylaRevolucIónIndustrial,surgIóeltérmino«médicodecabecera»7,

abecerradesucamay, porlogeneral, eranmédicosgenerales, porloquesehomologóes

tudiosos de la historia de la medicina, es considerado como la era de la especializa

ción4,7.Flexner8,en1910,presentóuninformequesupusoelini-ciodeldeclivede

asdemedicina. Yaélmismoavisabaquesedebíasercuidadosoporquesepodíaperderl

avisión global del paciente, y que médicos generales como Osler, Janeway, Hastled 8

-10 no debería ser perdidos de vista. En los primeros años de estesiglo, comenzaron

o r e s » : m e d i c i n a i n t e r n a , c i r u g í a , p e - d i a t r í a , o b s t e t r i c i a y p s i q u i a t r í a . L a e n t r

adaaestasespe-cialidadessehacíaatravésdelentrenamientodeposgra-doylosmé

dicos generales fueron definidos por su falta de entrenamiento adicional. Se asumí

aquecualquiergraduada-domédicopodíaserunmédicogeneralyquellaprácticagenera

aespecialización y superespecialización, y empezaron a aumentar el número de esp

ecialistas. En Europa, durante el siglo XIX, la proporción de médicos generales/es

pecia-listas era de 80/20, pero se convirtió en una relación de 20/80 durante los pri

za-ronconcontenidosespecializadosysuperespecializados,yseidividióelconoc

imientoenórganos,aparatosysiste-mas.Laineexistenciadeformaciónposgraduad

medicinagenerallodecátedrasydepartamentoscontribuíaacreaarunaimagenin

telectualmente inferior a la de sus colegas hospitalarios. Y a Osler (figura 2) 9 hab

íaadvertidoque«Elbuenmédicotratalaenfermedad;elgranmédicotratalpacient

equetienelaenfermedad» 7. William Osler 9, 10, como padre de la medicina hipocrática

alaca-becerradelospacientes,trajoconsigoelestudioylahu-manidadenlarelaci

ónmédico-paciente. Se puede en yaidentificar en esta épocatres grandes sin-fluenci

aspaparalamedicinagenerall,quesonlamedicinasocialyhumanistaa,lamedicinacien

tífica y académica y la Atención Primaria como ámbito propio de actuación. Y las tres

a, y la necesidad de un ámbito de actuación estructurado y solvente La medicina asocia

rdelosmé-dicosgenerales.En1920sepublicóelinformeDawson12enGranBretañaqu

é d i c a , p e r o t u v o m u c h a i n f l u e n c i a e n l a a r g u m e n t a c i ó n f u n d a - c i o n a l d e l a A t e n c i ó n P

nPholela(Sudáfrica)14enladécadade1940,quegenerólaAtenciónPrimariaOrient

adaalaComunidad(APOC)enmuchospaíses,entreellos,España.Porotraparte,sevi

nay como especialidad. Los primeros intentos de organización de los médicos generalistas

Iespara prestigiar su práctica su rgie-ronen Estados Unidos en la década de 1940 15.

En 1946, se

80AMF2018;14(2):79-8626

Verónica Casado Vicente La historia de la M

aAmericanMedicalAssociation(AMA), que supuso la primera organización profesi

onaldemédicosgeneralesconalcancenacional. Enfatizaronlanecesidaddedestac

a relacerca-mientohollísticoalapersonaysufamilia. En 1947, se fundó la American

Academy of General Practice, primera sociedad científica de médicos de familia. En

onalHealthService, en 1948, pero la aprensión asistencial la amenaza gravemente los sti

em-posdeconsultaylacalidaddelaatención.Paracubrirlasdemandasdemédicosge

nerales, degradaron su práctica 16. J. S. Collings 17 publicó, en 1950, en The Lancet

u r a l , i n d u s t r i a l y r e s i d e n c i a l , y d e s c r i b i ó l a n o - t a b l e d i f e r e n c i a e n e l p a t r ó n . E l

es-tigarlascondicionesenlapráctica general. Este artículo actúo como auténtic

ioners(GP). Segundamitad del siglo XX Loya expuesto y la seducción que experimenta

b a n l o s m é d i c o s j ó v e n e s p o r l a s e s p e c i a l i d a d e s d i s m i n u y e r o n d r á s t i c a m e n t e l a p r o p

orciónde médicos que el ejían la medicina general, vista por los recién licenciados

comoountrabajomásardouymenosprestigiado18.Sinembargo,losavancescientífic

o-tecnológicos no es-tabanexentos de efectos secundarios: pérdida de prestigio

y aislamiento de los médicos generales, atención fragmentada, elaborada junto se hac

ía a personas, sino a órganos, aparatos y sistemas. Esto entra ñó de sper sona-lizaci

ó
n
,
e
n
c
a
r
e
c
i
m
i
e
n
t
o
d
e
l
s
i
s
t
e
m
a
y
a
p
a
r
i
c
i
ó
n
d
e
b
o
l
s
a
s
d
e
i
n
e
f
i
c
i
e
n
c
i
a
y
t
e
c
h
o
s
d
e
a
t
e

n c i ó n . L a m i s m a p o b l a c i ó n e m p e z ó a c u e s t i o n a r s e q u e l a m a y o r í a d e l o s p r o b l e m a s f u e r

anatendidospormédicosespecialistasverticales, quedesconocíanelementosese

n c i a l e s p a r a e l a b o r d a j e i n t e g r a l d e l o s p r o b l e m a s d e s a l u d d e l o s i n d i v i d u o s . L o s a l

tísimoscostesdeestaatenciónde salud y su relativa efectividad hiciéronreflexi

nEsta-dosUnidos,Canadá,GranBretaña,paísesnórdicos,etc.,conextensiónpost

e r i o r a l a m a y o r í a d e l o s p a í s e s . A p a r t i r d e 1 9 5 0 , l a c o m u n i d a d m é d i c a i n t e r n a c i o n a l

tomó conciencia de que el médico que egresaba de las facultades no estaba preparado

para atender los problemas de la población. Se precisa abaun profesional que maneja r

alamayorparte de las necesidades de la población y que atendiera la persona en su co

mplejidad. La práctica de la medicina general comenzó a ser vista no simplemente como

o e l g r u e s o i n d i f e r e n c i a d o d e l a p r o f e s i ó n , s i n o c o m o u n a d i s c i p l i n a c l í n i c a c o n u n c

é c a d a d e 1 9 6 0 y s e e x t e n d i ó e n l a d é c a d a d e 1 9 7 0 a d i f e r e n t e s p a í s e s 1 5 . L o s e s f u e r z o s s

mejora de la formación para la construcción de una identidad propia con cuerpo docto r

inaldefinido. Enestaépocayenmuchospaísesseformaronlos colegiosyacademias d

ndiálogoentrelosmédicosgeneralesylosgobiernosatravésdesusrepresentante

s. Reino Unido Elhitoquemarcó la historia de la medicina general brita-nica fue la D

ualsecongregaronlasvoluntadesdellamayoríadegeneralistas.Estacartapermiti

ólaindependenciaideológicadeunnuevocolegio,elRoyalCollegeofGeneralPract

itioners (RCGP), fundado a finales de 1952. En 1965 el abordó el primer documentos sobr

t i t i o - n e r s » 2 0 , e n e l q u e s e c o n c l u í a q u e « u n s e r v i c i o d e m e d i c i - n a g e n e r a l s o l o p u e d

esobrevivirsiquienestrabajanenéltienenunaformaciónrigurosa,condicionesss

satisfactorias de trabajo y buenas oportunidades, similares a los que trabajan en un

servicioespecializado». Este informe fue decisivo para la Royal Commission on Med

icalEducation, que en el informe Todd (1968) 21 aceptaba la medicina general como es

especialidad. Por razones históricas y políticas, la tensión entre la formación pre

graduada y posgraduada obstaculizó la primera. En 1953, el RCGP evidenció que la en

LapriméracátedrademedicinagenerallsecreóenEdimburgoen1963.En1972existían

oncedepartamentosdemedicinagenerallconseiscátedras.En1986,todaslasfacul

aespecialidad, lo que permitió que la balanza de las preferencias de los estudiante

s s e i n v i r t i e r a , s i e n d o d e s d e 1 9 7 4 h a s t a l a a c t u a l i d a d u n a e l e c c i ó n m u y p o p u l a r . E s t

adosUnidosComorespuestaalosmismoscondicionantes:declivedeleaccesoalaasis

tenciasanitariaporunnúmeroinsuficien-tedemédicos,tendenciaalaespecializ

acción, formación como generalista insuficiente y fragmentación del ame-dicinano

anitariaexigieronquese

27AMF2018;14(2):79-8681

VerónicaCasadoViceneteLa

zadoenlaasistenciasanitariapersonal»22,23.ElinformedelaComisiónMillis,e

n 1 9 6 6 , t i t u l a d o « L a e d u c a c i ó n g r a d u a d a d e l o s m é d i c o s » 2 3 , c o n - s i d e r a d o p r e c u r s o r

depos gra-dopara todos los médicos de Atención Primaria, crear un cuerpo teórico so

breelcuidadoholístico de la salud, des-tacar la formación extrahospitalaria, es

tablecermecanis-mosdecertificaciónenigualdaddecondicionesconotrasespeci

alidadesypotenciarlaformaciónquirúrgica. En los años siguientes, se formaron l

ina, se desarrollaron programas de entrenamiento. La medicina familiar se convirt

ió
en
una
es
pe
ci
al
id
ad
ce
rt
ifi
-
ca
da
po
r
un
co
ns
ej
o
ad
ho
c.
En
19
68
,
se
or
ga
ni
zó
la
Am
e

-ricanBoardofFamilyPracticecomoorganismooficialparalacertificaciódelan

uevaespecialidad, constituida formalmente en 1969. En este mismo año, se autorizar

onlosprimerosquincepro
gramasderesidenciaen
EstadosUnidos,yseest
ablecióun

modelo de formación posgrada-duada. Los primeros especialistas egresaron en 1971.

versitarias, puesel mismo de-partamento universitario impartía la formación pre

gra-duadayposgraduada.En1979,103delas131facultadesdemedicinadeEstadosUn

idosenseñabanMedicinaFamiliarconunaorganizaciónsimilaraladecualquierotr

aespecia-lidadclínica.En1990,laAMAadoptóelprincipiodequetodaslasfacultta

desdemedicinadeEstadosUnidosde-bíantenerundepartamentodeMedicinaFamilia

r.CanadáEnCanadá,comoenGranBretaña,unaminoríabeligerantedemédicosgener

alestomólainicíativadefundarelcolegiodegeneralpracticé(posteriormente,f

amilyphysicians) en 1954. Proporcionaba formación posgradual a los médicos gen

n p a r a c e r t i f i c a - c i ó n d e l C o l e g i o d e M é d i c o s d e F a m i l i a s e r e a l i z ó e n 1 9 6 9 . E n e s t o s a

ños, se fue definiendo el cuerpo doctrinal. Ian McWhinney (figura 3) 11, de origen br

itánico, en 1966, propuso crear un lenguaje nuevo para la disciplina y un cuerpo úni

inaFamiliarenCanadá,enlaUniversidaddeWesternOntario,en1967,yseconsidera

a l i d a d e r a u n m o v i m i e n t o p r o f u n d a - m e n t e c o n s e r v a d o r , d a d o q u e b u s c a b a r e s t a u r a r v

alores y modos de pensamiento que habían existido siempre en medicina y que en tiempo

s r e c i e n t e s s e h a b í a n o l v i d a d o . F I G U R A S 3 y 4 E u r o p a E n E u r o p a s e f u e r o n e x t e n d i e n d o e

stosprincipiosentodoslospaíseseuropeos,hastaelmomentoactual,enquelatot

Alemania, Bélgica, Croacia, Dinamarca, Eslovenia, Finlandia, Holanda, Irlanda, M

alta, Noruega, Polonia, Portugal, Reino Unido y Suecia. Entre un 20 y un 75% de facult

adestiienendepartamentoenGrecia,Francia,AustriayHungría,yde10%ItaliayEsp

a ñ a . E n c u a n t o a l a f o r m a c i ó n e s p e c i a l i z a d a e n E u r o p a , d e p e n - d e d e l a s u n i v e r s i d a d e

s e n e l 3 6 % y d e l o s e s t a d o s e n e l 6 4 %. E s o b l i g a t o r i a p a r a t o d o s l o s p a í s e s d e l a U E. E n e l

93,3%delospaísesadscritosalaEuropeanAcademyofTeachersinGeneralPractice(

EURACT) se considera especialidad. Los tiempos de formación oscilan entre 2 y 6 años

y el 60% la denominan Medicina de Familia y el 40% Medicina General 4. América Latina y

ónydesarrollodeprogramasdeMedicinaFamiliarenlasuniversidadesmédicas,ye

i
c
o
,
B
r
a
s
i
l
,
B
o
l
i
v
i
a
,
C
o
s
t
a
R
i
c
a
,
A
r
g
e
n
t
i
n
a
,
C
o
l
o
m
b
i
a
,
E
c
u
a
d
o
r
y
V
e
n
e
z
u
e
l
a
,
e
x
t
e
n

diéndosealrestodelospaísesenladécadade1980.ElCentroInternacionalparala

Medicina Familiar (CIMF) se fundó en Caracas en 1981. Supri mer director general y mi

embrofundadorfuelprofesorJulioCeitlin(Argentina),juntoconPedroltURBE(

Venezuela). En 1994, se transformó en una federación de sociedades, colegios y asoc

iaciones del Iberoamérica, y de la mano de Javier Domínguez del Olmo (México), entreg

adoaldesarrollodelaMedicinaFamiliarenelcontinenteamericano,pasóaconform

t á p r e s e n t e , a s i m i s - m o , e n n u m e r o s o s p a í s e s a s i á t i c o s y d e l P a c í f i c o . E s u n a e s p e c i

alidadreconocidaenCoreadelSur,Malasia,Singapur,HongKong,Taiwán,Filipin

as, Australia y Nueva Ze-

Ian McWhinney y Halfdan T, Mahler

82 AMF 2018; 14(2): 79-8

ñ
o
s

I
a
n
d
a
.
T
a
m
b
i
é
n
e
s
t
á
p
r
e
s
e
n
t
e
e
n
I
s
r
a
e
l
,
J
a
p
ó
n
,
R
u
s
i
a
,
I
a
I
n
d
i
a
,
C
h
i
n
a
,
U
c
r
a
n
i
a

,Vietnam,Suráfrica,EgiptoyNigeria.Uncomitéárabesupervisalaformaciónesp

nquesefuerananorganizandoconferenciasmundialesdemédicosdefamiliia/generale

s y , e n 1 9 7 0 , e n C h i c a g o , e n l a I V C o n - f e r e n c i a M u n d i a l d e M é d i c o s G e n e r a l e s , s e e s t a b

onesAcadémicasdeMédicosGeneralesy/Médicosde Familia), cuyo nombre abreviado

rganización no gubernamental y desempeñan un papel académico y de contenidos. En la a

ctualidad cons-tadesiete regiones, y España, através de semFYC, per-tenecea dos d

e e l l a s : W O N C A E u r o p e y C I M F / W O N C A I b e r o a m é r i c a . E n E u r o p a , a d e m á s , s e e n c u e n t r a l a

Unión de Médicos Generalistas (UEMO), relacionada con la Unión Europea de Médicos E

specialistas (UEMS) que desempañaun papel más político y defiende, desde 1967, lo

o. En 1977, el Comité de Ministros del Con-sejo de Europa emitió una resolución por la

que establecio que la Medicina Familiar debe ser la piedra angular de los sistemas de

salud. Estaorganización fue clave en el avance - celegislativo de la formación especí

ercicio de la profesión para todos los Estados miembro (Directiva 86/457/CEE del Co

nsejo, de 15 de septiembre de 1986). Desde 1992, UEMO tiene estatus consultivo oficial

alynogubernamen-talenelConsejodeEuropa.Elementosdiscursivos Sedefinenasíl

aMedicinaFamiliarcomodisciplinaacadémica,porque

cuentaconunámbitoprereferencialdeactuación,queeslaAtenciónPri-maria,conun

napreventivaclíni-cayMedicinaFamiliaryComunitaria), conunparadigmadeactu

ación y una orientación específicos: el enfoque biopsicosocial, la longitud inali

d a d y l a g l o b a l i d a d , c o n u n a t r a d i c i ó n h i s t ó r i c a a n t i g u a y u n o s i n v e s t i g a d o r e s i n t e

rna-cionales. Los nuevos programas de formación están basados en dos importantes

supervisada en su propiedad disciplina: la unidad docente de Medicina Familiar. Segun

do, los su-pervisores y los profesores y docentes de ben ser médicos de familia. Otro

ntral, en el currículo. En muchos lugares del mundo, los departamentos de Medicina

La Atención Primaria, con la Conferencia de Alma Ata de 1978, que la definió, se hacon

aunacomunidaddefinida. HalfdanT. Mahler(figura4), tercerdirectordelaOMSdes

de 1973 hasta 1988, será recordado como modelo fensor infatigable de la Atención Pri-mar

a de 1978 25, en la que se definió la Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000

0,suscritapor134países.Elcambiodenombre Enalgunospaíses,estosdesarrollos

.Enotros,seretuvoelviejonombrepaparaunanuevadisciplina.EnNorteamérica,elp

cinehabíanrepudiadoelnombredemédicogeneral. Losdocumentosdeexpertosdela O

MSyLaComisiónWillardproponíanfamilyprracticeofamilyphysician18,23.LaComi

Millisdefendíaeldeprimaryphysician22.Finalmente,elquesecoonsiderómásdesc

ripti vo y di gni fi ca do r fu e el de fa mi ly ph y si ci an . En Gr an Br et a ñ a , el t é r m i n o f u e u t

ilizado desde 1911, pero nunca alcanzó la fuerza alcanzada en Estados Unidos, por el pr

estigioyaconseguidoporlosmédicosgeneralesGP)enesepaís.Lasrazonesdeeste

cambio de nombre, si se observan de cerca, tienen que ver más con quienes de-fienden e

,seconservaysefor-talecceelnombre,comosucedióenelReinoUnido,mientrasquee

ó
e
n
E
s
t
a
d
o
s
U
n
i
d
o
s
,
p
o
r
l
o
q
u
e
t
u
v
i
e
r
o
n
q
u
e
c
r
e
a
r
u
n
n
u
e
v
o
m
o
d
e
l
o
p
r
o
f
e
s
i
o
n
a
l
,
y
a
s
í
n

En 1977, George Engel (figura 5) 26, a través de la teoría general de sistemas, volvió

a r e p l a n t e a r q u e e n l a p e r s o n a

2 9 A M F 2 0 1 8 ; 1 4 (2) : 7 9 - 8 6 8 3

V e r ó n i c a C a s a d o V i c e n

s. El modelo biopsicosocial presentó un nuevo resurgimiento con el cambio de paradi

gmacientíficogeneral,quesseiniciióenelsiglooxxconlateoríagenerardelarelati

estanuevaformadeentenderlarealidaddelserhumanonosecontradicecon labiomé d

i c a , s i n o q u e l a c o m p l e t a , i g u a l q u e h a s u c e d i d o e n e l r e s t o d e l a s c i e n c i a s . Y s e v u e l v

todiscursivosdenuestraespecialidadhansidoelhumanismo,laatenciónintegra

adcomoelementodelegitimación social, la medicina preventiva, la estructura or

specialidad. El valor que alcanzó la medicina preventiva en la nueva medicina genere

ralfuemuyrespaldadoporlasagenciasinternacionales.Entrelaspersonasrecono

tánicaqueejercenunodelossuburbiosmáspobresdeLondres,escolaboradorahabi

tual en el BMJ, cuyo comité de ética preside, y expresidente del Royal College of Gene

rallPrac-titioners(2009-2012);además,entre1973y2003,dirigióelGruposobreD

esigualdadesenSalud.Nosolococonocebieneldesempeñodelejercicioprofesionald

esasuntosdenuestrotiempo,desdelamedicina-calizaciónde la sociedad hasta la genét

icahumana,lanacianidadolarefleximónsobrelamuerte.SulibroAyudaamorir27de

berías ser de lectura obligada en las universidades y las unidades docentes. Michael

e, conungrupo por el a-tivamente pequeñodemédicos generalistas, todos ellos líderes

amente en la profesión, pues enfatiza los beneficios de la continuidad, de la co-mun

icación y de la relación médico-paciente. El interés por la comunidad tambien modul

ó y l e g i t i m ó e l d i s c u r s o d e l a M e d i c i n a F a m i l i a r y l e d i o e l s e g u n d o a p e - l l i d o . L a a t e n

rt(figura7)nacióen1927,enLondres,fuecolaboradordeArchieCochraneydeRich

ardDoll. Esautordelaleydecuidadosinversos28, quediceque«ladisponibilidad

acionasistida». Es el autor de una forismo clásico en la Atención Primaria europea:

«Existe vida inteligente fuera de los hospitales». Fue un médico de familia muy inf

Luyente en las primeras generaciones de médicos de familia españoles. Transmitió e

barata la tesis que atribuye la orientación comunitaria, no siempre bien intencionado

nada, de la Medicina Familiar en español a un origen exclusivamente latinoamericano

y especialmente cubano. Está influencia existió también, y aquí muchos médicos de f

ica, donde se desarrollo si empre ha sido muy importante. Es significativa la in-flu

encia que tuvieron profesores como Hernán San Martín (figura 8) y Ernestina Presse

r.HernánSanMartíننacióel23deseptiembredede1915enCuricó(Chile).Mu-chosdesu

s l i b r o s f u e r o n p u b l i c a d o s e n F r a n c i a , d o n d e e s t a b a r e f u g i a d o . D e s t a c a p a r t i c u l a r

mentesSaludyenfer-medad,publicadooriginalmenteenCuba,en1962,transformán

n e (f i g u r a 9) , c u y a o b r a c a p i t a l e s , s i n d u d a , E f e c t i v i d a d y e f i c i e n c i a 3 0 , q u e p u b l i

cóen1972,yquetuvoyaúntieneunainfluencia decisiva en todala medi-cinaauniver s

al, no solo en la Atención Primaria. La Medicina Familiar y la Atención Primaria como o

bjetoycomoámbitodeinvestigaciónSonmuchoslosinvestigadoresquetienenlaAte

bajos han dado luz sobre el impacto que estas tienen sobre los niveles de salud de las p

obla-ciones. Farmer y sus colaboradores fueron los primeros FIGURAS 7 y 8

George En

gelyIonaHeat

JulianTudorHartyHernanSanMartin

84AMF2018;14(2):79-8630

V

GURAS 9 y 10 en demostrar, en 1991, con datos obtenidos de todos los condados de Estado

s U n i d o s , q u e a q u e l l o s c o n m e n o s t a s a s d e m o r t a l i d a d a j u s t a d a p o r e d a d e r a n l o s q u e c o

n-tabanconmayordensidaddemédicosdefamiliia.Lavaa-riabledeAtenciónPrimaria

quemásserelacionaconlavariaciónderlosindicadoresdesaludesselnúmerodemédic

iaenAtenciónPrima-ria/10.000habitantesdisminuyelamortalidadportodaslasc

causas, la mortalidad específica por cáncer, las enfermedades cardiovasculares y

cerebrovasculares, la mortalidad infantil, el bajo peso al nacer y la mala salud aut

cosdefamiliaconunaredducciónpromedio del amortalidad del 5,3% o 49 por 100.000h

conluzpropiaBarbaraStarfield(figura10).Hasidouna auténtica revolucionaria

,yconsutrabajoreali-zadoen1994,publicadoenLancet,«¿EslaAtenciónPri-mari

a esencial? » 34, empezó a demostrar con datos la apo-tencia de la Atención Primaria eh

izoqueestapasaradeserunafilosofíayunautopíaaserunaevidencia.Laevolución

delainvestigaciónfuemuyimportanteenlaconstrucciónde laespecialidadydestr

uyelaantiintelec-tualidadque,segúnalgunos,definíalamedicinageneral.Ladif

uso exclusivo de la producción científica a través de publicaciones y libros formar parte de

Idesarrollodelaespecialidad(tabla1).ResumenEldesarrolloconceptualyfilo

sófico de la Medicina Fa-miliar provienen de directamente de la escuela de Cos (Hi-pócr

a
t
e
s
)
.
E
l
s
i
g
l
o
x
i
x
f
u
e
l
a
e
r
a
d
e
l
a
m
e
d
i
c
i
n
a
g
e
n
e
r
a
l
,
m
i
e
n
t
r
a
s
q
u
e
e
l
f
i
n
a
l
d
e
e
s
e
s
i
g
l

oylasprimerascincodécadasdelsigloxxfueronlaeradelaespecialización.Suapa

ricióngeneraprofundización,perotambiénparacelaciódelconocimiento,básic

amente en sistemas, aparatos y órganos. Estos suponen la salidad de la medicina general

de la universidad escolar de salud pública de sumiraldahollística sobre la persona y su

anenlasegundamitaddelsiglooxx.Traslapro-TABLA1

Referenteshistóricosdepub

ohnsonTW, eds. Family Practice. Philadelphia: Saunders. 19731974 Journal of Fami

emanCochraneyBarbaraStarfield

gresivadesaparicióndemédicosgeneralesylae

specia-lización vertical, se incrementan los costes, por un lado, y, por otro, lasso

icadoycompetente,quepreciscontarconuncuerpodoc-trinalpropioybiendefini

do, y mejorar sus condiciones laborales. Lecturas recomendadas Fajardo Alcántara

A. El proceso de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en España. Camb

iosprofesionalesenAtenciónPri-mariaenladécadade1980.Tesisdoctoral.Grana

da. Universidad de Granada; 2007. [Citada el 29 de octubre de 2017.] Disponible en: h

https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2010/08/1692506.pdfAmigoRo

drígueZP.Institucionalización de la Medicina Familiar y Comunitaria como espec

iaIidadmédicaenEspaña(1978-2008).Tesisdoctoral.Salamanca.EdicionesdelaU

n i v e r s i d a d d e S a l a m a n c a ; 2 0 1 1 . [C i t a d a e l 2 9 d e o c t u b r e d e 2 0 1 7 .] D i s p o n i b l e e n : h t t

ps://gre-dos.usal.es/jspui/bitstream/10366/76389/1/DPPMMLHM_Amigo_Rodr

i g u e z _ P _ I n s t i t u c i o n a l i z a c i o n _ d e _ l a _ m e d i c i n a . p d f A t o d a s l a s p e r s o n a s , m é d i c o

a r i a l e s r e c o m i e n d o e s t a s d o s t e s i s d o c t o r a l e s , y a q u e c o n s t i t u y e n u n e s t u d i o r i g u r

osodelna-31AMF2018;14(2):79-8685

VerónicaCasadoVicenteLahistoriadelaM

ar y Comunitaria, la pri-mera en la década de 1980 y las segundas desde la creación de la e

s-especialidad hasta 2008. Son verdaderamente magníficas las dos. Bibliografía 1. D

omíngueznelOlmoJ.Lamedicinafamiliarenmexicoyelmundo.ArchMedFam.2003;5(4

):136-9.2.PonteHernandoFJ.Lahistoriianosenseña.AMF.2008;4(11):609-614.3.

pIejo.AMF.2009;5(44):201-9.4.CasadoV,PlanesA,ThomasV,VázquezJR.LaMedici

2.aed.Barcelona:semFYCedicionES;2012.pp.3-29.5.FajardoAlcántaraA.Elproc

esionalesenAtenciónPrimariaenladécadade1980.[Internet.]Tesisdoctoral Gra

na-da;Universidad de Granada. 2007. [Citada el 29 de octubre de 2017.] Disponible e

n:https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2010/08/1692550 6.pdf6.Am

igoRodríguezP.InstitucionalizaciónderlaMedicinaFamiliaryComunitariacomoe

specialidad médica en España (1978-2008). Tesis doctoral. Salamanca: Ediciones d

e l a U n i v e r s i d a d d e S a l a m a n - c a . 2 0 1 1 . [C i t a d a e l 2 9 d e o c t u b r e d e 2 0 1 7] . D i s p o n i b l e e

n:https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/76389/1/DPPMMLHM_Amigo_R

odriguez_P_Institucionalización_de_la_medicina.pdf7.Rivero-CantoO,Marty

-Jiménez I, Morales-Rojas M, Salgado Fon-seca AE, Acosta-Alonso N. Antecedentes h

ucationintheUnitedStatesandCanada.NewYork:CarnegieFoundationfortheadvan

cementoftteaching.1910.[Citadoel29deoctubredde2017].Disponibleen:http://a

rchive.carnegiefoundation.org/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf

9. Osler W. Osler's Modern Medicine. Philadelphia: Lea Brothers; 1907. 10. Becker R

E. Recordando a Sir William Osler a 100 años de su fallecimiento: ¿qué podemos aprender

derdesulegado?AnFacMed.[Inter-net.]2015[Citado20deoctubredel2017];76(1):

71. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76n1/a11v76n1.pdf 11. M

arcelona: Mosby/Doyma; 1994. 12. Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines

.InformeDawsonsobreelfuturodelosservicios médicosyafines.Informeprovisio

nal presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920. Tra-ducción al castellano

0, por la Oficina Sanitaria Panamericana. Publicación Científica No. 93 febrero d

e1964.[Internet.]Or-ganiziación Panamericana de la Salud OPS Washington 1964.[C

ita-do20deoctubredde2017.Disponibleen:http://hist.library.paho.org/Engli

sh/SPUB/421783.pdf13.BambergerL.HealthCareandPoverty:WhatAretheDimension

0.14.KarkSL.ThePracticeofCommunity-OrientedPrimaryHealthCare.NewYork,NY

:Appleton-Century-Crofts;1981.15.Taylor RB.Medicina de Familia: una práctica

ón. Barcelona: Masson. 2006. pp. 3-9. 16. Tudor Hart J. Going to the doctor. In: Coot

er, R. Pickstone J, eds. Medicine in the twentieth century. Amsterdam: Harwood Aca

de-mic Publishers; 2000: pp. 543-57. 17. Collings J. General practitioners in Engl

and today: a reconnaissance. The Lancet. 1950, 555-85. 18. Organización Mundial de

S. Informe Técnico. 2667; 1964b; 26. 19. Family Doctor Charter. [Internet.] Dispo

nibleen: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1944147/pdf/brmedj

02363-0084c.pdf20.HordeerJP.Specialvocationaltrainingforgeneralpractice.

[Internet.] Disponible en: http://pmj.bmj.com/content/postgradmedj/42/484/

)H.M.S.O.London,1968.22.ReportoftheCitizensCommissiononGraduateEducatio

n. The Graduate Education of Physicians. American Medical Association. Chicago. 1

Association. Chicago; 1966. 24. JennNgC, LiengTengC, AbdullahA, HoongWongC, She

msinthheAsiaPacific.FamMed.2016;48(3):194-202.25.DeclaraciónderAtenciónPr

imaria.[Internet.]OMS.UNICEF.1978.AlmaAta;1978.Disponible en: http://www.

alma-ata.es/declaracionealmaata/declaracionealmaata.html26.Engel G.The

needforanewmedicalmodel:achallengeforbiomedicine.Science.1977;196:129-

36.27.Heathl.Ayudaramorir.BuenosAires:KatzEditores;2009.28.HartJT.Thein

versecarelaw.TheLancet.[Internet.]1971;1:405-12.Disponible en: http://www

.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673671924100X29.CochraneAL.E

effectiveness and efficiency: Randomreflections on health services. [Internet.]

Nuffield Provincial Hospitals Trust; (1973). Disponible en: https://www.nuffie

ldtrust.org.uk/files/2017-01/effectiveness-and-efficiency-web-final.pdf

30. Farmer F, Stokes S, Fiser R, Papini D. Poverty, primary care and age-specific mor

tality. J Rural Health. 1991; 7: 153-69. 31. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribut

ionofprimarycaretohealthsystemsandhealth.MilbankQ.2005;83(3):457-502.32

.Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physy

sicians supply in the United States. Int J Health Serv. 2007; 37(1): 111-26. 33. Starf

ieldB.Isprimarycaresseniti?Lancet.1994;344:1129-33.