

EL MÉDICO DE FAMILIA: DE AYER A HOY

PRIMARY CARE PHYSICIAN: FROM THE PAST TO NOWADAYS

Juan Riera Palmero

Académico de Número.

Correo: juanriepal@telefonica.net

An Real Acad Med Cir Vall 2017; 54: 15 -23

El Médico de Familia y Atención Primaria actual tiene sus precedentes en las contrataciones de los profesionales del arte de curar de los años de la Ilustración, contratos como médicos de partido, que establecían los municipios con los facultativos. El médico de familia ofrece en su ejercicio, a los individuos y familias atención sanitaria principal, primaria, continuada e integral. En unos casos de los consideró como médicos de cabecera, médicos de atención primaria, o de asistencia pública domiciliaria, incluso como médicos titulares, también ha sido frecuente la consideración como médicos generalistas. Las competencias profesionales fueron modificándose a tenor de las exigencias sociales, el progreso de la Medicina y las disposiciones legislativas. Hasta el siglo XIX hubo una rígida separación profesional y competencial entre médicos y cirujanos, quedando prohibidas las intervenciones manuales a los médicos. Durante el reinado de Carlos IV médicos y cirujanos acabaron equiparándose en la llamada Facultad reunida, gracias al ascenso social y científico de los cirujanos

A lo largo del siglo XVIII tuvo lugar una creciente dignificación de la profesión médica. En anteriores etapas la asistencia médica contó con escasos graduados en Medicina, por lo que la atención al enfermo estuvo, de preferencia, en manos de cirujano romancistas, y en otros recurrió a la medicina casera y los remedios tradicionales de carácter popular. En el Antiguo Régimen no fueron infrecuentes los empíricos ambulantes que ejercían cometidos concretos, hasta el punto que determinadas técnicas quirúrgicas estuvieron al margen de la medicina académica. Estos hábiles artesanos acabarían convirtiéndose en profesionales médicos desde los años finales del siglo XVIII y comienzos del XIX. El curanderismo y la superstición médica ha sido constante a lo largo de la historia hasta bien entrado el periodo contemporáneo. Recordemos que en Castilla y León, según recoge el Catastro del Marqués de la Ensenada, a mediados del siglo XVIII los recursos humanos se cifraban en 459 médicos, 2.123 cirujanos y 758 barberos

sangradores, concretamente Valladolid disponía a la sazón de 15 médicos, 64 cirujanos y un barbero sangrador. La escasez de profesionales en nuestro Siglo de las Luces, el atraso cultural, y la dispersión geográfica de la población, explican la vigencia del intrusismo, curanderismo, medicina creencial y las prácticas de medicina casera, visible en toda España como refleja, la obra enciclopédica del monje benedictino de la Ilustración, Benito Jerónimo Feijoo.

El Setecientos y las reformas conducentes a la ordenación sanitaria empezaron a contar con un mayor número de profesionales y mejor cualificados. A estas circunstancias debe sumarse las reformas quirúrgicas de la centuria y la equiparación en el reinado de Carlos IV de las profesiones médica y quirúrgica. El sistema sanitario del Antiguo Régimen mantuvo una clara diferencia profesional y competencial entre médicos, cirujanos y barberos, por lo que los médicos formaban un cuerpo con competencias claramente deslindadas del quehacer de cirujano. Todavía en fechas tan tardías como 1793, los médicos tenían prohibida la práctica de la cirugía, esta división acabará confluyendo a lo largo del periodo contemporáneo. Los primeros médicos de partido, similares en su ámbito competencial a los actuales médicos de familia y asistencia primaria surgen en el Reinado de Carlos IV. Estos profesionales, la mayoría en el ámbito rural, quedaban sujetos por el régimen de contrata de los vecindarios, con prestaciones recíprocas y con obligaciones específicas.

A lo largo del siglo XIX estos antecedentes cristalizaron, en defensa de los intereses corporativos en las primeras asociaciones médicas, superando los gremios tradicionales del Antiguo Régimen. Estas sociedades fueron el puente de transición entre los gremios del antiguo régimen y los colegios profesionales de finales del Ochocientos. El R.D. de 12 de Abril de 1898 debe considerarse como punto de partida de los Colegios Profesionales de Médicos, en esta norma legal quedaba definida la clase médica incluyendo a todos los profesionales que tuviesen el título de médico-cirujano, o cualquiera otro que legalmente habilitase para el ejercicio de la medicina o de la cirugía en toda su extensión.

El médico de cabecera, como se conocía al generalista en España durante una reiterada tradición profesional, recuerda a los primeros médicos de partido del reinado de Carlos IV, y que siguieron ejerciendo en el ámbito rural peninsular hasta fecha reciente. Eran los médicos de asistencia domiciliaria, que anticipan al actual médico de Familia y Atención Primaria. La situación de nuestros médicos de cabecera durante el siglo XIX, sobre todo en el ámbito rural, fue difícil, cuando no dramática. Esta situación motivó el nacimiento de las asociaciones profesionales en defensa de los intereses corporativos. La precariedad de estos médicos generalistas afincados en la geografía española fue denunciada de forma reiterada a lo largo del periodismo ochocentista, especialmente en las páginas del *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia*, en el segundo tercio del siglo XIX, y

a partir de 1854 de *El Siglo Médico*, sin disputa el más firme valedor de nuestro médicos de cabecera en el ámbito rural. Durante toda la Restauración, incluso en fechas posteriores, siguió pendiente una solución al ejercicio en el ámbito familiar, como diremos en los años de la Segunda República.

Dos hitos decisivos, en las justas reivindicaciones de los médicos de partido, fueron el Congreso de 1891 y la Asamblea de Médicos Titulares de 1917. El Congreso de 1891 fue el resultado del movimiento mutualista y corporativo que se venía gestando desde los años centrales del Ochocientos. Recordemos algunas de estas organizaciones profesionales como el *Instituto Médico Español* (1840), la *Confederación Médica Española* (1847), y sobre todo por su importancia y número de asociados la *Sociedad de Socorros Mutuos* (1838) que contó hasta 1853, año de su disolución, con más de cuatro mil afiliados. Estas sociedades, nacidas para defender intereses profesionales, son el precedente de los Colegios de Médicos surgidos en 1898.

El ejercicio de la medicina general, sobre todo los médicos de cabecera, en la España decimonónica, estuvo condicionada por la existencia de los partidos médicos y el sistema de “iguales”. Los partidos, sobre todo rurales, consistían en los contratos del vecindario, las “iguales”, que aportaban los vecinos para la dotación económica de la plaza de médico o cirujano. Este sistema de iguala ha persistido en España hasta los primeros lustros de la segunda mitad del siglo XX. La precariedad, así como el caciquismo de los Alcaldes fue denunciado reiteradamente en las páginas de *El Siglo Médico*. Algunos testimonios de primera mano son estremecedores, como el relatado por Luis S. Granjel, que, citando al vallisoletano Mateo Seoane y Sobral, refiere con pormenor las penurias, abusos y dificultades de nuestros médicos de partido. Seoane, en 1819 refería que sólo en las capitales se podía ejercer libremente la profesión y hasta allí llegaban las contrataciones. Seoane, ejerció en Rueda (Valladolid), antes de su forzado exilio liberal a Londres en 1823. El médico estaba sometido al Alcalde y Cacique percibiendo unos honorarios que en nada se correspondían con la servidumbre de sus tareas.

La aparición de las especialidades en el ámbito hospitalario y urbano, motivaron la sectorización de la asistencia sanitaria, quedando el médico rural relegado al ámbito de la medicina generalista y atención primaria. Los enormes avances técnicos y el incremento exponencial de los saberes médicos determinaron la fragmentación de las dos grandes ramas del Arte de curar, medicina y cirugía, en las nacientes especialidades, pero el médico de cabecera siguió limitado al ámbito de la asistencia rural, o urbano, y en las ciudades a ejercer como primer eslabón de la asistencia sanitaria. El comienzo de la especialización se había iniciado en el siglo XVIII, pero cuando el Ochocientos alcance la segunda mitad este proceso será irreversible. Las salas de los nuevos hospitales fueron testigos en España y resto de nuestro entorno testigos del nacimiento de la especialización, proceso

que todavía está abierto a la creciente subdivisión del saber y quehacer médico. Ante el médico generalista actual, se sitúa el *superespecialista* que dedica toda su actividad asistencial a una técnica o quehacer muy concreto. Frente a esta especialización a ultranza, se encuentra el médico generalista que recibe en el consultorio a una amplia sector de la población, sea cual fuere su patología. El dilema se plantea entre la creciente especialización y la medicina familiar y comunitaria, dos ámbitos asistenciales, que mutuamente se necesitan a fin de conseguir los mejores logros no sólo diagnósticos, terapéuticos y de gestión, sino también en orden a la medicina preventiva.

Estas transformaciones asistenciales eran paralelas a los cambios legislativos y corporativos que arrancan desde los años centrales del siglo XIX hasta los primeros lustros del siglo XXI. La medicina generalista vio ensanchar la protección que le dispensaba el ordenamiento jurídico. La pésima condición de los médicos en el empobrecido y atrasado ámbito rural de la España decimonónica, requirió de continuas reformas legales. A fin de remediar estas penurias se dictaron numerosas disposiciones que no alcanzaron a resolver el problema, desde la Ley de Sanidad de 1855, hasta los posteriores reglamentos de 1868, y 1873. En Diciembre de 1891 tuvo lugar en Madrid el Primer Congreso de Médicos Titulares de España, bajo los auspicios de *El Siglo Médico*, y en 1894 quedaba regulada la creación de “patentes”, que otorgaban licencia para el ejercicio profesional. Las “iguales”, nacidas a finales del siglo XIX, facilitaron el desarrollo de mutuas y pequeñas “cajas”, todo ello fue el germen remoto de la creación del Instituto Nacional de Previsión en 1902, cuya evolución en los años progresistas de la Segunda República son el precedente de la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

La Asamblea Médica de 1902 supuso el primer paso real para la regulación de este problema. Carlos María Cortezo desde la Dirección General de Sanidad dictó la Instrucción de 1904, que regulaba los partidos, las condiciones y cometidos de estos médicos generales. En 1925, en los años de la Dictadura de Primo de Rivera, se promulgó el *Reglamento de Sanidad* que regulaba las competencias de estos médicos titulares. Durante los años de la Segunda República los médicos titulares pretendieron, a través de movilizaciones, mejorar su situación, sin resultados satisfactorios. Dos médicos, miembros de las Cortes Constituyentes de 1931, Sánchez Covisa, y César Juarros, intentaron sin éxito mejorar la sanidad municipal.

La Ley de Bases de Coordinación Sanitaria de 1934 consideró superada la concepción individualista de la medicina, para imponer un criterio social, colectivo o de grupo, ideas que se recogerán en el Régimen nacido tras la Guerra Civil. De nuevo en 1935 el Congreso celebrado en Zaragoza pretendió encontrar una respuesta legislativa, la guerra civil sin embargo supuso un obligado paréntesis,

que fue nuevamente retomado en el sistema político nacido del conflicto bélico. La II República sin embargo dio modestos pasos legislativos como el Reglamento de los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (1933), y la disposición normativa de 1934, “Asociación del Cuerpo de Médicos Titulares”.

En el ámbito urbano las diferencias socio-económicas mostraban una distinta situación asistencial. Las *Memorias* de Antonio Espina y Capo, al referirse a los médicos de Madrid describe el cuadro familiar del médico de cabecera. Las referencias pueden espigarse en las novelas de Felipe Trigo, en su autobiografía de *El Médico rural* (1912), y en la obra literaria del naturalismo español, desde Galdós y Clarín, hasta Palacio Valdés o Pardo Bazán. Recordemos las estampas narrativas del médico y escritor Pio Baroja en *Vidas sombrías* (1900) El médico de cabecera, recuerda Granjel, de sus estudios sobre la Medicina ochocentista, celebraba en Madrid la consulta con la familia, escenificando con los parientes, amigos y paciente sus conocimientos clínicos, como si se tratase de una sesión académica. La prosa literaria sobre el médico de cabecera ha sido motivo que atrajo la atención de grandes prosistas extranjeros como el creador del realismo en la novela francesa Honoré de Balzac a quien se debe *Le Médecine en Campagne* (1833) (“El médico rural), incluso Franz Kafka en el cuento *Un médico rural* (1919) (Ein Landarzt) se ocupa de este tema. En nuestros días retratos del ejercicio del médico de familia pueden encontrarse excelentes relatos en la prosa castellana actual, entre otros, Ernesto Sergio, (*El médico nuevo en la Aldea*, 1964), o Joaquín Carrillo Espinosa, en cuya *Historia de un médico rural* (1994-97, 3 vols), ofrece una información de primera mano como protagonista médico en primera persona, a los anteriores autores, sin embargo, se podrían añadir muchos más.

La escena de la visita del médico, supo plasmarla con enorme realismo el joven Pablo Picasso en su óleo *Ciencia y Caridad* (1897), y más recientemente Morgan Weistlinfg, entre otros, nos ha dejado la composición pictórica *El Médico rural* (2013), (“The Country Doctor). A lo largo de la modernidad la escena del médico junto al enfermo ha sido tema preferido de grandes pintores. El periodismo contemporáneo y la fotografía del siglo XIX conservan testimonios gráficos de lo que fue el ejercicio profesional del médico generalista Menos formalista debió ser esta práctica de nuestro médico de cabecera en el amplio y empobrecido ámbito rural español de la Restauración. En la primera a mitad del siglo XX, el médico atendía a la familia no sólo en los problemas de salud, sino en ámbitos más cercanos a los asuntos personales, Era médico, asesor y amigo que frecuentaba el entorno familiar cuando era solicitada su presencia, ésta era la figura del médico de cabecera.

El nuevo régimen, nacido en 1939, ordenó el sistema sanitario con la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944, en cuyo articulado quedaba regulada la figura del médico generalista, conocido durante los años de posguerra como

Médicos Titulares. Sin embargo, los orígenes de la actual medicina de Atención Primaria, debe buscarse en los años setenta del siglo pasado. La Conferencia de la OMS celebrada en Alma-Ata en 1978 debe considerarse como el punto de partida de una nueva concepción de la Atención Primaria. Desde 1960 asistimos a los primeros cambios ideológicos que influirán en el modelo sanitario y la figura del médico de cabecera. En 1940 la casi totalidad de familias españolas se regían por el sistema de “igualada”, pero la creación de la Seguridad Social por el nuevo régimen, nacido en 1939, introdujo un nuevo modelo que coexistió hasta los años setenta del siglo pasado. En estos años coexistían con la asistencia de beneficencia para los pobres de “solemnidad”, las clínicas privadas y el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Los cambios demográficos y sociales de la década 1950-60 presenciaron el trasvase de la población rural al ámbito urbano, la inmigración masiva, el inicio de la industrialización y un nuevo clima que anticipaban la transición política de los años setenta, y el giro constitucional del nuevo Estado nacido en 1978. Todos estos motivos tuvieron múltiples repercusiones plasmadas en la Ley de Sanidad de 1986, y sobre todo en una nueva imagen del médico de familia, su estatus y competencias profesionales. Desde estas fechas la sanidad deja de ser fruto de la beneficencia, y pasa a ser un derecho social, no sólo para las clases privilegiadas, sino para el conjunto de la ciudadanía. El modelo caritativo y benéfico de antaño daba paso a un nuevo discurso de valores y derechos sanitarios plasmados en el texto constitucional de 1978. De las “iguales” pasaba el médico de familia a convertirse en facultativo estatutario con derechos y deberes. Asimismo la antigua relación médico-enfermo se convirtió en una nueva propuesta en la que el paciente adquiere mayoría de edad regulada por el ordenamiento jurídico, y se le reconocen derechos hasta ahora ignorados, tales como el consentimiento informado o la objeción de conciencia. Es evidente que en la nueva relación médico-enfermo, este último adquiere un protagonismo, que a su vez ocasiona mayor conflictividad e incremento de quejas y demandas del beneficiario de la asistencia sanitaria. Esta razón explica la pérdida de parte del prestigio de la profesión y el resurgir de la medicina defensiva. El médico de familia tradicional tuvo una relación permanente desde la infancia hasta la vejez con el entorno familiar, pero la organización gubernativa de la sanidad actual, sitúa esta relación diádica médico-paciente en un marco más impersonal. Los tiempos de consulta del médico de familia, hoy en nuestro país tasados a breves minutos, hace inviable una auténtica transferencia de confianza médico-paciente, y por ello un deterioro terapéutico. El tradicional médico de cabecera dedicaba el tiempo al diálogo con el paciente, en la actualidad esta comunicación se sustituye por una ingente batería de pruebas diagnósticas y analíticas, y un listado de prescripciones farmacológicas. El médico de familia actual dispone de mayores y mejores recursos curativos, pero de menos espacio temporal para establecer lazos

de confianza personal. El médico de cabecera que conocimos en los años cuarenta y cincuenta del siglo pasado estaba siempre abierto a la llamada del paciente, esta permanente disposición personal en la actualidad lo suplen los servicios de urgencia de los centros asistenciales. La profesión que implicaba una autoridad sobre el paciente, al trocarse en régimen laboral equipara los dos polos de la relación: el médico y el paciente. Recuérdense como el médico actual ejerce las funciones de "reparto" a los especialistas, con las demoras que supone la máquina burocrática, han socavado la estrecha relación humana que el médico de familia tuvo en España con el núcleo humano al que estuvo dedicado profesionalmente. En nuestros días lo que fue profesión médica se convierte en oficio, y el concepto de facultativo pasa a llamarse trabajador de la salud, con todas las implicaciones que ello tiene en la relación humana e interpersonal médico-paciente. Este es el panorama que nos depara el horizonte de la sociología médica del siglo XXI.

En el Servicio Nacional de Salud se colocó la Atención Primaria como el eje central del sistema de salud, que se completaba con la asistencia hospitalaria. Los nuevos Centros de Salud, con los médicos generalistas a la cabeza de un equipo asistencial, deberían llevar a cabo funciones no sólo asistenciales, sino de promoción y prevención de la enfermedad.

Una nueva concepción de la asistencia primaria y del concepto de salud ha cristalizado desde entonces, en la que el médico de familia, de atención primaria o generalista, cobra nuevo protagonismo en el sistema sanitario. Era el reconocimiento del derecho a la salud para todos en el siglo XXI, y la convicción que política, social y económicamente, como una necesidad urgente para toda la humanidad. El derecho a la salud, ha pasado a ser uno de los derechos humanos, a tenor de las recomendaciones de los organismos internacionales. El *valor* salud constituye uno de los principios de nuestro ordenamiento constitucional como no podía ser de otra manera. Esta nueva concepción social de la salud y la enfermedad subraya, con especial ahínco, que el bienestar físico, psíquico y social, precisa, además de recursos médicos, de soporte social, que supone la integración del individuo y la familia en la comunidad donde nace, crece, vive, se divierte, trabaja, se reproduce y muere. En suma la Medicina considerada como Ciencia Social.

La proyección de este ideario renovador ha cristalizado en todos los países avanzados, entre los que se encuentra España. Nuestro país asistió a la Conferencia y suscribió la Declaración de Alma-Ata (Kazajistán), que redundaron en decisiones políticas de enorme calado. Fueron los años de la transición democrática cuando se funda la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria (1978), y al año siguiente empezaron su formación en la nueva especialidad los primeros médicos residentes en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), dentro del Sistema MIR (Médico Interno y Residente), cuyo feliz proyecto ha cuajado plenamente.

A finales del siglo pasado surgen las primeras asociaciones de médicos de atención primaria, como la Sociedad Española de Medicina Rural (1972, SEMER), que aspiraba a mejorar las condiciones laborales y de formación de estos profesionales. Una década después cambia su nombre a Sociedad Española de Medicina Rural y Asistencia Primaria (SEMERAP), y en 1990 a Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN), en la actualidad se mantienen las siglas pero se denomina Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Los órganos de expresión del colectivo profesional de Médicos de Familia cuentan con amplia representación de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), sociedad científica sin ánimo de lucro cuyo objetivo es velar por esta especialidad y su desarrollo en nuestro país, y la defensa la atención primaria. Creada en 1982, se organiza en la actualidad según el mapa autonómico formado por diecisiete sociedades regionales federadas

La puesta en marcha de los Estatutos de Autonomía, en base a la Constitución española de 1978, supuso las transferencias sanitarias y la descentralización de la asistencia sanitaria, primero en el País Vasco y Cataluña, y posteriormente en todo el territorio del Estado. La transición democrática comportó grandes cambios en España, como la creación de Ministerio de Sanidad en 1977, y dos años más tarde con la nueva especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se convocan las primeras 500 plazas, y en 1982 se aprobó el programa docente de la especialidad. En España la Ley General de Sanidad (1986) culminó este proceso legislativo, iniciado con la transición democrática hacia un nuevo modelo de atención sanitaria acorde con las exigencias socio-políticas de la nueva organización del Estado, y los valores constitucionales. Estos cambios se enmarcan en la evolución de la Medicina familiar de los países desarrollados de nuestro entorno, fueron los Estados Unidos (1969) y Canadá (1966) los que crearon la especialidad, países a los que siguieron otros, entre los cuales figura España (1978).

La importancia asistencial y la enorme repercusión social de esta pujante especialidad explican el nacimiento de sociedades científicas y un periodismo especializado de amplio impacto. La principal organización mundial cuyas siglas WONCA, responden al título Organización Mundial de Médicos de Familia. En la actualidad muchos países destinan un 50% de sus facultativos, como médicos de familia, en los sistemas de atención sanitaria. La finalidad de la especialidad es la atención primaria de salud en el ámbito del grupo familiar. La Medicina del siglo actual demanda, entre sus prioridades, potenciar el sector de atención primaria e incrementar los medios y recursos de la Medicina Familiar y Comunitaria, no sólo en orden a la curación, sino desde la medicina preventiva y salud pública. La deslumbrante y creciente tecnificación del arte de curar, supone un enorme reto al exigir inversiones de mayor calado, y un coste sanitario creciente. A pesar de las tensiones en las decisiones gubernativas, la mejor asistencia y la

salud pública redundarán siempre en una mayor dignidad de semejante enfermo y una mayor esperanza de vida.

El siglo XXI amplió en 2005 la formación de la Medicina Familiar y Comunitaria, mediante el sistema MIR, de tres a cuatro años, pero todavía su enseñanza no se ha implantado de forma generalizada en los planes de estudio de las Facultades de Medicina, ni forma parte de las estructuras universitarias. Los retos más importantes de la especialidad se centran en conseguir su reconocimiento en los planes de estudio de Medicina, y sobre todo superar las dificultades que han surgido con la grave crisis económica. La jerarquización de la atención sanitaria y medicina preventiva, en cuya base se encuentra el médico de familia, y ocupando la cúspide las especialidades médico-quirúrgicas, por esta razón sólo podrán alcanzar los mejores logros si existe una excelente coordinación entre los dos polos asistenciales, si se favorece una comunicación permanente y agiliza sin excesivas trabas la gestión puntual y fluida. En caso contrario, una medicina tan compleja y tecnificada como la actual, ofrecerá fisuras que redundarán en detrimento del semejante enfermo, fin primero y último del Arte de curar a lo largo de todos los tiempos.

En el orden de prioridades sanitarias, deben adecuarse, en una medicina plenamente humana, la oferta de medios a la demanda de necesidades, éste es otro de los retos pendientes en nuestro actual sistema sanitario, tanto a nivel estatal como autonómico. En la actualidad existe una evidente disparidad entre la importancia de la Atención Primaria como piedra angular de la sanidad española, y la insuficiencia de medios materiales y humanos, para hacer realidad el lema: *salud para todos en el siglo XXI*.