

Médicos generales y médicos familiares; una nueva relación, 2a. parte*

Dr. J.P. Horder Médico General Londres

La nueva relación

Una nueva relación está surgiendo entre dos tipos de médicos con funciones complementarias y diferentes, pero al mismo nivel. Esta es una etapa de un largo proceso histórico. Stevens (1966), cuando describió el sistema de canalización que empezó a desarrollarse a partir de fines del siglo pasado, señaló de manera concisa: "el internista y el cirujano se quedaron con el hospital, pero el médico general se quedó con el paciente". Su postulado es útil, aunque es excesivamente simplista, dado que suncintamente señala la base del poder sobre la cual ambos grupos operan.

Esto sugiere mundos separados. Recientemente, esto se ha comprobado. Los médicos generales reconstruyen su mundo y vuelven a descubrir que es fascinante. Algunos médicos encuentran que la gente es más interesante que la fisiología o la patología; y lo es mucho más en su medio natural. Las enfermedades comunes pueden ser tan importantes como las raras.

Volver a situar a la medicina fuera del hospital implica la creación de nuevos centros de enseñanza, donde se proporcione atención de alta calidad en la forma que las personas necesitan y desean, donde se adiestren jóvenes, y se realicen investigaciones. Los médicos generales ya no están preparados para aceptar que para adquirir cualquier conocimiento a un nivel superior tienen que dedicar parte de su tiempo a laborar en el hospital, o convertirse en especialistas o médicos hospitalarios. La idea de que lo que muchos de ellos realmente quieren es llegar a ser médicos generales hospitalarios ya no es aceptable.

Para establecer esta nueva relación, de-

ben llenarse tres condiciones esenciales:

1. Los especialistas y los médicos generales deben tener funciones claramente definidas y distintas.
2. Cada grupo debe ganarse el respeto del otro en relación a la calidad del trabajo que realiza.
3. Los miembros de los dos grupos deben conocerse.

1. Funciones distintas

Indudablemente, el trabajo de un obstetra, de un cirujano de tórax, o de un radiólogo es muy diferente del de un médico general; el especialista y el médico general se complementan en sus papeles. El médico general puede consultar al especialista sobre áreas limitadas; el especialista puede pedir al médico general que atienda el resto de los problemas de sus pacientes.

La situación llega a ser mucho menos clara si el trabajo del médico general hospitalario se compara con la del médico general que atiende en su consultorio. Existen pocos médicos generales verdaderos. Sería más realista hablar de médicos generales con un interés especial, dado que esto es mucho más común. Las actividades, de ese doctor y del médico general suelen coincidir. Lord Rosenheim dijo que, en realidad, él había sido un médico general trabajando en un hospital. En parte de su trabajo, para sus colegas y sus familiares, esto fue cierto; pero, en el resto de su trabajo, hubo sutiles diferencias que me hacen disentir. Primero, como demostró el Profesor Keith Hodgkin (1973) él atendió una gama muy diferente de problemas de los que yo veo. Segundo, la mayoría de sus pacientes se refirió por problemas que otros médicos ya habían visto. Tercero, él siempre atendía a dos personas: el paciente usual más un médico general, o en el hospital, su asistente, así, como otros especialistas, se encontraba en una

*La primera parte de esta Sección apareció en el Volumen XXII, Año 22, No. 2 de la Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.

situación triangular; su audiencia era diferente y más complicada.

No obstante, al tomar lo que dijo Lord Rosenheim como ejemplo, hago muy difícil mi propia argumentación, ya que él tenía las cualidades básicas de un médico en la medida más alta posible.

2. *Respeto mutuo*

Esta es la segunda condición de la que depende una nueva relación. Stein y Susser (1964), en un artículo sobre los fracasos de la atención médica, sugieren que las fallas características de la práctica hospitalaria se refieren a la atención personal y las del médico general a su competencia técnica. Como generalización esto concuerda con mi experiencia.

Las fallas hospitalarias surgen de una actitud que intenta transformar a los pacientes en hechos, teorías, y nada más; de investigación y tratamiento excesivos; de los resultados inevitables de la responsabilidad compartida en un equipo numeroso en el cual nadie está idealmente capacitado para ocuparse de lo que siente y piensa el paciente, y donde la responsabilidad fácilmente se desliza entre dos de sus miembros.

Las fallas en la práctica de la medicina general se deben principalmente al método clínico, siendo inadecuado el registro de la historia clínica y faltando exploración e investigación; pero también hay fallas en la atención. Se nos dice con excesiva frecuencia que el médico está muy ocupado para escuchar, hablar, o explicar. Ahora, empezamos a observar deficiencias en la accesibilidad: el sistema de citas puede ser una barrera, tan eficaz como las cuotas que hacían inaccesible la atención a la gente pobre hace 50 años; los arreglos para sustituir al médico en la atención nocturna y durante los fines de semana interrumpen la continuidad de la atención; el trabajo en equipo

implica una serie de presiones que llevan el paciente a consultar al médico que no le corresponde. Cabe recordar el comentario de Bernard Shaw: "todas las profesiones son una conspiración contra los legos".

Existe muy poca evidencia objetiva acerca de la calidad de la atención primaria o de la práctica general. Uno de los pocos datos al respecto se encuentra en la investigación realizada por Peterson y cols. (1956) quienes demostraron que existía una relación entre la calidad de la consulta tal como ellos la definieron, y el número de residencias llevadas a cabo, en particular en medicina general. No es sorprendente que el Real Colegio de Médicos Generales haya dedicado su principal esfuerzo a la educación médica, aunque lleva a cabo otras muchas actividades de igual importancia.

El desarrollo de tres años de enseñanza vocacional, ahora aceptado por el Parlamento en el acta de 1976 en el NHS (Programa vocacional) que se estableció como obligación para todos los futuros médicos generales, ha sido un logro importante en los últimos 25 años. Quien primero propuso esto fue Lord Cohen y un Comité de la Asociación Médica Británica (1950); sin embargo, el Real Colegio de Médicos Generales es quien ha dedicado los mayores esfuerzos para promover este cambio desde 1964, con la ayuda de otros organismos (Colegio de Médicos Generales, 1965).

En la actualidad tenemos suficientes prácticas de adiestramiento y bastantes hospitales, siempre y cuando los especialistas no conserven sus ayudantes por más de seis meses. El programa para este adiestramiento incluye los temas: salud y enfermedad; desarrollo humano; comportamiento humano; medicina y sociedad; y organización de la práctica (RCGP, 1974).

Un estudio reciente realizado por Byrne Freeman (1976) prueba que el contenido

programático sí produce el cambio de orientación esperando, en particular en las actitudes pero también en conocimientos y habilidades.

Ha sido altamente estimulante observar la calidad tanto de varones como de mujeres, que han iniciado la práctica de la medicina general, después de dedicar tres años al aprendizaje con repercusión negativa en sus ingresos. Esto ha justificado el postulado de que mientras mayor el desafío desde un inicio mayores probabilidades de alentar a los jóvenes médicos que de desalentarlos. Este adiestramiento hace surgir la esperanza en un cambio fundamental en la futura práctica de la medicina general.

El Real Colegio de Médicos Generales establece un examen que no se compara con las pruebas extremadamente difíciles que realiza el Real Colegio de Médicos. El Colegio de Médicos Generales necesitó la mitad de su existencia antes de decidirse a establecer un examen. Ahora, es virtualmente el único medio para convertirse en miembro. Es voluntario y no se volverá obligatorio como los tres años de adiestramiento. Comenzó en 1938 con 30 candidatos; a mitad de 1976 ya tenía 430, algunos de los cuales tuvieron que salirse, mostrando un nivel mínimo de competencia. El Real Colegio de Médicos Generales fue una luz en la obscuridad cuando comenzó en 1950, y hoy es el organismo más influyente dedicado a elevar la calidad de la medicina general.

Una nueva relación con los especialistas depende del respeto mutuo. Del lado de los médicos generales aún falta mucho por lograr. Sólo una tercera parte de los médicos generales son miembros o afiliados en nuestro colegio. Todavía hay una pequeña minoría de médicos generales que no tienen consultorio ni equipo aceptable. Representan el estrato más bajo de los médicos generales, y conjuntamente con otras fallas ya anotadas, plantean la pregunta, ¿qué acciones se deben llevar a cabo para establecer normas mínimas de competencia y conservarlas? La calidad de los médicos generales

varía mucho más que la de los médicos hospitalarios; no obstante, el objetivo de elevar la calidad de la medicina a base de una tecnología mínima todavía es válido y se trata de conseguir seriamente. Una medida de los buenos resultados obtenidos es el cambio reciente en la selección de carrera de los médicos jóvenes en el momento de elegir el tipo de capacitación que desean.

3. Reuniones

Si una nueva relación depende de funciones diferentes y de respeto mutuo para un buen trabajo, también depende de la comunicación entre ambos. Una mala relación provoca aislamiento.

Es crucial que los médicos generales conozcan el mundo hospitalario y a los especialistas que en él trabajan. Sin esto, los médicos generales se aíslan de fuentes vitales de nuevos conocimientos, y los especialistas del mundo de los sanos, para utilizar el término de Geoffrey Vickers (1958). El contexto en el cual ambos pueden conocerse puede ser el terreno del especialista, el del médico general, o un campo neutral.

El médico general debería tener un acceso directo a los laboratorios, los departamentos de rayos-X, incluyendo los medios de contraste. No hay justificación para negarle esto a médicos capacitados para usarlos, ni para dejarlos en segundo lugar, cuando los recursos son limitados. Para canalizar pacientes, el médico general debería escribir buenos informes con los antecedentes del paciente, lo que éste le ha dicho, y sobre las dudas que plantea el especialista. El especialista debería entregar un reporte al médico general, aún antes de que el paciente regrese a la consulta general, sin olvidar de incluir todo lo que le ha dicho.

Sin embargo, en ninguno de estos casos los médicos generales y los especialistas llegan en realidad a conocerse. En un estudio hecho en el suroeste de Inglaterra, Long y Atkins (1974) encontraron que, en un periodo de cuatro semanas, los médicos generales estudiados no tuvieron reuniones formales ni informales con especialista al-

gundo.

¿En qué medida trabajan en realidad los médicos generales en un hospital? Debemos diferenciar claramente entre responsabilidad del trabajo clínico y educación. ¿Cuántos médicos generales están capacitados para responsabilizarse de sus pacientes hospitalizados? Las cifras publicadas varían de 20 a 30 por ciento, y las variaciones reales deben ser aún mayores, especialmente entre las grandes ciudades y los distritos rurales (Warren, 1962; Wessex Hospital Board, 1964; DHSS, 1971; RCGP, 1971). Israel y Draper (1971) demostraron que únicamente aumentaron las camas de médicos generales entre 1955 y 1970 para atención obstétrica. La literatura sugiere un papel mucho más importante y promisorio en los hospitales comunitarios que en los hospitales de distritos generales. En estos últimos, la ocupación de camas para la práctica de la medicina general ha llegado a ser hasta de un 70 por ciento, aunque con frecuencia estas cifras son mucho menores.

¿Cuántos médicos generales llevan a cabo asistencia clínica? Las cifras publicadas varían de 14 a 23 por ciento. ¿Cuántos médicos generales quieren realmente trabajar en un hospital? Las cifras publicadas dan un promedio de 75 por ciento para camas de hospital, y una cifra ligeramente menor para asistencia clínica. Pero, mi impresión personal es que, cuando ya se trata de llevar a cabo los planes, las cifras estadísticas descienden. En las ciudades, las actividades disminuyen tanto que, con mucha frecuencia, los planes se abandonan. Ahora, puede ser muy poco atinado suponer que los médicos generales entrarán precipitadamente en el camino que los médicos extranjeros han optado por abandonar.

No cabe duda de que muchos de los pacientes internados en los hospitales pueden ser atendidos por médicos generales; y que sólo llegan ahí debido a que no se les puede atender en su casa. Loudon (1970) señala que una tercera parte de los internamientos cae dentro de esta categoría. Pero, desde el punto de vista de la práctica general, nun-

ca se ha demostrado que el trabajo hospitalario eleve la calidad, y puede argumentarse que el tiempo así empleado podría dedicarse a la práctica de la medicina general y representa una pérdida económica. Este argumento, para mi punto de vista, no se aplica en áreas rurales y en pueblos pequeños con hospitales comunitarios, pero sí puede regir en las grandes ciudades. No obstante, un trabajo publicado por Polliack y Shavitt (1976), de Israel, apunta en dirección contraria. Ellos demostraron cómo redujeron a la mitad el porcentaje nacional de admisión hospitalaria por remisión desde su consultorio, mediante la utilización de su equipo de trabajo: compuesto de médico general, enfermera, y trabajadora social.

¿No habrá una tarea más fundamental para el médico general en un hospital, que simplemente hacer la historia clínica a todo paciente que ahí se admite? Se me ha sugerido que una de las áreas más deficientes en nuestro servicio en la actualidad es la que se refiere a la continuidad y atención personal tanto durante la hospitalización como después de ésta. Como dijo Lady Wootton (1969): "Para el paciente grave que ingresa al hospital, una de las experiencias más dramáticas es el perder contacto con su médico general, quien ha atendido cada etapa de su anterior enfermedad y ha sido el recipiente de sus confidencias". Cartwright (1964) encontró que solamente el 7 por ciento de los pacientes hospitalizados, recibieron visitas de su médico general (aparte del 6 por ciento directamente atendido por ellos). Considero que el médico general le ha dado a esto una prioridad muy baja en sus ocupaciones diarias y que el estar hospitalizado, para la mayoría de los pacientes constituye una etapa de crisis en la que el médico general debería acompañarlo.

¿Qué puede decirse acerca de la incurción del especialista en el terreno del médico general? Ahora, el hospital comunitario es un sitio importante y promisorio para la relación, sobre la cual yo tengo muy

poca experiencia personal para hacer un comentario. La verdadera interconsulta siempre ha sido ideal en el curso de una visita domiciliaria. El número de tales visitas ha aumentado, pero con excesiva frecuencia, se realizan por separado. Varios grupos de médicos generales incluyendo el mío, tienen ahora la experiencia de que los especialistas vienen a trabajar regularmente en sus premisas. Nuestra experiencia en un gran centro de salud, sugiere que, cuando se combinan los valores clínicos y educacionales, se hace buen uso del tiempo del especialista; pero, para tener éxito se requiere de una cuidadosa organización.

Conclusión

Opino que los médicos generales y los especialistas tienen funciones que están llegando a ser cada vez más distintas, y que estos dos papeles son complementarios. En principio, los especialistas conocen más acerca de un segmento más pequeño de la medicina, y los médicos generales conocen menos acerca de un segmento mucho mayor.

El éxito de nuestra futura relación no solamente depende de tener funciones distintas, sino también del respeto mutuo que proviene del reconocimiento de ambos médicos están esforzándose para realizar una labor de más elevada calidad posible dentro de las inevitables restricciones, y también de un contacto personal lo más frecuente posible.

Al señalar algunas de las maneras en que los médicos generales se han esforzado por desarrollar su campo, quizá he dado la impresión de estar abogando por el separatismo. Sólo acepto esta acusación en lo que se refiere a que cada uno de nosotros ha tenido que autoevaluarse para enmendar sus propios errores. Estamos muy conscientes de que no podríamos resolver todos nuestros problemas sin el auxilio del especialista. Necesitamos estar informados, aconsejados, y compartir la responsabili-

dad de los pacientes con problemas que no podamos comprender o resolver; en realidad necesitamos especialistas. De igual manera, los médicos especialistas dependen de los médicos generales para que no se llenen de camas, ni haya exceso de pacientes de consulta externa, ni se sobrecargue su sala de urgencias, de manera que sólo traten pacientes en quienes sus conocimientos y habilidades tendrán un valor incalculable. Pero, debido a que sólo se enfrentan a una parte del problema, puede ser más difícil para ellos darse cuenta de lo que le deben al médico general, que para los médicos generales darse cuenta de lo valiosos que resultan para ellos los especialistas. En el futuro, el trabajo preventivo realizado por los médicos generales, puede tener un efecto profundo en los médicos especialistas; sólo considerese que pasaría si todos los casos de hipertensión arterial de una comunidad fueran identificados y tratados por los médicos generales.

Tanto los médicos generales como los especialistas juntos se enfrentan a una gran variedad de necesidades humanas, y ambos carecen de los recursos suficientes. Esta situación probablemente, no se modificará en el transcurso de nuestra vida, pero nos sentimos afortunados al contar con un sistema de canalización de pacientes que está bien arraigado en Inglaterra. Esto elimina muchas de las causas de rivalidad entre especialistas y médicos generales excesivamente evidentes en otros países.

Todos pertenecemos al gran mundo de la medicina. La distinción entre "hospital" y "comunidad" es esencialmente falsa; el hospital es, y debe ser, parte de la comunidad. En última instancia, los pacientes buscan en todos nosotros las mismas cosas, competencia técnica y atención personal. Yo creo que, en la actualidad, tenemos más razones para estar preocupados acerca de la atención personal que de la capacidad técnica, ya sea en la práctica general como en el hospital. Es en este aspecto en el cual todos nosotros deberíamos tener más auto-crítica.

El comportamiento individual no es lo mismo que el comportamiento en grupo, y creo que la relación que se ha establecido entre los miembros del Real Colegio de Médicos y los del Real Colegio de Médicos Generales es un ejemplo de la solución que puede darse a la mayor parte de los problemas que pueden surgir entre el especialista y el médico general, ambos parte de

una sola profesión que es la nuestra. Cuando dos personas llegan a conocerse cara a cara las actitudes de grupo se desechan. Todos sabemos que cuando especialistas y médicos generales atienden juntos a un paciente, la historia y la política no cuenta para nada. Cada uno obtiene beneficios del otro y el paciente es el que más sale ganando. Esencialmente, es así de simple. □

Nuestro número de mayo, actualmente en prensa, publica un notable trabajo de investigación titulado "Neuroquímica de la conducta". Traducido al español para nuestros lectores, estudia el papel que los neuromoduladores desempeñan en la determinación de las reacciones psíquicas y conductuales que hasta hace poco se desligaban totalmente de los procesos fisiológicos del organismo humano.

Basándose en experimentos llevados a cabo en animales, logra demostrar que los estados agresivos, por ejemplo, coinciden con la elevación tisular de determinadas sustancias que actúan a nivel de la transmisión neuronal.

Estas alteraciones bioquímicas explican los estados esquizofrénicos y depresivos del ser humano en base a elevaciones o supresión de la producción de determinados neuroreguladores y neuromoduladores.

Naturalmente, este adelanto sólo es un primer paso en un campo que se abre ante aquéllos que se dedican a la investigación de tales problemas. Además quedan planteadas varias preguntas, puesto que todavía hay que aclarar en qué medida las experiencias psicológicas pasadas determinan estas alteraciones neuroquímicas, y la indudable relación que existe entre los influjos del medio ambiente y las respuestas psicológicas y conductuales del ser humano.

"Las vulvovaginitis, junto con las alteraciones menstruales y el dolor pélvico se sitúa entre los tres primeros motivos de consulta al ginecólogo".

Esta afirmación del Dr. Jorge Bravo Sandoval pone de manifiesto el indudable interés que tendrá la mesa redonda "vulvovaginitis" para nuestros lectores. En ella, se describen minuciosamente los datos que permiten establecer casi con certeza el diagnóstico etiológico de estas infecciones o infestaciones. Las características de la leucorrea que acompaña a estos padecimientos, su consistencia, cantidad, color y olor particular orientan al médico en este diagnóstico.

No cabe duda que el laboratorio que, mediante examen en fresco, y el frotis para tinción de Gram o para citología y la determinación del pH, estudia cuales son los organismos causales proporciona una base muy tratamiento.

Un punto importante que destacan los participantes en esta mesa redonda es la ineludible necesidad de tratar simultáneamente a la pareja si se quieren evitar las infecciones recurrentes. Afortunadamente, en el momento actual contamos con los medios terapéuticos apropiados para controlar estos padecimientos, ya sea en forma de óvulos o cremas vaginales, por administración oral, o —lo que es mejor en los casos de recurrencia— ambas vías.