

## REVISIÓN

# BASES CONCEPTUALES Y FILOSÓFICAS DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA DE FAMILIA

## CONCEPTUAL AND PHILOSOPHICAL BASES THE PRACTICE OF FAMILY MEDICINE

Julio Zarco Rodríguez<sup>1</sup>

1. Hospital Infantil Universitario del Niño Jesus de Madrid.

**Palabras clave:**

Atención Primaria;  
Medicina de Familia;  
Medicina General.

**Keywords:**

Primary Care;  
Family Medicine;  
General Medicine.

**Resumen**

Este es un artículo que, mediante una revisión bibliográfica, pretende relatar el origen de la medicina de familia en los albores de la tradición médica griega y cómo sus principios fundamentales fueron desarrollándose a lo largo de los siglos, hasta los inicios del siglo XX. La innovación tecnológica y los avances científicos acontecidos entre las dos guerras mundiales originó una gran especialización de la medicina, en detrimento de las concepciones generalistas. No obstante, grandes figuras médicas como William Osler y otros, recuperaron los conceptos de medicina general, la integrabilidad y holismo de los procesos, centrando sus actuaciones no en la enfermedad, sino en el enfermo. A partir de los años 50 del siglo XX, se produce un movimiento de recuperación de la visión médica generalista desde una perspectiva biopsicosocial, incorporando aspectos preventivos, sociales y comunitarios que sientan las bases conceptuales y filosóficas de una medicina general que, tanto en el Reino Unido como en Estados Unidos y Canadá, se vertebran entorno a una nueva especialidad médica denominada Medicina de Familia y Comunitaria. En este artículo se relata cómo los primeros médicos de familia sientan las bases conceptuales de una nueva especialidad entorno a varios pilares fundamentales, como la dimensión biopsicosocial, la visión integral del paciente en su entorno familiar, social y ambiental y la incorporación de principios humanísticos en el ejercicio del médico a la cabecera del paciente.

**Abstract**

This article, through a bibliographic review, aims to recount the origins of family medicine in the early days of Greek medical tradition and how its fundamental principles evolved over the centuries up to the early 20th century. Technological innovation and scientific advances between the two world wars led to a high degree of medical specialization, to the detriment of generalist approaches. However, prominent medical figures such as William Osler and others revived the concepts of general medicine, integrability, and holism, focusing their practice not on the disease but on the patient. From the 1950s onward, a movement emerged to reclaim the generalist medical perspective from a biopsychosocial standpoint, incorporating preventive, social, and community aspects. These laid the conceptual and philosophical foundations of a new medical specialty known as family and community medicine in the UK, the US, and Canada. This article describes how the first family physicians established the conceptual bases of this specialty around several core pillars: the biopsychosocial dimension, a comprehensive view of the patient within their family, social, and environmental context, and the incorporation of humanistic principles into bedside medical practice.

**INTRODUCCIÓN**

Los Sistemas Sanitarios modernos necesitan un dispositivo sanitario cercano a la población, que realice una importante labor de prevención, promoción y educación para la salud, para conseguir poblaciones más sanas y dotar a los ciudadanos de herramientas de autogestión de la propia salud (1). Esto compromete a un

trabajo cercano a los ciudadanos y dotar a estos dispositivos de salud de equipos socio-sanitarios interdisciplinares con una clara dimensión preventiva y social.

El enfoque debe de ser más preventivo que curativo, aunque también se debe abordar un trabajo con las enfermedades más prevalentes y también con las de mayor complejidad. Estos dispositivos deben de coordinar toda la atención

**Autor para la correspondencia**

Julio Zarco Rodríguez

Hospital Infantil Universitario del Niño Jesus de Madrid

Avenida Menéndez Pelayo, 65 - 28009 Madrid

Tlf: +34 91 574 70 58 | E-Mail: juliozarcorodriguez@gmail.com

a las personas que buscan su atención y deben de aunar una visión personalizada y centrada, no en la enfermedad sino en la persona, junto con una visión panorámica y sistémica del entorno del individuo (2). Tener en cuenta la visión, no solo biológica sino también la psicosocial y trascendente de la persona en su propio hábitat, le da la posibilidad de intervenciones planificadas de alto impacto en la salud global. Esta visión integral de la persona si la acompañamos desde el nacimiento hasta la muerte, junto con la coordinación e integración de todos los cuidados que se requieran, hacen que la atención sea más costo/eficiente, así como humaniza y personaliza el cuidado. En definitiva, este tipo de atención será más eficaz, eficiente, efectiva y humana.

Esta es la visión y el compromiso que adquiere una de las especialidades médicas de más reciente creación (segunda mitad del siglo XX), pese a que los valores que la sustenta están anclados en los orígenes del saber médico. Esta especialidad que comenzó denominándose Medicina General (MG) en el ámbito británico, es denominada en Europa, América y resto del mundo, Medicina familiar y comunitaria (MFYC) y se ejerce en el ámbito extrahospitalario, un ámbito que definió la Conferencia Internacional de Alma Ata en el año 1978 como Atención Primaria (AP) (3). La AP no solo se ejerce en dispositivos sanitarios cercanos a la población que recibe su atención y cuidados, sino que amplía esta atención al domicilio del ciudadano y adopta una perspectiva poblacional. Esta especialidad médica en la actualidad posee una formación reglada posgraduada y además de la formación y la incorporación paulatina al ámbito universitario, accede a la investigación y la innovación tecnológica y organizativa.

En la actualidad, la MFYC se está desvitalizando por el enorme auge de la tecnología y la superespecialización de las disciplinas médicas, situación que ya aconteció en otras épocas donde la visión generalista fue cediendo paso al especialista hospitalario. En este artículo veremos la historia de la MFYC para entender mejor los determinantes sociales y sanitarios que influyen en nuestra visión del hombre enfermo y analizaremos las bases conceptuales y filosóficas de la MFYC para poner en valor la visión generalista que no solo no se contrapone a la tecnología y la especialización, sino que otorga un mayor valor humano y holístico al conocimiento de la persona enferma.

#### SEMBLANZA HISTORICA DEL ORIGEN DE LA MEDICINA GENERAL

El origen de la MG hay que rastrearla en los propios orígenes de la medicina griega (4). La escuela de Cnido fue una escuela médica que en los años 700 a.C. surgió en el mediterráneo e hizo un importante esfuerzo por abordar desde un punto de vista biológico y físico la enfermedad. Su

máximo representante fue *Alcmeon de Crotona* y bebiendo de fuentes egipcias y pitagóricas comenzó a contemplar el organismo humano como un todo integrado. Su gran rival fue *Hipócrates de Cos*, que en la misma región y en los años 460 a.C. creó una escuela con un enfoque más biopsicosocial podríamos decir, donde se contemplaba el enfermar y el enfermo desde un punto de vista más integral. Ambos, tanto Alcmeon como Hipócrates tuvieron una gran influencia de la escuela pitagórica y debido a ello su cosmogonía y su pensamiento están impregnados de una visión holista e integral (5). El mundo pitagórico resalta una visión sistémica, donde la realidad es más un proceso que un elemento material y concreto y las interrelaciones mutuas son fundamentales para entender la realidad. Es de destacar que estos mismos principios, el sistémico, integral e interrelacional, junto a la realidad como proceso, son fundamentos básicos de la MFYC y en estos momentos nos acercan al pensamiento contemporáneo de la filosofía participativa de pensadores como *Henryk Skolimowski* (6).

A lo largo de los siglos y apoyándose en una medicina de base egipcia y griega, los conocimientos médicos avanzan a gran velocidad y el ejercicio del médico es un ejercicio generalista hasta prácticamente los comienzos del siglo XX. Entre la revolución francesa y la revolución industrial comienza a acuñarse el término “*médico de cabecera*”, en clara alusión a los médicos generales con gran compromiso social, que acuden a los domicilios para atender a los pacientes sin recursos de la beneficencia. Por aquel entonces los médicos de cabecera atendían a familias completas y su gran componente social y político les hacía adoptar un rol definido de líderes comunitarios, consejeros, epidemiólogos, etc. Ya por aquel entonces, el ejercicio médico se apoya en los conocimientos científicos y el desarrollo de competencias humanísticas. Aunque comienza tímidamente a producirse una especialización incipiente de la medicina, la proporción de MG versus médicos especialistas (ME) es de 80/20. Sin embargo, al albor de las guerras mundiales y el consecuente esfuerzo tecnológico e innovador del mundo bélico, se comienza a producir una gran especialización de la medicina y la proporción se invierte, siendo de 20 MG versus 80 ME. El auge de la tecnología aplicada al mundo médico genera una importante literatura que hace que los médicos deban especializarse en áreas parceladas para poder controlar todos los avances.

En el año 1910 se publica el **Informe Flexner**: “*Medical Education in the United States and Canada*”, donde se resalta esta especialización de la medicina por los descubrimientos científicos y la innovación tecnológica (7). Además, se produce una división del conocimiento en las universidades en órganos, aparatos y sistemas. Por aquel entonces no existe formación posgraduada en MG, así como tampoco cátedras ni departamentos.

Según se producía esta especialización de la medicina, seguía existiendo una corriente de pensamiento médico que algunos conocen como la “*medicina hipocrática moderna*”, que se centra más en la persona y no tanto en la enfermedad. Quizás uno de los mayores representantes de este modelo de medicina centrada en la persona fue *William Osler*, que en 1907 y siguientes décadas comienza a publicar sus tratados de medicina recuperando la visión sistémica e integral del ejercicio médico (8).

En los años 20 del siglo XX se publica el **Informe Dawson**, donde se trata la importancia social del médico y se establecen las primeras definiciones de los centros de salud y el futuro de los servicios médicos en el Reino Unido. El concepto de MG, con gran tradición social sigue avanzando en el Reino Unido, mientras también en América y Canadá confluye con la medicina de Osler y otros. En 1946 la Asociación Médica Americana (AMA) crea por primera vez una sección de medicina general. Producto de ello, en 1947 se crea la primera sociedad científica de medicina de familia en Estados Unidos, donde se huye del concepto de MG, por creer que define peor sus cometidos y se adopta el término MFYC.

En 1950 aparece en *Lancet* una publicación de *J. Collings*, que es una referencia y cuyo título es: “*General Practitioners in England today: A reconnaissance.*” (9). En este artículo se plantea la necesidad de potenciar la MG para poder manejar la mayor parte de las necesidades de la población y muy vinculado espacialmente a las enfermedades más prevalentes y a las personas con patologías de alta complejidad. Esta publicación fue el acicate para que en 1952 se creara el *Royal College of General Practitioners* en Reino Unido y en 1963 la primera cátedra de MG en Edimburgo.

*J.P. Horder* publicó en 1965 “*Special Vocational Training of general Practitioners*” que fue el primer documento consistente sobre la formación posgraduada de la MG (10). Esta sensibilización sobre la formación específica pregrado y posgrado de la MFYC llevó a que, en 1967, en la Universidad Western Ontario de Canadá el médico escocés *Ian Mcwhinney* fuera el primer profesor de MFYC. Sus objetivos, como después veremos, fue restaurar los valores humanísticos del ejercicio de la medicina y crear un cuerpo único de conocimientos con habilidades clínicas específicas (11).

En 1969 se crea la especialidad de MFYC en Estados Unidos y en 1970 se crea la *Asociación Mundial de MFYC* (WONCA). En 1978 se produce la **Conferencia de Alma Ata**, vinculada a la OMS, que establece las bases de un nuevo ámbito de trabajo médico para los MF, que es la Atención Primaria (AP). En España, en el año 1972, se crea la primera sociedad científica de MG que aglutina los MG y rurales de España, denominada SEMER, actualmente SEMERGEN (12).

En 1978 por el impulso entre otros del *Dr. Segovia de Arana*, se crea la especialidad en España a

través del RD 2015/1978 (13). En 1982 se crea la segunda sociedad científica de MFYC en España, la SEMFYC y en 1988 la tercera, la SEMG. En su esencia y planteamiento las tres comparten los mismos presupuestos conceptuales, pero difieren en sus distintos orígenes históricos.

## PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA MEDICINA DE FAMILIA

En 1977 *George Engel* recogió la teoría general de sistemas para volver a la concepción pitagórica de procesos y holismo aplicada a la atención de las personas enfermas. Escribió un artículo de gran impacto titulado: “*The need for a new medical model. A Challenge for biomedicine*” (14). En este artículo se recogen las bases filosóficas y conceptuales de la MFYC. De igual manera, el MG escocés *Julian Tudor Hart*, escribe en *Lancet*, en el año 1971 otro artículo de gran impacto para la definición de la MG que es: “*The Inverse care law*” (15).

En 1981 *Ian Mcwhinney* escribe en la revista canadiense de medicina de familia otro artículo señero que recoge la primera definición de la MFYC, como aquella especialidad clínica que se ocupa del mantenimiento y la resolución de los problemas de salud frecuentes en los individuos, familias o comunidades, independientemente de la edad, el sexo, órgano o sistema afectado. En este artículo se recoge la esencia de la MFYC, cuyo objetivo es garantizar la calidad de la vida del individuo y la comunidad y garantizar una muerte digna. Para ello *Mcwhinney* habla sobre la integración de la ciencia, la tecnología y el arte al servicio de la persona (16).

Los principios básicos de la medicina de familia pueden esquematizarse del siguiente modo, siguiendo las bases conceptuales de los primeros pensadores médicos de esta especialidad:

### 1. Enfoque biopsicosocial y trascendente

Utilizando la teoría de sistemas, el enfoque de la MF es entender que el ser humano es una integridad y unidad de dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y existenciales. La salud es un elemento pluridimensional, donde las armonías de todas estas dimensiones generan integridad y salud. Por ello para preservar la salud debemos tratar al ser humano en todas estas dimensiones. El ser humano es algo más que la interpenetración de todas estas facetas (17).

### 2. Atención integral

Precisamente, reconocer la pluridimensionalidad del ser humano nos exige una atención integral en los campos físico, psicoafectivo, social, familiar,

ambiental y en la esfera existencial del individuo. El buen MF debe de explorar y tratar todas estas dimensiones en igualdad de condiciones.

### 3. Interdisciplinaridad

La complejidad del ser humano solo puede hacerse desde equipos interdisciplinarios que aborden todas las dimensiones del ser humano. Es por ello que se deben de constituir equipos de trabajo donde en el centro este el paciente y donde pueda realizarse esa visión multiprofesional. Tenemos que pasar del ejercicio solitario del médico, al equipo integrado y coordinado que dé una respuesta cohesionada a las demandas del individuo (18).

### 4. Longitudinalidad

Los equipos interdisciplinarios de MF abordan de una manera integrada la salud de la familia, entendiendo ésta como una unidad orgánica y por ello debe de realizar el acompañamiento de la familia y todos sus miembros, desde el nacimiento, hasta la muerte de sus miembros. Esta longitudinalidad aporta visión al MF de la dinámica familiar y le permite conocer internamente los determinantes de la salud en sus distintas dimensiones (19).

### 5. Continuidad

El MF debe de ser garante de la continuidad de los cuidados de sus pacientes. Es por ello que se convierte en puerta de entrada del ciudadano en el sistema sanitario (generalmente es un problema puntual el que hace que el ciudadano consulte con su MF) y en puerta de salida cuando ya ha fallecido. No es una cuestión de “medicalizar” cualquier actuación, sino de desplegar una labor pedagógica y preventiva sobre el ciudadano y su familia, para hacerles corresponsables de su salud y facilitarles herramientas para conseguirlo. De la misma manera el MF coordinará con otros profesionales, especialistas y ámbitos asistenciales la atención de sus pacientes. El MF es el hilo conductor de la salud del ciudadano, sea cual sea el ámbito asistencial al que acuda, siendo el coordinador, el garante de la continuidad y el compañero de viaje. El MF atiende en su consulta del centro de salud, en el domicilio e incluso se constituye como un elemento más del equipo hospitalario (20).

### 6. Accesibilidad

El ciudadano necesita acceder de una manera rápida y eficaz al sistema sanitario, utilizando como puerta de entrada el ámbito de la AP. Por

ello es necesario una planificación sanitaria previa para zonificar los equipos de AP y acercarlos lo máximo posible a la población. Los MF deben de estar siempre próximos a los ciudadanos, trabajando en pequeños equipos interdisciplinarios sin listas de espera y a un coste económico aceptable (21).

### 7. Enfoque humanista

La forma de entender el mundo de la persona y la visión que tenemos de la misma como un todo orgánico e integrado exige una mirada antropológica anclada en los principios del *humanismo médico*. En el MF se encarnan los principios humanísticos que dotan de una mirada “especial” su atención a la persona, reconociéndole como ser humano, no como enfermedad. Es quizás una de las señas de identidad más importante del ejercicio de la MF. Podríamos sintetizar que el MF es un conocedor del ser humano al que atiende y nada de él, le debe de ser ajeno. Es un testigo cualificado de historias de vida y eso le hace ser un especialista en vínculos y relaciones. Todo MF debe de poseer un modelo de mundo, es decir una forma de entender al ser humano en la vida y en la existencia que le dote de una visión filosófica de la existencia. Igual que los primeros grandes médicos de la historia fueron en esencia pitagóricos y que Galeno y otros se enmarcaron en presupuestos estoicos, el MF debe de elegir una visión y una filosofía de vida. En la actualidad hablamos de “*reflective practitioners*”, en alusión a este marco conceptual y filosófico (22).

### 8. Relación médico-paciente

Las llamadas competencias relacionales, muy ligadas a la comunicación que establezcamos con el paciente y la familia, son elementos esenciales no solo para la exploración y conocimiento del individuo y su entorno, sino también como elementos terapéuticos. Las habilidades comunicacionales, la empatía, la compasión, la escucha activa y tantas otras destrezas y habilidades, son elementos que forman parte del arsenal del MF (23).

### 9. Dimensión social

El MF desde sus orígenes ha tenido un gran componente social. Esta faceta social, no solo se demuestra en ser conocedor del entorno del individuo y la familia, sino que debe convertirse en un miembro activo de esa comunidad, como consejero, líder de opinión y un pilar fundamental de las comunidades. Este rol fue muy importante durante el periodo entre la revolución francesa y la revolución industrial y se ha ejercido de una manera impecable en las zonas rurales. El MF se convierte en un vector de salud en sí mismo. La

comprensión del contexto de la enfermedad es muy importante para poder conocer los determinantes de salud, los factores sociales, económicos y ambientales. En la actualidad diríamos que estos principios se anclan en el concepto “**one health**”.

## 10. Dimensión de Salud Pública

El énfasis en la prevención, es un elemento nuclear en la MF. No existe MFYC sin prevención, promoción y educación para la salud. Todos estos elementos se recogen en un término acuñado en los años 70 del siglo XX, en la **Conferencia de Ottawa**, que es *Cultura de la salud*. Determinante fue la publicación de *Archie Lemon Cochrane: “Effectiveness and efficiency: Randon reflections on health services.”* Esto lleva a que el médico se convierta en parte de la red comunitaria buscando siempre aliados estratégicos sociales (líderes sociales, autoridades religiosas, etc.) (24).

Estos principios fundamentales del ejercicio de la MFYC se convierten en imprescindibles, de lo que se deduce que, sin ellos, no existe MFYC, de ahí que tengamos que preservar su esencia. Uno de los autores más prolíficos en tratar de reforzar estos principios como señas de identidad del MF fue *Ian Mcwhinney*. Este autor parte del principio de que los pacientes quieren ser tratados como personas y por ello quieren que sus médicos se muestren interesados y comprometidos con ello, compartiendo decisiones y mostrando respeto. Estos son principios irrevocables de la ética de cualquier médico, pero que en el MF cobran una mayor preponderancia. Para que esto acontezca se debe producir una relación de confianza y por ello se debe cultivar la dimensión humana y humanística. Como *Mcwhinney* decía, debemos trabajar con el “*Watchful waiting*”, es decir, con el diagnóstico secuencial, con una ponderación sindrómica y una espera atenta. Esta es quizás una de las “artes”, más complejas de implementar en el ejercicio médico (25).

El ejercicio de la MFYC es una práctica centrada en la persona donde se produce un reconocimiento de la humanidad de la persona y nos acercamos a los llamados “*pacientes tierra de nadie*”, es decir aquellos pacientes que no se encuadran en perfiles bien establecidos, como son los adolescentes, los pacientes paliativos, etc. Las importancias de los aspectos subjetivos cobran fuerza en la MF. Como hemos visto, la valoración de los sentimientos del paciente, sus creencias y su mundo imaginario, así como garantizar una adecuada relación médico/paciente son fundamentales. En toda esta cuestión es fundamental la importancia que cobra el rol de la personalidad del médico y por supuesto, la importancia de asignar un rol activo al paciente. Un paciente informado y formado es fundamental para la adecuada resolución de los problemas.

Uno de los aspectos más desconocidos a la vez que peor interpretados en el ejercicio de la MFYC es el papel del MF como gestor de recursos. El

modelo británico de MG tenía otorgado un papel regulador y controlador del gasto sanitario, puesto que el modelo británico establece que el responsable de todo el proceso sanitario de un paciente incluido sus atenciones hospitalarias es el MG. El médico es “responsable” del coste que se deriva de la atención sanitaria, las pruebas complementarias, la atención e ingreso hospitalario, etc. Este modelo no se ha generalizado a otros países y eso ha llevado a malinterpretar que el MFYC es un controlador y fiscalizador del gasto sanitario de cada uno de sus pacientes. Quizás deberíamos resaltar más que el MF es el profesional que dada su visión holista de todo el proceso de su paciente, tiene la capacidad de buscar una mayor eficacia, eficiencia y efectividad de sus procesos dentro de una ética médica y de una equidad poblacional. El MF no debe de convertirse en un fiscalizador de ahorro de costes de las administraciones sanitarias, pero si debe de aplicar políticas de equidad y sostenibilidad dentro de la ética de su ejercicio (26).

## CONCLUSIONES

La MF es una especialidad médica que, pese a lo reciente de su creación, está anclada en los valores y preceptos de la medicina clásica.

Aunque se puede usar el término de MG y de MFYC de manera indistinta, en la actualidad el primer concepto solo permanece en los países de influencia británica, siendo el concepto más generalizado el de MFYC.

Los países tractores de esta especialidad han sido Reino Unido, Canadá y Estados Unidos. Las bases conceptuales y filosóficas de esta especialidad se pusieron durante las décadas de los años 50 a los 80 del pasado siglo XX y desde entonces no han existido reformulaciones, análisis ni nuevos planteamientos sobre los mismos.

Los principios fundamentales sobre los que se asienta la MFYC son principios de integralidad, planteamientos biopsicosociales, accesibilidad, trabajo interdisciplinar en centros de salud, continuidad asistencial, atención a la persona en su entorno familiar y ambiental y muy especialmente el ejercicio de los principios humanísticos del saber médico.

Estos principios deben de ser irrenunciables y constituyen “*el Core de la especialidad*”, de tal suerte que cualquier planteamiento que socave estas bases conceptuales, desvirtúan y deterioran el ejercicio profesional.

En estos momentos de las primeras décadas del siglo XXI, ha surgido aun con más fuerza la polarización entre una medicina tecnificada, al servicio de la eficiencia, la eficacia y la efectividad y una visión generalista anclada en estos principios tradicionales de la práctica médica.

Pese a que la incorporación tecnológica al ejercicio médico es imparable y viene precedida por un pensamiento transhumanista, donde el big data, la inteligencia artificial y el meta verso, son realidades en clara expansión y desarrollo, el conocimiento epistemológico y filosófico de la realidad nos hacen contemplar que la realidad no puede ser fragmentada y se requiere de otros modelos más próximos a los presupuestos tradicionales.

Nuestra mirada del ser humano pasa por una revisión en profundidad de los principios de la MFYC para re-actualizarla en base a los principios de la filosofía participativa con una mirada ecológica y fenomenológica. Esto requiere reflexión, valentía y una visión amplia, además de un amplio debate social para analizar las necesidades sociales e individuales del ser humano contemporáneo.

Los médicos y más específicamente los MF, deben incorporar un pensamiento filosófico de vanguardia, al análisis y reflexión de su quehacer y práctica médica y ser capaces de aunar técnica y humanismo en un todo integrado al servicio del ser humano.

#### DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA

El autor/a de este artículo declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;22;344(8930):1129-1133. doi: 10.1016/s0140-6736(94)90634-3. PMID: 7934497.
2. Casado V, Planes A, Thomas V, Vazquez JR. La medicina de familia y comunitaria. Valores profesionales y perfil profesional del médico de familia. En Casado V et al. Tratado de familia y comunitaria. Vol. 1. 2 ed. Barcelona. SEMFYC ediciones; 2012, pp.3-29
3. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Informe de la conferencia sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 1978. Serie salud para todos. Reimpresión 1984. En Internet <https://apps.who.int>
4. Laín Entralgo P. Historia de la medicina. Salvat editores. Barcelona, 1990
5. Rivero Canto O, Marty Jiménez I, Morales Rojas M, Salgado Fonseca AE, Acosta Alonso N. Antecedentes históricos de la Medicina Familiar. *Mediciego* [Internet]. 2010 [citado 4 de junio de 2025];16(2). Disponible en: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1196>
6. Skolimowski H. La mente participativa. Ediciones Atalanta, 2016.
7. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. From the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin Number Four, 1910. Bull. W.H.O 2002;80(7):594-602. Epub 2002 Jul 30. PMID: 12163926; PMCID: PMC2567554.
8. Osler W. Osler. Modern Medicine. Philadelphia: Lea Brothers, 1907.
9. Collins J. General Practitioners in England today: a reconnaissance. *Lancet*, 1950: 555-585
10. Horder JP. Special vocational training for general practice. (Internet). (citado el 29 de mayo de 2025). Disponible en: <http://pmj.bmj.com/content/postgradmedj/42/484/103.full.pdf>
11. MacWhinney I. Orígenes de la medicina de familia. En MacWhinney I. Medicina de familia. Barcelona: Mosby/Doyma, 1994.
12. Urculo J. Semergen 50 años contigo. Fundación Iberian livedem institute. Madrid, 2024.
13. Campos A, Jose Maria Segovia de Arana "in memoriam". *Actualidad médica. Actual. Med*, 2016;101(797):5
14. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 1977;196:129-136
15. Tudor Hart J. Going to the doctor. In: Cooter, R. Pickstone J. *Medicine in the twentieth century*. Amsterdam: Harwood Acad, 2000: 543-557
16. McWhinney I.R. Primary care: core values. Core values in a changing world. *BMJ*. 1998; (316): 1807-1809
17. Hjortdahl P. The influence of general practitioners knowledge about their patients on the clinical decision making process. *Scand J Prim Health Care*, 1992; (10): 290-294
18. Morgan S, Pullon E, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int J Nurs Stud*, 2015; (52): 217-1230
19. Lakhani M, Baker M. Good general practitioners will continue to be essential. *BMJ*, 2006 (332): 41-43
20. Hjortdahl P, Borchgrevik CF. Continuity of care: Influence of general practitioners knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ*, 1991 (303): 1181-1184
21. Pellegrino E.D. Thomasma D.C. *The virtues in Medical Practice*. Oxford University Press, 1993.
22. Zarco J. No es lo mismo humanización que humanismo: hacia el humanismo sociosanitario. El blog de Julio Zarco: Paseos con Thoreau. 2017. En <https://juliozarco.com>
23. Zarco J. *El arte de ser médico*. Madrid. Ed Península, 2013.
24. Zarco J. *Ser y estar sano: La cultura de la salud*. Madrid. Ed Península, 2010
25. Lovo J. Ian McWhinney: los nueve principios de la medicina familiar. *Arch. Med. Fam*; 2021;23 (2):101-108.
26. Starfield B Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, 2005 83(3):457-502

#### Si desea citar nuestro artículo:

Zarco Rodríguez J. Bases conceptuales y filosóficas del ejercicio de la medicina de familia. *An RANM*. 2025;142(02): 191-196. DOI: 10.32440/ar.2025.142.02.rev08