

Medicina de Familia y Bioética en España: dos historias paralelas

Rogelio Altisent,^{*,**} Begoña Buil,^{**} María Nieves Martín-Espíldora,^{**}
María Teresa Delgado-Marroquín^{*,**}

RESUMEN

Este artículo ofrece una visión sintética del origen y desarrollo de la Medicina de Familia y sus vínculos con la bioética aplicada a la atención primaria. Ambas especialidades han florecido en los últimos años como expresión del proceso de consolidación de la especialidad en Medicina de Familia y Comunitaria en España.

ABSTRACT

Brief review of the origin and development of Family Medicine and its link to bioethics, applied to Primary Care Attention. Both specialties have thrived in recent years in Spain, to consolidate the practice of Family Medicine as a medical Specialty.

* Universidad de Zaragoza,
Zaragoza, España.

** Servicio Aragonés de Salud,
España.

Palabras clave: Medicina de familia, Bioética, Historia médica del siglo XX.

Key words: Family Medicine, Bioethics, Medical History 20th Century.

Origen y fuentes de la Medicina de Familia en España

En España, la figura del médico de familia que ejerce en atención primaria está estrechamente relacionada con el sistema de seguridad social. La asistencia médica ambulatoria tuvo sus orígenes en la Ley de Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1942 y en la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944. En aquellos años había dos sistemas muy diferentes: por un lado el médico rural de asistencia pública domiciliaria y por otro, el médico urbano que trabajaba en los ambulatorios. Esta última figura representaba la puerta de entrada al sistema sanitario y se dedicaba prioritariamente a derivar a los especialistas y hacer recetas; con frecuencia estos médicos consideraban el trabajo asistencial ambulatorio como actividad secundaria, si tenían oportunidades procuraban realizar una especialidad como medio de progreso profesional. De este modo el entonces llamado médico de cabecera lo era por defecto, es decir, trabajaban como generalistas aquellos médicos que, por la razón que fuera, no habían accedido a una especialidad. Con muy contadas y honrosas excepciones, esta situación se traducía prácticamente en una pérdida de la dimensión vocacional del médico general; como consecuencia, el prestigio de la asistencia ambulatoria

fue decayendo. En este marco se pueden entender las razones que propiciaron en España la gestación de la reforma de la atención primaria y que en 1978 surgiera la Medicina de Familia y Comunitaria como especialidad con un programa específico de formación.

Recordemos que el nacimiento de las especialidades médicas se produjo principalmente entre la última parte del siglo XIX y los comienzos del XX en un proceso derivado del rápido y progresivo incremento de los conocimientos científicos, que hacía imposible para una persona abarcar todas las áreas de la actividad médica. El cambio experimentado en el concepto de enfermedad con la mentalidad anatomo-clínica (que identifica la enfermedad con la lesión en un órgano determinado) hace que la medicina dirija su atención hacia los órganos y sistemas, con el consiguiente aumento de los conocimientos y la mejora en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. La medicina de familia se abre paso en este escenario al enfocar la atención sobre la persona y sus características familiares y sociales, ampliando su interés hacia la prevención y promoción de la salud.

En España el nacimiento de la medicina de familia, se suele explicar como algo muy vinculado a la Conferencia de Alma Ata, celebrada en septiembre de 1978 que instó a los gobiernos del mundo a for-

mular políticas y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores.¹

Sin embargo, no se puede olvidar que la Medicina de Familia, fue bautizada con ese nombre en torno a los años sesenta en Estados Unidos, para denominar una forma de asistencia que permitiera hacer frente a los problemas planteados por el desarrollo de una medicina de superespecialistas centrados en los diferentes tipos de patologías. Se sintió la necesidad de recuperar una visión más humanizada e integrada de la medicina, más centrada en la atención de la persona.² El médico de familia es el que presta cuidados de salud continuados e integrales en el contexto familiar, sin limitaciones en la edad o sexo del paciente o por el tipo de problemas de salud que se presentan; el médico de familia se interesa por la persona con una necesidad relativa a su salud, ya sea preventiva, curativa o paliativa, ya sea biológica, psicosocial o del comportamiento, o cualquier combinación de éstas.

En España se ha adoptado la terminología americana, pero conceptualmente ha tenido mucha más influencia la experiencia del Reino Unido donde la figura del *general practitioner* existe desde hace prácticamente un siglo. El médico de familia inglés se consolidó en 1948 con la creación del National Health Service y hay que tener en cuenta que en España se ha consolidado un Sistema Nacional de Salud equivalente, donde ejerce mayoritariamente el médico de familia español, al igual que el inglés, prestando atención a toda la población, con escasa presencia en el sector privado.

La fuerza, la vocación y el prestigio de los médicos de atención primaria en el Reino Unido llevó a fundar en 1952 el *College of General Practitioners*, que desde entonces ha impulsado programas de formación especializada para el médico de atención primaria, con el espaldarazo de que en 1976 el Parlamento aprobó la ley que establecía el programa de dicha especialidad.³

Para completar esta breve panorámica europea, hay que mencionar algunas referencias legislativas significativas. La resolución 30/1977 del Comité de Ministros de Consejo de Europa, recomendó a todos los estados miembros la potenciación de la medicina primaria como piedra angular del sistema sanitario. Se establece así la necesidad de una formación específica en medicina general de al menos dos años de

duración. Posteriormente, en 1993, el Comité Permanente de Médicos de la Comunidad Europea y la Conferencia de Consenso sobre Formación Específica en Medicina General y de Familia de la Unión Europea en 1994, determinaron que la formación de posgrado específica en medicina general debía ser de tres años como mínimo.

La formación del especialista en Medicina de Familia y Comunitaria en España

En 1978 se convocaron las primeras plazas para la especialidad en Medicina de Familia y Comunitaria en la oposición anual de médicos internos residentes (MIR) y en 1979 comenzó su formación la primera promoción. En esta decisión hay que hacer justicia mencionando a su principal impulsor, el profesor José M^a Segovia de Arana.

En España, a diferencia de otros países, los programas de formación de especialistas médicos (sistema MIR) depende del Ministerio de Sanidad y no de las universidades. Inicialmente los propios residentes y unas incipientes unidades docentes donde se impartía la formación de las primeras promociones de médicos de familia, lucharon y negociaron con gran esfuerzo y sentido vocacional la consolidación de la especialidad y, paralelamente, la reforma de la atención primaria. En 1986 con la Ley General de Sanidad quedó establecido en España el marco normativo de la reforma sanitaria.⁴ Se adoptó la terminología del Sistema Nacional de Salud para definir el conjunto de los servicios de salud de la administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas, integrando todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos. La entrada en vigor en 1995 de una directiva de la Comunidad Europea en la que se exige una formación específica en Medicina de Familia, ha supuesto el reconocimiento de la formación en medicina familiar y comunitaria (sistema MIR) como la adecuada y exigible para el trabajo en atención primaria, siendo la única vía posible de formación de posgrado en medicina general de familia.⁵

Actualmente, en España la mayoría de los especialistas en Medicina de Familia que se han formado desde 1979 por el denominado sistema MIR, están agrupados en la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria que cuenta con unos 20,000 socios y una vida científica muy activa (28 Grupos de Trabajo, (Cuadro I) e influyente en la política sa-

Cuadro I. Grupos de trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Abordaje tabaco	Diabetes
Actividad física	Dislipidemias
At. familia	E. cardiovasculares
At. inmigrante	Enfermedades infecciosas
At. mayor	Grupo alimentación y nutrición
At. mujer	Hipertensión (HTA)
Atención al adolescente	Intervención en drogas
Bioética	Medicina rural
C. paliativos	Respiratorio
Calidad	Reumatología
Cefaleas	Salud mental
Cirugía menor	Sistemas de información
Comité expertos	
tablas riesgo	Urgencias (GUAC)
Comunicación y salud	Utilización de fármacos
Demencias	VIH Sida

nitaria del país.

Los residentes se forman actualmente en 92 unidades docentes repartidas por las 17 Comunidades Autónomas del Estado Español,⁶ vinculadas a los hospitales y centros de salud que tienen tutores acreditados para la docencia. Cada unidad docente está dirigida por un coordinador y cuenta con el apoyo de técnicos de salud y profesores colaboradores para impartir la docencia en algunas áreas específicas del plan docente. El programa oficial de la especialidad^{7,8} ha sido renovado hace un año ampliándose su duración de tres a cuatro años, con un enfoque muy ambicioso, tanto en las áreas de competencias como en la metodología docente que ha incorporado como herramienta pedagógica: la metodología del portafolio.

También interesa señalar que en España ha tenido lugar un proceso de homologación del título de especialista para aquellos médicos que han acreditado experiencia y conocimientos en atención primaria previos al nuevo sistema de formación oficial que actualmente se realiza mediante una prueba de evaluación clínica objetiva y estructurada (ECO).

Bioética en atención primaria: una justificación

Los comienzos de la bioética aplicada a la atención primaria en España se pueden situar en los comienzos de los años noventa y su desarrollo ha caminado en paralelo a la maduración de la Medicina de Familia. En atención primaria acostumbramos a decir que la salud ha desplazado a la enfermedad como

centro de gravedad de la asistencia sanitaria, y que esto tiene importantes consecuencias, entre ellas la justificación del desarrollo de la Medicina de Familia con el rango de una especialidad y sus áreas propias de conocimiento, investigación y docencia. Pues bien, este cambio de perspectiva también tiene sus repercusiones en la bioética académica; por aquellos años se hacía popular la bioética, pero curiosamente cuando en sus foros se mencionaba la atención primaria se podían observar caras de extrañeza: ¡pero si ustedes no tienen problemas éticos! No hay duda de que la bioética primitiva ha tenido un marcado carácter hospitalario y se ha desarrollado en el entorno de la alta tecnología médica, con más preocupación por cuestiones de amplia repercusión mediática (eutanasia, clonación, etc.) que por el encuentro cotidiano de la relación médico-paciente. De forma análoga al desarrollo de la bioética en el nivel hospitalario, se vienen realizando actividades docentes y de investigación en Medicina de Familia, que han quedado reflejadas en las publicaciones, cursos y congresos de esta especialidad.

En 1993 se publicó un primer trabajo monográfico “Cuestiones de Bioética en Atención Primaria”⁹ que ofrece una revisión teórica y práctica de las implicaciones éticas de la Medicina de Familia y su entorno asistencial. En esta publicación se analizan las cuestiones éticas propias y específicas de la atención primaria de salud: actividad preventiva y promoción de la salud, modificación del estilo de vida, equidad en la asistencia, relación con la familia, actitud ante el paciente difícil, relación con otros niveles asistenciales, entre otros temas.

Por otro lado, también se plantea el estudio de otras cuestiones que, siendo comunes a diversas especialidades, requieren un abordaje específico cuando se analizan en el marco de la Medicina de Familia: información al paciente y consentimiento informado, confidencialidad, trabajo en equipo, relación con la industria farmacéutica. Este primer trabajo concluía con la siguiente tesis: *en medicina de familia es necesario desarrollar una bioética con personalidad propia, adaptada a las necesidades y rasgos específicos de la especialidad.*

La justificación de este enfoque se expone en un capítulo del manual de Atención Primaria de Martín Zurro¹⁰ que tiene como título “Ética y Medicina de Familia”, donde se explica la necesidad de desarrollar una bioética aplicada a la realidad asistencial que acontece en la consulta del médico de familia y en el domi-

cilio de los pacientes, a partir de siete características fundamentales: puerta de entrada al sistema sanitario, atención centrada en la salud, continuidad de la atención, compromiso con la persona, función educadora, atención familiar y responsabilidad comunitaria.

Hechos significativos en el desarrollo de la bioética aplicada a la Medicina de Familia

El desarrollo de la bioética en la Medicina de Familia española está muy ligado a la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, que en sus congresos nacionales viene incluyendo temas de ética desde 1994. Uno de los hechos más significativos a subrayar es el documento “Sobre bioética y medicina de familia”, elaborado en 1996 por el Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria SEMFYC¹¹ que fue muy bien recibido por los colectivos médicos españoles.

En 1999 se puso en marcha el primer Comité de Ética específico para atención primaria.¹² Las razones esgrimidas en la bibliografía internacional para aconsejar la creación de Comités en Atención Primaria han insistido en la creciente participación de los profesionales, pacientes y familias en la toma de decisiones con implicaciones éticas. Más recientemente, se ha concretado la preocupación acerca de cuestiones de confidencialidad y consentimiento informado, no sólo en los temas clásicos dentro de la relación médico-paciente, donde destaca la importante aportación española a la bibliografía, sino también en las relacionadas con el creciente desarrollo de auditorías, evaluaciones e investigación. Desde 1994 se han celebrado varias jornadas nacionales, donde Grupos y Comités de Ética vinculados a la atención primaria se reúnen para intercambiar experiencias.

La actividad docente de la ética para médicos de familia ha experimentado un notable crecimiento en los últimos 15 años. El desafío metodológico ha estado siempre presente, con un empeño en facilitar el aprendizaje por medio de herramientas asequibles y adaptadas a las posibilidades de un colectivo profesional que sufre una tradicional escasez de tiempo y múltiples necesidades de actualización, razón por la cual se ha hecho una apuesta decidida por actividades *on line*. En los Cursos se procura que los temas tengan una importante carga práctica, centrados en casos clínicos a partir de los cuales se introducen contenidos conceptuales (Figura 1 y Cuadro 2).

Las publicaciones y proyectos de investigación sobre Bioética y Medicina de Familia se están empe-



Figura 1. Cuestiones prácticas de bioética en atención primaria.

Cuadro 2. Temario de un Curso de Bioética para médicos de familia.

Unidad 1: “No le haga caso al abuelo, que no se entera bien de las cosas”

La valoración de la capacidad del anciano en el contexto de la Atención Primaria.

Unidad 2: “Estoy harto de tomar tantas pastillas, así que he ido a un homeópata y estoy tomando estos gránulos naturales...”

Pautas para enfocar la compleja relación con las medicinas alternativas.

Unidad 3: “Antes de quitarle la verruga, tiene que firmar este impreso”

Cómo elaborar un documento de consentimiento informado (y valoración de cuándo éste es necesario).

Unidad 4: “No vamos a seguir discutiendo. Es mejor que se cambie usted de médico”

Conflictos con pacientes dentro del equipo.

Unidad 5: “No quiero vacunar a mi hijo porque pienso que es mejor que afronte las enfermedades por sí mismo”

Enfoque de algunas cuestiones éticas que surgen en la atención a menores.

Unidad 6: “Doctor, me gustaría hacer el testamento vital”

Cómo ayudar a preparar un documento de Instrucciones previas.

Unidad 7: “Rellenando diez fichas de este nuevo medicamento, usted participará en un importante estudio de ámbito nacional y además...”

Relación con la industria farmacéutica

Unidad 8: “¿Por qué no me puedo llevar mi historia clínica?”

Organización de la documentación clínica en un Centro de Salud y gestión de las cuestiones más frecuentes que se plantean.

Unidad 9: “Un buen residente debería...”

Cuestiones prácticas en la formación de Residentes en los valores propios de la Atención Primaria.

Unidad 10: “No puedo soportar más estos insultos que son peores que bofetadas, durante tantos años, no puedo más, un día haré una barbaridad..., pero no diga nada...”

Actitud y manejo de un caso de maltrato psicológico en la consulta.

zando a multiplicar como resultado de la impregnación que se ha llevado a cabo a lo largo de estos años. Se pueden destacar algunos temas que han sido objeto de tesis doctorales: ética de la confidencialidad en atención primaria, ética de la relación con la industria farmacéutica, prevalencia de cuestiones éticas en la consulta del médico de familia. En esta promoción de la actividad docente e investigadora ha ocupado un lugar destacado el Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud, ubicado en Zaragoza, España, entre cuyos fundadores hay un grupo de médicos de familia de las primeras promociones.¹³

Un futuro prometedor

Quienes hemos tenido la fortuna de trabajar conjuntamente en Medicina de Familia y Bioética en estos años hemos vivido una experiencia positiva y llena de significado al comprobar que estamos en el centro de una relación de mutuas aportaciones¹⁴ donde el enriquecimiento personal y profesional corre paralelo al beneficio que recibe el paciente. La Medicina de Familia en España se encuentra actualmente en un momento trascendental ante la necesidad de reformas estructurales de un sistema público con serias dificultades de sustentabilidad a mediano plazo. Sin embargo, sea cual fuere el futuro, la medicina de familia estará en la columna vertebral de las soluciones. Decía Julián Marías que España no se puede entender sin Cervantes; del mismo modo actualmente también se puede afirmar que el sistema sanitario español ya no sería comprensible sin la Medicina de Familia.

Referencias

1. OMS. *Atención Primaria de Salud*. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Serie Salud para Todos, No. 1. Alma-Ata (URSS), OMS, 1978.
2. Gómez Gascón T, Ceitlin J. *Medicina de familia en España y otros países*. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención

- Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica, 5ª ed. Madrid, Elsevier, 2003: 37-324.
3. Kmietowicz Z. A century of general practice. *BMJ* 2006; 332: 39-40.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Ley 14/86 sobre Ley General de Sanidad*. Madrid, 1986.
5. Directiva de Consejo de Comunidades Europeas 86/457/CEE, del 15 de septiembre de 1986 relativo a la formación específica en medicina general. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas* (19-9-86).
6. Relación de las Unidades docentes de Medicina de Familia en España: <http://www.semfyec.es/es/residentes/unidades-docentes.html>
7. Casado V, Fuertes C. La especialidad de medicina familiar y comunitaria en 2004 con la aplicación de nuevo programa de formación. *Anales del sistema sanitario de Navarra* 2003; 26: 291-294.
8. Programa de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria en España: http://www.semfyec.es/es/residentes/pdf/programa_medifamiliar05.pdf
9. Altisent R. *Cuestiones de Bioética en Atención Primaria (monográfico)*. Jano, 1993; 1045: 2309-2332.
10. Altisent Trota R, Martín Espíldora MN, Serrat Moré D. *Ética y medicina de familia*. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 5ª ed. Madrid, Elsevier, 2003: 285-306.
11. Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Sobre bioética y medicina de familia. Documento de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria nº 7. <http://www.semfyec.es/es/actividades/publicaciones/documentos-semfyec/docum007.html>
12. Altisent R, Martín-Espíldora MN. Comités de ética en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28(8): 550-553.
13. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud. Zaragoza (España) www.institutodebioetica.org
14. Bioética y atención primaria: una relación de mutuas aportaciones. Conferencia del Dr. Rogelio Altisent Trota, pronunciada en el Hospital General de México el 29 de noviembre de 2005. *III Simposium Internacional de Bioética: "Bioética en Latinoamérica"*.

Dirección para correspondencia:

Dr. Rogelio Altisent

altisent@posta.unizar.es

