

Medicina familiar en Inglaterra.

Pamela Fenney Lynam, M. B., B. S., LRCP, MRCS; MRCP*

RESUMEN

La medicina familiar es una especialización nueva en Colombia, pero bien establecida desde hace 40 años en Inglaterra. Si se tienen en cuenta los recursos financieros y profesionales del país, conviene examinarla y extraer lo mejor y lo más pertinente para Colombia.

La medicina familiar en la Gran Bretaña es un enfoque distinto y no solamente una especialización más. Se orienta tanto hacia la salud como hacia la enfermedad, y es un cuidado integral y continuo¹. No se centra en acciones sobre un órgano o enfermedad como en las demás especialidades, sino que se dirige por el individuo hacia la familia, y así la comunidad y el individuo siempre se ven dentro de estos marcos de familia y comunidad que influyen tanto en la salud. La gran ventaja de la medicina familiar y las razones para que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la promueva son, desde el punto de vista del paciente, un cuidado personal por gente conocida, y desde el punto de vista de la organización de salud, un cuidado que usa bajos recursos, llega a bastantes individuos; hace énfasis tanto en la prevención como en la curación, y además permite que los especialistas puedan dedicar su tiempo y su esfuerzo a los casos que en realidad requieren sus servicios^{2,3}.

Sistema de medicina en Inglaterra

Area: 94 000 millas cuadradas
 Población: 56.5 millones
 Médicos familiares: 27 000 o sea 1 médico familiar por cada 2 092 habitantes.

Consultas: Promedio por médico familiar por año:
 8 000
 Promedio por médico familiar por semana: 155
 Promedio por médico familiar por día: 31⁴

El servicio nacional de salud de Inglaterra (National Health Service, NHS) tiene como objetivo principal brindar como derecho un servicio de salud de buena calidad, y que sea gratuito en el momento de ofrecerlo. Con pocas excepciones, todos los trabajadores en salud ejercen dentro del NHS. Los médicos familiares, según el número de personas en su listado, reciben su salario del gobierno, con dinero que proviene de los impuestos. El NHS suministra una cobertura a toda la población, y así el médico no debe pensar si el paciente tiene derecho al servicio —todas las personas lo tienen— ni si hay recursos suficientes para tal tratamiento, droga, hospital, etc, pues todo es gratis.

Ventajas del sistema NHS de médicos familiares.

Cada habitante de Inglaterra tiene un médico familiar escogido, o, si falta de escoger, asignado. El médico familiar tiene responsabilidad por cada persona en su listado día y noche, 365 días del año. Esto no es tan difícil para el médico como parece, pues como se ejerce en grupos, se pueden compartir los turnos. Las consultas con especialistas solamente las ordena el médico familiar, quien remite al paciente si es necesario a un especialista apropiado. El paciente no puede remitirse solo y esto protege al especialista de consultas innecesarias. El médico familiar tiene acceso libre y gratis a los laboratorios de patología y rayos X.

Toda la información médica —historias, resúmenes de hospitalización, drogas, alergias, o sea todo lo que puede ser pertinente al tratamiento del enfermo— se sitúa en un solo lugar con el médico familiar personal del paciente.

Algunos problemas con el NHS.

El control de calidad es difícil, porque los médicos familiares en la práctica son independientes.

* Investigadora Asistente, CIMDER, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Como ni el médico ni el paciente pagan en forma directa, a veces el médico familiar no tiene en cuenta los costos de lo que hace, por ejemplo, ordenar una droga que cuesta más que una semejante.

Los incentivos para practicar una buena medicina son bajos porque el reembolso no es por trabajo hecho, sino por número de personas en la lista, esto sobre todo en proyectos de prevención que necesitan mucho tiempo⁵.

Entrenamiento

En el último año de pregrado, cada estudiante de medicina en Inglaterra pasa un mes con un médico familiar, observándolo, haciendo visitas a las casas de los pacientes, y aprendiendo lo que es la vida de un médico familiar. El entrenamiento de postgrado consiste en dos años de residencia hospitalaria, con rotaciones por pediatría, medicina interna, psiquiatría, geriatría, urgencias, etc, y un año con un médico familiar especialmente licenciado. Hay también centros de postgrados en medicina familiar en toda parte de Inglaterra para conferencias, cursos de revisión, clubes de revistas, etc.

Otra cosa es que la medicina familiar parece que tiene un prestigio bajo en muchas partes. Sin embargo, esto no quiere decir que en Inglaterra se es médico familiar por falta de éxito en otra rama. Muchos de los mejores médicos eligen esta especialidad por la independencia que proporciona y por la gran satisfacción de trabajo.

Experiencia personal

Trabajé en Londres, en un grupo con otros 3 médicos familiares, y se atendieron como 10 000 personas en total. Claro está que cada paciente podía escoger el médico que deseaba dentro del grupo. Sin embargo, siempre tenía con quien consultar en las ocasiones cuando su médico personal no se hallaba. Había dos oficinas: una en un barrio bastante rico, y otra en uno pobre. Esto, fuera de ser muy interesante, ayudaba a conservar el equilibrio.

El equipo era muy importante en el trabajo. Este consistía en 4 recepcionistas/secretarias, 2 enfermeras (empleadas por los médicos), dos enfermeras del barrio (district nurses, enfermeras especialmente entrenadas para trabajar fuera de la oficina con la comunidad), una visitadora sanitaria (health visitor, enfermera especialista en el área materno-infantil) y una trabajadora social (éstos todos empleados por el Estado). Todo tiene importancia —la manera como la recepcionista saluda al paciente puede influir toda la consulta. Asimismo se hacían reuniones de todo el equipo, una vez por semana, para discutir casos y familias, y para interconsultar.

Las reuniones entre los médicos se efectuaban por lo menos una vez al día, para difundir información sobre las familias y discutir las conductas terapéuticas. La continuidad del cuidado se mantuvo por mucha interconsulta dentro del grupo; por ejemplo, si alguno se iba de vacaciones, se recomendaba a los compañeros los pacientes especiales o los que tenían con enfermedad aguda, o los que había que visitar y tratar mucho en la casa, etc.

Las consultas se efectuaban durante 2.5 horas a mañana y tarde es decir, después de la hora de volver del trabajo los pacientes. Había un sistema de citas, con tiempo para urgen-

cias. En la oficina se realizaban pequeñas cirugías e investigaciones sencillas como electrocardiogramas. Había acceso libre al laboratorio de patología y radiografía en el hospital local. También se montaron clínicas especiales por la tarde para atender embarazos, hipertensión, obesidad, control de natalidad y control de niños sanos.

Entre las dos consultas era común visitar a los pacientes en las casas. Podía ser, por ejemplo, a pacientes muy ancianos, para quienes era difícil llegar al consultorio, o niños con enfermedad contagiosa, o atención terminal para quienes no deseaban morir en el hospital, etc. Esta parte del trabajo se considera como muy importante, aunque es una porción de la medicina no muy común en otros lugares del mundo, porque se aprende mucho del paciente viendo dónde y cómo vive, y qué parte toma dentro de la familia y la comunidad.

Las noches y los fines de semana se compartía el turno entre los médicos. Las personas que enfermaban fuera de horas de oficina, llamaban para visitarlas en la casa. Como los componentes del grupo tenían licencia para entrenamiento, con mucha frecuencia había estudiantes o un residente, que después entraban al trabajo.

Los médicos toman un curso de una semana cada año. El curso se elige según los intereses o las áreas de desconocimiento o se toman materias de revisión general, etc. También todos atendían a sus intereses especiales, durante un día o medio día de la semana. Por ejemplo, la autora dirigía una clínica de postparto y control de natalidad; un compañero hizo clínica de dermatología; otro tomó geriatría y medicina industrial, y otro psiquiatría. El dinero que se ganaba en estas actividades iba a los fondos generales del grupo, que después se dividía entre sus miembros.

DISCUSION

Lo que a mucha gente hace falta en el cuidado médico estuvo expresado por el escritor norteamericano John McPhee:

"People want health care. They want it locally and at a price they can afford. Also, they want something more on the other side of the Rx pad than a dispenser of penicillin. Is there a doctor in the house who can still regard a patient as a person, instead of a disease?"⁶.

En fin, la medicina familiar le ayuda a conocer a un paciente, su familia, sus amigos y las circunstancias en que vive, y así uno puede tratar a una persona en vez de una enfermedad, que para mí es mucho más interesante, y da mucha más satisfacción.

SUMMARY

Family Medicine, or general practice as primary health care is called in some countries, is a new specialization in Colombia, but well-established after 40 years in England. It would be good, therefore, to take the best and most relevant of the English system to apply to Colombia, taking into account her personnel and financial resources.

REFERENCIAS

1. Garrett, E. J.: Funciones del médico en la atención primaria de salud. *Educ Med Salud*, 1981, 15.
2. Organización Mundial de la Salud. Actas Oficiales 266, Ginebra, 1975.

3. WHO/UNICEF. Primary medical care. Geneva. WHO, 1978 (Alma-Ata).
4. Geyman, J. P. y Fry, J.: **Family practice: an international perspective in developed countries.** Norwalk, Appleton Century Crofts, 1983.
5. Breslow, L. y Somers, A.: The lifetime health monitoring program. A practical approach to preventive medicine. **N Engl J Med**, 1977, **296**: 601-608.
6. McPhee, J.: A reporter at large: heirs of general practice. P. 60, The New Yorker, July 23, 1984.

EDUCACION MEDICA CONTINUADA CURSO DE MICROCIURUGIA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Programa individual y dirigido (40 horas)

- Manejo del microscopio
- Microdissección de tejidos
- Técnicas de microsuturas
- Anastomosis microvascular

INFORMES E INSCRIPCIONES:

**Laboratorio de Microcirugía
Servicio de Neurocirugía
Hospital Universitario del Valle
Teléfonos: 575971 - 501478
CALI**